

Istituto di Fisiologia Clinica/C.N.R.
Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui
Servizi Sanitari

ALCOL E IMMIGRAZIONE

Uno sguardo transculturale

di Andrea Pelliccia

ALCOL E IMMIGRAZIONE

INTRODUZIONE	3
ALCOLDIPENDENZA E IMMIGRAZIONE.....	6
Ricerche condotte in Italia	8
APPROCCI SOCIO-ANTROPOLOGICI ALL'ANALISI DELL'ALCOLISMO..	15
a) Approccio funzionalista	15
b) Approccio socio-culturale	16
c) Approccio sottostrutturale.....	21
d) Approccio interazionista simbolico	21
SALUTE E IMMIGRAZIONE.....	27
Le condizioni di salute	27
Politiche ed implementazioni.....	28
Necessità di un approccio transculturale.....	39
DINAMICHE DEL PROGETTO MIGRATORIO	46
Fattori di rischio e di protezione legati all'alcoldipendenza.....	51
BREVE STORIA DELL'ALCOL.....	60
Valore d'uso rituale e psicotropo.....	60
Valori d'uso terapeutico e nutritivo.....	63
Valore d'uso sociale.....	65
Valore d'uso economico	66
ALCOL E ISLAM.....	71
Excursus storico dell'alcol.....	72
L'alcol nelle società maghrebine.....	85
NOTE	92
BIBLIOGRAFIA	98

*Il vino è come il sangue della terra, sole catturato e trasformato da una struttura così artificiosa qual è il
granello d'uva,
mirabile laboratorio in cui operano ordigni, ingegni, e potenze congeniate da un clinico
occulto e perfetto.
Galileo Galilei*

Introduzione

Gli studi e le analisi sul fenomeno dell'alcoldipendenza hanno tradizioni e riconoscimenti diversi in relazione ai Paesi in cui vengono realizzati; in Italia si è radicata un'egemonizzazione dell'approccio medico ed epidemiologico per la rilevanza delle conseguenze psico-fisiche che ha avuto come fine la quantificazione dell'entità del fenomeno.

Gli aspetti relativi alle motivazioni o alle condizioni socio-culturali degli individui sono stati analizzati con marginalità e soltanto recentemente si è arrivati alla conclusione di quanto sia necessario un approccio interdisciplinare per comprendere un fenomeno così complesso. Si è capito che occorre un nuovo orientamento di studio e di ricerca in grado di combinare gli elementi appartenenti alla cultura e alla coscienza sociale, con le condizioni materiali relative alla vita delle persone.

Nel dibattito sul fenomeno dell'alcoldipendenza, le scienze sociali hanno dato certamente un prezioso contributo mediante l'individuazione dei seguenti aspetti sociali e culturali fondamentali alla comprensione del problema:

- il significato dell'uso di alcol negli specifici contesti culturali e sociali di appartenenza; l'iscrizione dei comportamenti di uso ed abuso in motivazioni e significati eterogenei;
- i sistemi sociali e normativi di riferimento con cui i soggetti si confrontano rispetto alla desiderabilità sociale dell'alcol, ai confini tra uso ed abuso, il significato trasgressivo di certi comportamenti;
- presenza di eventuali fattori di rischio e fattori protettivi;

- le esigenze di controllo formale ed informale del bere rilevate nel contesto sociale, la distinzione tra bere accettato e bere smodato ed osteggiato.

Per comprendere maggiormente l'ambivalenza della funzione dell'uso di alcol risulta essere indispensabile un'analisi del contesto sociale e culturale; storicamente vengono messi in evidenza i valori nutritivo, farmacologico, rituale e socializzante (in riferimento a quest'ultimo la funzione di indurre modifiche del comportamento per cui si ricorre all'alcol con lo scopo di intervenire sulla sfera delle relazioni interpersonali).

Il consumo/abuso di bevande alcoliche, discorso estendibile a tutti i fenomeni sociali, non può essere ricondotto ad un'unica causa. Occorre partire dal presupposto che la condizione di dipendenza varia da persona a persona, in periodi differenti della sua storia, che essa non è immodificabile ma è solo il punto di arrivo di un lungo processo caratterizzato dal fallimento di tentativi e da strategie in atto per regolare il consumo, per renderlo compatibile con le proprie aspettative e con quelle degli altri significativi. Le teorie e i modelli, elaborati fino ad oggi ed appartenenti ai più disparati ambiti disciplinari, con lo scopo di offrire spiegazioni al fenomeno dell'alcoldipendenza, sono assai numerosi. In questa sede non si vuole, nello specifico, descrivere una di queste teorie ma si vuole semplicemente sottolineare quanto sia errato rifarsi ad un unico modello lineare e deterministico. Come sostiene Monaci, "l'ipotesi che la dipendenza sia determinata direttamente dagli effetti gratificanti delle sostanze d'abuso risulta riduttiva e fuorviante, così come si manifestano altrettanto riduttive e connotate ideologicamente le ipotesi che vedrebbero tale fenomeno come la conseguenza diretta dei cambiamenti sociali e culturali" (2000:172). Occorre, perciò, considerare la compresenza di complessi e variabili fattori di ordine biologico, psicologico, sociale e culturale che interagiscono in maniera dialettica tra loro e con il singolo individuo consentendogli di essere responsabile ed agente del proprio futuro.

L'alcoldipendenza deve essere quindi intesa come "un dispositivo estremamente complesso, che non si presta a essere agevolmente incasellato in uno schema rigido e definito, che rifiuta l'attribuzione di un'unica valenza, che non accetta di essere collocato in un solo e determinato contesto ermeneutico, che non ammette di essere guardato come fenomeno a una dimensione" (Caramiello 2003:156).

Va detto comunque che, nonostante le varie teorie relative al fenomeno dell'alcoldipendenza, è ormai opinione condivisa che l'alcolismo è un fenomeno culturalmente connotato e correlato alle definizioni sociali di uso ed abuso di alcol, alle forme di controllo sociale delle diverse società per fronteggiare comportamenti non adeguati, alle conseguenti modalità di reazione sociale in virtù dei consumi smodati.

Alcoidipendenza e immigrazione

A differenza dei paesi in cui la componente migratoria è di vecchia data, come gli Stati Uniti, la Germania, l'Inghilterra, la Francia e l'Olanda, le conoscenze disponibili in Italia sul fenomeno della tossicodipendenza¹ tra le persone immigrate sono limitate e raramente riescono a dare un'idea aggiornata di un fenomeno in costante cambiamento. Inoltre, come già accennato, i pochi studi effettuati appartengono per lo più all'ambito medico mentre quelli provenienti dal settore delle scienze sociali sono assai più scarsi.

La tossicodipendenza esiste tra gli immigrati, è un problema pressante ed oggi è argomento di studio di grandissima rilevanza e interesse. In Italia, ormai da tempo, si è venuta a sviluppare un'ampia letteratura sull'approccio culturalmente differenziato ai soggetti stranieri all'interno di discipline come l'antropologia medica, l'etnopsichiatria e le pratiche pedagogiche e sociali. Tuttavia, per quanto concerne la tossicodipendenza tra le minoranze nazionali o etniche immigrate, si è ancora in una fase di sperimentazione, con una produzione scientifica frammentata

I dati epidemiologici sulla tossicodipendenza degli stranieri in Italia sono ancora molto parziali. Monaci attribuisce questa mancanza di dati a diverse ragioni (Monaci 2001:36):

- la difficoltà di reperire dei dati statistici attendibili o fare delle stime sulla prevalenza del fenomeno nella fascia degli irregolari, la cui consistenza è imprecisabile;
- la raccolta di dati spesso metodologicamente poco corretti;
- la mancanza di rilevazioni sistematiche da parte dei servizi pubblici per le tossicodipendenze;
- lo scarso accesso alle strutture sanitarie di questo tipo di popolazione;

- l'assenza di una politica organica d'intervento, a livello nazionale, sul problema degli stranieri tossicodipendenti.

A tutte queste ragioni valide, ne va aggiunta un'altra altrettanto importante: l'assenza di ricerche di carattere qualitativo orientate ad indagare i possibili percorsi della dipendenza che richiedono analisi più complesse, con storie di vita ed interviste in profondità legate ad indagini di tipo socio-antropologico, considerato che molto spesso si è di fronte ad una popolazione per lo più in stato irregolare e quindi "nascosta" e sfuggente ad un controllo epidemiologico quantitativo.

Negli ultimi anni alcuni "sottogruppi" di alcolisti hanno assunto un'importante rilevanza sociale che richiede ulteriori approfondimenti per l'implementazione di politiche adeguate di intervento.

Il fenomeno dell'alcolismo nella popolazione immigrata può essere ricondotto ad un malessere generale e può essere interpretato sia come un possibile "lutto" dovuto all'abbandono o, comunque, all'allentarsi dei legami con la vita precedente, sia come tentativo di adeguamento alla nuova realtà e ai suoi modelli culturali così da diminuire la distanza al fine di un progressivo inserimento. In realtà l'alcolismo ha connotazioni diverse secondo i Paesi e le culture di provenienza e questo comporta difficoltà nella comprensione del fenomeno, spesso sommerso, per la mancanza di strumenti opportuni.

Ricerche condotte in Italia

Diversi studi realizzati, soprattutto nel Nord Italia, hanno messo in luce il problema sanitario e sociale originato dall'abitudine degli immigrati a fare uso di sostanze alcoliche; problema riscontrabile, nella stessa misura, tra la popolazione autoctona. Significativo risulta essere anche l'incremento del numero di immigrati detenuti presso gli istituti penitenziari italiani a causa di azioni criminose commesse in stato di ebbrezza (oltraggio al pubblico ufficiale, litigi, risse etc.).

Le poche ricerche significative, quasi tutte di natura quantitativa, orientate a studiare il fenomeno della tossicodipendenza (alcolodipendenza inclusa) tra la popolazione immigrata in Italia, hanno preso in esame gli immigrati detenuti, cioè quella parte di popolazione visibile e controllabile attraverso i circuiti giudiziari, coinvolta nei reati legati allo spaccio di sostanze stupefacenti e quindi anche nei problemi del consumo, anche se questi non sono sempre sovrapponibili. Paradossalmente, il più importante indicatore del fenomeno è rappresentato proprio dai dati provenienti dal carcere, perché la tossicodipendenza di un immigrato emerge essenzialmente attraverso il contatto con la giustizia. Il carcere, cioè, rappresenta un luogo frequente di prima accoglienza per tossicodipendenti stranieri che non hanno mai ricevuto ed utilizzato precedenti interventi sanitari nei servizi pubblici e privati.

Viene qui riportata una rassegna di alcune indagini, condotte in Italia, relative al fenomeno dell'alcolodipendenza tra la popolazione immigrata

Uno studio del Ser.T. di Firenze, tra il 1996 e il 1997, analizzando un campione di 473 tossicodipendenti immigrati nel carcere di Solliciano, ha evidenziato, oltre alla crescente diffusione del consumo di droghe, l'assunzione di psicofarmaci associati alle bevande alcoliche, soprattutto di birra (Godi, Santi 1998).

Il Ser.T di Bologna che ha condotto, su un campione di soggetti nuovi giunti nel carcere della stessa città tra il 1993 e il 1995, un'indagine

preoccupandosi di analizzare la prevalenza di abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, ha messo in luce la percentuale raddoppiata della popolazione alcolista, la cui metà è rappresentata da individui di origine marocchina (Giancane 1996).

Il Ser.T. di Padova che, nel 1997, ha svolto uno studio sulla situazione sociale, sanitaria e tossicologica dei detenuti immigrati presso il carcere penale di Padova, segnala l'incremento dei consumi di bevande alcoliche sottolineando la differenza tra consumo nel paese d'origine e consumo in Italia -dal 40% al 60%- (Berto 1997).

Ulteriori ricerche, non realizzate in ambito carcerario, sono quella promossa dal Ser.T. di Treviso tesa ad analizzare i dati relativi all'abitudine al consumo di alcol con l'intento di individuare eventuali collegamenti tra grado di "integrazione" dell'immigrato nella comunità di accoglienza ed uso di alcolici (Malatesta, Lante 1998); l'indagine condotta dal Ser.T. di Bergamo orientata, attraverso la somministrazione di questionari, a rilevare e valutare la presenza dell'alcolismo e delle problematiche alcolcorrelate tra gli immigrati stranieri (Allievi, Noventa, Bosisio 1993); lo studio, promosso dall'Istituto di Medicina Legale di Modena, relativo al ruolo dell'alcol nelle condotte criminose di soggetti stranieri (Trenti, Zavatti 1993); la ricerca svolta dall'Istituto di Igiene Università "La Sapienza" di Roma, con la collaborazione della Caritas Diocesana di Roma e l'Agenzia per Immigrati della ASL RMA, che segnala un aumento di coloro che consumano alcol con frequenza quotidiana ed un aumento del consumo di vino tra la popolazione straniera presente a Roma (AA.VV. 1999).

A queste indagini vanno aggiunte altre, sempre di carattere quantitativo, condotte dai servizi di "bassa soglia" che agiscono in collaborazione con i Ser.T. e altri servizi sanitari. Essi sono: il Gruppo Abele di Torino che ha analizzato un campione di 80 soggetti tra il 1996 e il 1997 (Grosso 1997); la Fondazione Villa Maraini di Roma che ha effettuato 1.213 interventi su tossicodipendenti immigrati dal 1992 al 2000; il Centro Accoglienza e

Trattamento Dipendenze Milano che, attraverso la realizzazione del progetto Sabil, ha preso in esame 107 individui nel 1999; il Gruppo veneto formato dagli operatori dell'U.O. Algologia, dell'ACAT, della Cooperativa "Una casa per l'uomo", il cui progetto "Alcol e Immigrazione", avviato nel '98 e concluso nel '99, rappresenta un tentativo di analizzare concretamente le teorie dei fattori nell'uso di bevande alcoliche e di sviluppare ipotesi per il futuro (Sartor e Filippin 1999); l'Agenzia del Centro Alcolico Territoriale di Padova che, attraverso la somministrazione di questionari sia ad immigrati che a servizi socio.assistenziali e sanitari del Veneto, ha posto l'attenzione sul consumo alcolico e sul rapporto utenza immigrata-Sistema Sanitario Nazionale.

La raccolta di questi dati è risultata spesso incompleta e frammentaria considerata la difficoltà e la precarietà delle modalità di contatto con l'utenza immigrata tossicodipendente. Come detto sopra, trovandosi di fronte ad una popolazione per lo più in stato irregolare e quindi "nascosta" e sfuggente a un controllo epidemiologico, invece che di "dati", sembrerebbe più corretto parlare di "presi", ossia del prodotto di specifiche prassi conoscitive; ciò che si riesce a cogliere della realtà in determinate condizioni, non ciò che la realtà è. Tutto questo, quindi, non consente né di fotografare in maniera attendibile le condizioni effettive dei tossicodipendenti immigrati, né di formulare analisi interpretative esaustive.

Per quanto riguarda ricerche di natura qualitativa, di grande rilevanza è quella promossa dalla Fondazione Benetton Studi Ricerche e realizzata da Perocco sui modelli del bere e le motivazioni al consumo tra le popolazioni maghrebine immigrate (1999). L'autore di questa indagine tende ad evidenziare alcune recenti tendenze presenti in Italia, non trascurando ovviamente la complessità delle dinamiche migratorie soggette a continue trasformazioni. Perocco sottolinea che:

- si assiste ad un processo di omologazione ai modi di bere europei e al "modello" del tossicodipendente italiano;

- i *pusher* maghrebini, reclutati perché omertosi ed astinenti, anch'essi hanno iniziato ad assumere droghe pesanti;
- si nota l'ampliamento dei fenomeni di alcolismo e di tossicomania ai giovani ed ai giovanissimi;
- si allarga l'area della politossicomania (aumenta l'assunzione di eroina per via endovenosa rispetto alla via inalatoria);
- si amplia la pratica dello sballo del fine settimana;
- si assiste ad un processo di differenziazione dei consumatori di bevande alcoliche, accompagnato da una molteplicità delle motivazioni e dei significati del bere che coincide spesso all'assunzione dello stile di bere europeo;
- l'abuso di bevande alcoliche e di droghe spesso si pone come tappa finale del percorso irregolarità-clandestinità-devianza-criminalità.

All'interno di questo significativo elenco di osservazioni, il fenomeno della politossicomania, in riferimento non solo alla popolazione tossicodipendente straniera ma anche a quella autoctona, non è assolutamente da trascurare. Negli ultimi anni assai frequente è l'assunzione dell'alcol accompagnato da altre sostanze come eroina, cocaina, cannabinoidi e tranquillanti. Grazie alla sua facile reperibilità, alla sua accessibilità economica e alla sua accettazione sociale, l'alcol può costituire una straordinaria sostanza sostitutiva ad altri stupefacenti o può risultare un notevole potenziatore degli effetti delle droghe illegali. Molto diffusa è, infatti, la commistione di alcol con oppiacei al fine di incrementare gli effetti, comportando spesso situazioni a rischio di decesso per intossicazione acuta.

In un'ulteriore ricerca (Vidoni Guidoni 1995), svolta a Torino tra il '93 e il '94, tesa a ricostruire le pratiche del bere e le modalità di consumo di sostanze alcoliche all'interno della comunità marocchina, sono state individuate alcune tipologie dei modelli di consumo di bevande alcol correlate a tempi e luoghi, contesti, modalità, significati (tab.1).

Tab.1 - Tipologie dei modelli di consumo di bevande alcoliche tra la popolazione marocchina di Torino.

Tipologia	Tempi e luoghi	Contesti	Modalità	Significati
<u>Intossicante</u> <i>Bere eccessivo socializzante</i>	Feste; incontri con amici e parenti; ricorrenze. Spazi privati.	Ritrovi con amici fine settimana; dopocena; compagnie miste (stranieri e italiani)	Birra; poco vino; quasi mai superalcolici; no associazione con droghe.	Aggregazione, aspetto ludico.
<u>Intossicante</u> <i>Bere eccessivo emarginato</i>	La sera; dopo il lavoro; fine della giornata. Luoghi pubblici di basso livello; luoghi aperti.	Forti problemi alcolcorrelati; bere quotidiano esteso all'intera giornata. Consumo solitario o piccoli gruppi.	Soprattutto vino; birra e superalcolici (grappa). Velocità nell'assunzione delle bevande; stomaco vuoto.	Bere dovuto ad evento drammatico; delusione; crisi personale. Chiusura in se stessi; isolamento dalla realtà.
<u>Nutrimento</u> <i>Uso alimentare</i>	Durante i pasti (abitudine appresa in Italia)	Abitazione; luoghi di lavoro (mense). Con familiari, amici e colleghi; quasi mai consumo solitario.	Vino (bianco e rosso); raramente birra; quantità moderate. Consumo a stomaco pieno; assunzione lenta.	Alimento piacevole da gustare; apprezzamento cultura alimentare locale.
<u>Nutrimento</u> <i>Bere occasionale</i>	Fuori dei pasti	Consumo occasionale, in coincidenza di qualche evento.	Piccole quantità senza ubriacatura.	Adattamento.

Da tale ricerca emerge inoltre che:

- il consumo di alcol non è sempre sinonimo di abuso;
- il consumo di alcol non è sempre correlato a situazioni di disagio e marginalità;
- le modalità di consumo sono eterogenee.

Tra le altre ricerche di tipo qualitativo significativa risulta essere quella realizzata dal Servizio Immigrazione del Comune di Venezia e dalla Sezione di Alcolologia dell'Aulss 12 di Venezia nell'anno 2003 (AA.VV. 2003). Qui di seguito si riportano le maggiori evidenze e gli spunti emersi da questa

indagine, rappresentativi di altre ricerche aventi come oggetto di studio il fenomeno dell'alcolismo tra la popolazione immigrata:

- il problema "alcol" nell'immigrato appartiene ad una sfera di marginalità e sradicamento (almeno secondo questi servizi che sono quasi tutti di bassa soglia);
- il bere dello straniero è considerato molto simile a quello dell'italiano;
- la solitudine ed i problemi inerenti la sfera relazionale sono le principali caratteristiche e le motivazioni che gli operatori attribuiscono all'immigrato con problemi alcol correlati;
- l'abuso di alcol si manifesta sia a livello individuale (principalmente per le donne) che di gruppo, soprattutto nelle fasce orarie serali e durante i fine settimana;
- la cultura veneta, in particolare, è una "cultura del bere" che facilmente aiuta nella socializzazione di gruppo quindi bere in qualche modo può essere una maniera per omologarsi;
- non c'è ammissione del problema, viene minimizzato, nascosto; il lavoro degli operatori è farli arrivare alla consapevolezza della necessità di cure;
- la mancanza frequente di una rete familiare ed amicale, negli stranieri, è spesso la causa di ritardato contatto con le strutture di cura e dei fallimenti dei programmi terapeutici;
- in certe aree della sfera "prostituzione", l'alcol assume un significato di supporto al lavoro;
- gli stranieri non si rivolgono agli operatori di strada (che lavorano di norma per i tossicodipendenti) perché non li riconoscono appartenenti ad un servizio adatto a loro;
- coloro che si rivolgono al Servizio di Pronto Soccorso a seguito di crisi per eccesso di alcol spesso non sono iscritti al Servizio Sanitario

- Nazionale: hanno solo S.T.P. (Tessera dello Straniero Temporaneamente Presente) o ne sono addirittura sprovvisti;
- al Pronto Soccorso arrivano solo quei casi che assumono rilevanza anche come casi "psichiatrici", che diventano un disturbo/minaccia dal punto di vista sociale o familiare;
 - secondo alcuni vi è la necessità di predisporre degli interventi di aiuto "qualitativi", anche attraverso la mediazione.

Appare evidente che, per far fronte alle problematiche connesse all'alcol relative alla popolazione straniera, non si può escludere la partecipazione attiva delle comunità immigrate presenti nel territorio per la comprensione delle culture "altre" e per la funzione di tutela che esercitano nei confronti degli immigrati, a volte anche eccessiva, se si pensa alle situazioni di abuso di alcol tenute sommerse per problemi religiosi.

Il fenomeno dell'alcolismo tra gli immigrati potrà essere affrontato se si seguirà una politica sociale e sanitaria orientata all'inserimento garantendo migliori condizioni di vita degli immigrati rispetto a quelle attuali. Occorre aggiungere che, nel trovare soluzioni adeguate alle problematiche connesse all'alcoldipendenza, si deve ragionare in maniera globale spostando l'attenzione da un singolo gruppo della popolazione (gli immigrati) all'intera società evitando percorsi d'intervento socio-sanitario di tipo differenziato e "ghettizzante".

Approcci socio-antropologici all'analisi dell'alcolismo

All'interno dei diversi settori ed ambiti disciplinari delle scienze umane e sociali, si sono sviluppati alcuni approcci tesi a studiare il fenomeno dell'alcolismo. Tra questi sembra utile annoverarne alcuni: funzionalista, socio-culturale, sottostrutturale e interazionista simbolico.

a) Approccio funzionalista

Gli studi antropologici sulle culture tradizionali nelle differenti società extra-occidentali, quasi tutti influenzati dall'approccio funzionalista e dal modello concettuale di malattia alcolica di stampo nord-americano, non hanno posto troppa attenzione alle pratiche alcoliche e agli aspetti alcolcorrelati (Hill 1984, Room 1983). Le letture e le interpretazioni che antropologhe come Margaret Mead (1969) e Ruth Benedict (1934) diedero al bere eccessivo nei Paesi colonizzati dall'Occidente furono: 1) il bere come risposta alla disorganizzazione socio-culturale provocata dal colonialismo; 2) il bere come reazione al processo di deprivazione; 3) il bere come espressione di attività e valori tradizionali.

Nell'analisi delle pratiche del bere tradizionale in riferimento alle culture "altre", si parla molto spesso della funzione di mantenimento della coesione sociale e della convivialità che l'alcol svolge. I modelli tradizionali endogeni del bere avevano una valenza positiva agli occhi degli studiosi, mentre quelli esterni venivano considerati fattori distruttivi delle strutture sociali.

In riferimento alla società contemporanea, l'approccio funzionalista ha tentato di delineare le funzioni del bere evidenziando il valore sociale dell'alcol quale strumento di sollievo capace di ridurre l'ansietà provocata dalle difficoltà dell'esistenza materiale, nonché strumento di soddisfazione di bisogni di dipendenza e mezzo di coesione del gruppo (Bacon 1969, Bales 1969). Rispetto agli studi antropologici relativi al consumo di sostanze psicotrope e

stimolanti nelle società "altre", sono più rari i tentativi di analisi della dimensione funzionale delle "droghe" consumate in casa, ossia nelle società occidentali, nonostante la loro rilevanza a livello politico, sociale ed economico (Adler 1993, Agar 1973, Bourgeois 1989). L'alcolismo viene inteso come problema sociale e, allineato sullo stesso piano di altre forme di devianza di anomia e disorganizzazione sociale, viene concettualizzato come un mancato adattamento al sistema costituito e ai suoi valori e come fonte di disfunzioni sociali.

b) Approccio socio-culturale

L'approccio socio-culturale tende ad analizzare gli aspetti storici, sociali e culturali dell'abuso di bevande alcoliche, a comparare i modi utilizzati dalle diverse società nell'affrontare problemi connessi all'alcol, ad indagare il significato manifesto o latente delle pratiche del bere, ad osservare strategie adattive usate da soggetti alcolisti e relazioni interpersonali legate all'alcol. Lo studio della funzione dell'alcol nei vari contesti culturali ha condotto ad una articolazione delle culture secondo un continuum (Pittman 1967):

- culture astinenti - in cui l'atteggiamento culturale è negativo e proibisce qualsiasi bevanda alcolica, gli eccessi di consumo sono una risposta a disagi personali dal momento che nei gruppi astinenti non esistono di fatto norme e modelli codificati di consumo alcolico. In questo caso le probabilità di alcolismo risultano essere assai elevate, soprattutto tra i giovani;

- culture ambivalenti - in cui l'atteggiamento culturale è contraddittorio e incoerente per cui può indurre alla trasgressione; la presenza di tale ambivalenza può indurre facilmente a comportamenti devianti dovuto all'assenza di un sistema di controllo ben integrato. Un esempio concreto è il modello statunitense che tollera la produzione e la vendita di prodotti alcolici (seppur nascosti e coperti da un sacchetto) ma che, allo stesso tempo,

attribuisce a tali prodotti connotazioni negative, etichettandoli come strumento di vergogna e di colpevolizzazione;

- culture permissive - è permesso bere alcol (alimentazione, feste collettive di natura sacra o profana) ma l'atteggiamento nei confronti del bere eccessivo è negativo, esiste un insieme di norme e consuetudini condiviso relativo all'abitudine; i tassi di alcolismi appaiono piuttosto bassi. Esempi sono il modello italiano, spagnolo, portoghese ed ebraico in cui l'alcolismo è variabile in relazione ai controlli che ne limitano l'accesso;

- culture ultrapermissive - atteggiamento culturale favorevole sia nei confronti del bere moderato che sregolato, sempre nell'ambito di comportamenti controllati in quanto condizionati culturalmente: all'alcolista viene offerta, cioè, la maniera convenzionale di manifestare il proprio disagio rispettando le modalità di "cattiva condotta" proprie del gruppo di appartenenza; l'alcolismo rappresenta, così, una "maniera corretta di comportarsi male". La probabilità di alcolismo risulta essere basso, sicuramente inferiore rispetto alle culture astinenti e ambivalenti.

Un'ulteriore distinzione tipologica, in relazione alle strutture culturali, viene descritta da Ullman (1958) secondo il quale esistono culture in cui è presente un legame tra alcol ed un sistema più ampio di pratiche culturali e alimentari e in cui le pratiche del bere si collocano in un quadro definito e secondo modelli prestabiliti; mentre, nel versante opposto, esistono culture in cui l'alcol è isolato dal contesto culturale (alimentazione, feste) e in cui il grado di alcolizzazione è elevato. Nel primo caso basti pensare ad alcune popolazioni, come gli indiani dell'America centrale, all'interno delle quali l'uso di bevande alcoliche è universalmente accettato e il bere smodato, frequente e collettivo non rappresenta un fenomeno deviante e sintomatico; o alle comunità, come quella ebraica dell'Europa dell'800, in cui l'alcol ha avuto una funzione di rafforzamento dell'organizzazione sociale; o ancora, a tutte quelle popolazioni del bacino mediterraneo le cui culture vedono un legame dell'alcol ad un sistema più ampio di pratiche alimentari e cerimoniali. Nel secondo

caso, invece, possono essere ricordati gli effetti devastanti che l'alcol ha provocato in alcuni gruppi, come le tribù indiane del *West*, accelerando processi di perdita dell'identità culturale e di disgregazione societaria.

Passando a considerare il solo contesto europeo, attraverso una riflessione dei dati disponibili afferenti all'andamento dei consumi, è stato delineato un continuum costituito da sei modelli di consumo alcolico (Alisi, Contel 1993):

- modello anglosassone: il consumo di birra, accompagnato da un "consumo globale" di tutte le bevande alcoliche, risulta prevalente;
- modello nord-orientale: l'elevato consumo di birra si affianca ad una radicata tradizione di consumo di spiriti;
- modello centro-europeo: il consumo di birra rappresenta la bevanda tradizionale e il consumo di spiriti lascia il posto a quello sempre più crescente del vino;
- modello orientale: il consumo di spiriti continua, assieme a quello di birra, ad essere molto elevato;
- modello mediterraneo: il vino rappresenta sempre la bevanda di riferimento, seguito dalla birra il cui consumo è in costante aumento;
- modello francese: il consumo di vino, di radicata e profonda tradizione, viene immediatamente seguito da quello di superalcolici.

Ovviamente tali tipologie ideal-tipiche, di funzione puramente euristica, appaiono comprensibili laddove vengano considerate le diversità nelle caratteristiche antropologiche, nelle tradizioni popolari, nelle convinzioni etico-religiose, nelle idee politiche, nelle abitudini alimentari che esercitano un'influenza sull'atteggiamento sociale nei confronti dell'alcol. All'origine dell'abitudine del bere vi sono dei fattori culturali profondamente radicati nel costume. Oltretutto sembrerebbe assai interessante analizzare gli eventuali

mutamenti degli stili del bere e quindi la trasformazione e la flessibilità dei modelli descritti sopra. Ad esempio, in Italia, si è assistito negli ultimi tempi ad un massiccio ingresso di bevande come la birra e di quelle ad elevata gradazione alcolica che si è affiancato prepotentemente al tradizionale consumo di vino, laddove si sono inoltre venute a delineare nuove modalità di consumo e nuove categorie di consumatori, come i giovani e le donne, che hanno comportato la messa in discussione di tutto il sistema di trattamento e di politiche di controllo, nonché dell'intero immaginario collettivo riguardo la figura del bevitore.

Sempre seguendo il filone socio-culturale, ci sono stati altri studi che si sono rifatti alla teoria dell'ambivalenza culturale, secondo la quale, in determinate società, i giudizi di valore sull'alcol si orientano verso due poli opposti. Un esempio evidente può essere individuato nell'ambivalenza che alcune istituzioni hanno nei confronti dell'alcol: da una parte c'è una pubblicità che incoraggia a bere esaltando il valore d'uso edonistico attribuito alle bevande alcoliche, dall'altra parte ci sono le istituzioni deputate alla salute che tendono a scoraggiare le pratiche del bere valorizzando le norme di sobrietà, stoicismo e sopportazione.

Diverse ricerche e studi transculturali sulla pratica del bere hanno tentato di delineare una panoramica arrivando ad individuare significative generalizzazioni sintetizzabili nei seguenti punti (Marshall 1979, Heath 1986, Douglas 1987, Hanson 1995):

- in molte società, la pratica del bere è essenzialmente un atto sociale e, come tale, è legata ad un contesto di valori, attitudini ed altre norme;
- tali valori, attitudini e norme costituiscono importanti fattori socioculturali che influenzano gli effetti del bere, accanto a fattori di carattere bio-chimico, fisiologico e farmacologico;
- in alcuni Paesi (come Regno Unito, Scandinavia, Stati Uniti, Australia) l'alcol viene spesso associato a comportamenti violenti ed anti-sociali, mentre in

- altri (paesi mediterranei e sudamericani) a comportamenti pacifici e non conflittuali;
- il valore dell'alcol come strumento di rilassamento e socializzazione è presente in molte popolazioni;
 - problematiche legate al consumo di alcol non sono presenti in tutte le culture, incluse quelle in cui la pratica del bere è comune e il bere smoderato occasionale è socialmente accettato;
 - quando si verificano problemi alcol-correlati, essi sono chiaramente legati a modalità del bere ed in genere anche a valori, attitudini e norme relative al consumo di alcol;
 - le conseguenze negative dell'abuso alcolico non sono dovute, all'interno di teorie semplicistiche e riduttive, alla prevalenza del bere o all'ammontare complessivo di alcol consumato;
 - conseguenze distruttive del bere si sono verificate solo in contesti secolari;
 - in tutte le culture la pratica del bere è un'attività regolata da un sistema di norme e leggi e controllata secondo canali sia formali che informali;
 - tentativi proibizionistici non hanno mai avuto successo tranne quelli espressi in termini di leggi sacre o sovranaturali;
 - la pratica del bere è un atto sociale compiuto in un riconosciuto contesto sociale. Se si pone l'attenzione sull'abuso alcolico lo strumento di controllo più efficace è quello della socializzazione;
 - quando i membri di una determinata società hanno avuto il tempo sufficiente per sviluppare una serie largamente condivisa di credenze e valori relativi al bere, le conseguenze del consumo alcolico generalmente non sono negative. Viceversa, in quelle società in cui le bevande alcoliche sono state introdotte in tempi più rapidi si sono manifestate maggiori problematiche legate all'alcol;
 - le bevande alcoliche vengono consumate più dagli uomini che dalle donne² e maggiormente in compagnia (la pratica solitaria del bere non viene

socialmente approvata in quasi tutte le culture, specie in quella permissiva e in quella ambivalente);

- quando l'alcol è culturalmente definito come alimento e/o farmaco e quando viene adottata una politica finalizzata all'educazione e all'informazione del bere, i tassi di alcolismo sono relativamente bassi e i valori legati all'alcol generano esperienze sociali positive;
- l'alcol viene in genere preferito a qualsiasi altra sostanza psicotropa disponibile.

c) Approccio sottostrutturale

Un terzo approccio è quello sottostrutturale che mira ad analizzare l'incidenza sull'alcolismo da parte di alcune variabili quali la religione, l'età, il sesso, l'appartenenza etnica, lo status, la classe sociale, il livello di istruzione, l'età di iniziazione all'alcol. Oggetto di studio sono alcune sezioni di specifiche popolazioni legate all'uso di bevande alcoliche.

d) Approccio interazionista simbolico

L'ultimo approccio trattato è quello interazionista simbolico. Esso si è misurato in maniera particolare con il problema della definizione di norma e devianza in relazione al bere mettendo in luce le definizioni che il gruppo sociale dà dei vari comportamenti devianti (Lemert 1981). Tale filone di pensiero si pone in maniera critica di fronte alla cosiddetta "medicalizzazione della devianza", ossia a quel modello che si è imposto oggi come prospettiva egemonica e che intende l'alcolismo, nei suoi confini bio-fisiologici, come una forma di malattia in quanto sindrome da dipendenza. Detto in termini più

brutali, ciò sta a significare che, nella cultura occidentale, deviante è colui che si mostra debole e incapace di controllo di fronte all'alcol, e quindi malato. Accanto a questa patologizzazione e medicalizzazione dell'alcolismo si è sviluppata una metodologia di ricerca fondata sulla raccolta quantitativa dei dati.

L'approccio interazionista simbolico accusa la "corrente biologica" di non cogliere l'alcolismo nella sua unitarietà e complessità socio-psicologica e antropologico-esistenziale e di trascurare le complesse dinamiche che interagiscono tra alcolista, agente e ambiente. Il modello interazionista simbolico tende, invece, a mettere in luce il determinismo culturale sul comportamento alcolico, sottolineando il ruolo che valori, atteggiamenti, norme ed ambiente sociale rivestono nel determinare il comportamento del bevitore. Di fondamentale importanza sarà, allora, la comprensione di dinamiche e concezioni prevalenti relative ai comportamenti considerati devianti -laddove verrebbero ad infrangersi regole, definizioni, norme interiorizzate dalla società- e l'osservazione delle reazioni nei confronti di coloro che violano tali norme attraverso l'applicazione di sanzioni e restrizioni e mediante meccanismi di esclusione, allontanamento, etichettamento e riprovazione sociale.

Il comportamento del bevitore, analizzato sullo sfondo delle reazioni della società, viene perciò inteso come un processo sociale simbolico e non è altro che il prodotto dell'inculturazione, della socializzazione, della percezione e dell'elaborazione di precisi canoni socio-culturali interagenti e presenti in un determinato contesto. Va da sé che tale processo simbolico sociale varia in base ad una determinata cultura che consente di stabilire, in via preliminare, la definizione della norma vigente per poter individuare i comportamenti alcolici percepiti come devianti in quel determinato contesto culturale.

All'interno di questa riflessione, l'alcol può essere inteso sia come variabile dipendente che indipendente. Nel primo caso esso è strettamente correlato ad una determinata configurazione sociale e ad un preciso assetto

normativo che agevolano e creano le condizioni allo svilupparsi di un comportamento deviante e quindi all'alcolismo. Nel secondo caso, invece, l'alcol costituisce il fattore determinante di possibili crisi e disgregazioni di un sistema sociale.

Da tempo l'antropologia medica, in contrapposizione ad una visione esclusivamente bio-fisiologica, dedica la propria attenzione ad una dimensione dualistica della malattia: la malattia come *disease* e come *illness*³ (Kleinman, Eisenberg, Good 1978).

Nel primo caso si fa riferimento, in termini patologici e biologici, alla disfunzione fisica, organica. Nel secondo caso, invece, si tende a sottolineare l'importanza della percezione, della spiegazione e della valutazione individuale e sociale del sé alterata dalla malattia. Si tende cioè a comprendere il disagio attraverso un linguaggio proprio del mondo culturale di appartenenza, attraverso un modellamento ed una costruzione socio-culturale, attraverso un forte orizzonte simbolico.

Con ciò si vuol dire che la malattia ha origine da processi fisiologici o psico-fisiologici ed è universale, ma la sua apparenza fisiologica è modellata dalla cultura, e quindi il singolo individuo seleziona alcuni sintomi legati ad una condizione di malattia trascurandone altri. La malattia viene, perciò, strutturata in termini culturali per essere intesa come riflesso o come oggetto di plasmazione della cultura stessa.

A questi due livelli di significato della malattia ne va aggiunto un terzo: *sickness*. Tale concetto intende la malattia

"all'interno di un gruppo in relazione alle forze macrosociali (economiche, politiche, istituzionali) e alle rappresentazioni simboliche. [...] *Sickness* definisce anche il processo attraverso il quale i segni comportamentali o biologici che accompagnano la *disease* ricevono significato nel quadro della cultura, come nel caso delle diverse rappresentazioni che l'abuso alcolico ha assunto, o i significati, veicolanti colpa e vergogna perché strettamente

connessi con la tossicodipendenza o le pratiche sessuali, che hanno accompagnato la comparsa dell'AIDS nel mondo occidentale" (Cozzi, Nigris 1996:181)

Quest'ultimo livello, come gli altri due d'altronde, appare assai utile per comprendere la concettualizzazione della malattia che ha le sue radici in un determinato contesto culturale, sociale e istituzionale anche se, molto spesso, tra *illness* e *sickness* vi è una sottile e labile linea di confine.

La malattia, quindi, sottintende la coesistenza e l'interazione di due ordini, quello biologico e quello socio-culturale, che derivano da una medesima logica: ogni società possiede una griglia di interpretazione del mondo applicabile sia al corpo individuale che agli assetti e alle istituzioni socio-culturali. Essa non può essere compresa solo in maniera individuale ma occorre tener conto dell'universo sociale e culturale in cui si va ad inserire, e del sistema di relazioni sociali e di potere in cui la malattia, intesa come oggetto sociale o esperienza vissuta, si va a collocare.

Ancora oggi, all'interno di un paradigma empirista di retaggio coloniale, la medicina tradizionale, contrapposta alla conoscenza medica occidentale, viene considerata in termini di sistemi di credenze e "sopravvivenze" (magia, stregoneria, teorie eziologiche locali, ecc.) con il loro statuto conoscitivo erroneo che, entro una visione gerarchica, andrebbe corretto perché "pre-logico" e irrazionale.

Occorre quindi mettere da parte un certo approccio etnocentrico ed universalista che considera le pratiche terapeutiche occidentali come unico punto di partenza e di arrivo di una linea evolutiva lungo la quale tutti gli altri sistemi medici "altri" vengono "inferiorizzati" e ritenuti stadi iniziali di conoscenza medica, per adottare invece un approccio olistico che focalizzi la comparazione tra costruzioni alternative dell'esperienza di malattia e disagio e che integri prospettive multiple, sensibili agli aspetti simbolici e alle pratiche sociali mediante una "rete semantica" (Good, Del Vecchio Good 1981) che

consenta di dare un'interpretazione alla malattia e di contestualizzare l'universo delle forze macrosociali entro le quali si esprime l'esperienza individuale, per giungere ad aspetti qualitativi confrontabili su larga scala.

In antropologia medica, in riferimento alla dicotomia concettuale di normale/anormale, ad esempio, viene utilizzata un'ulteriore coppia derivata dai suffissi degli aggettivi "fonetico" e "fonemico", ossia quella di etico/emico (Devereux 1978). In relazione al fenomeno dell'alcolismo, nel primo caso si può affermare che esiste una definizione universalmente valida secondo i parametri scientifici provenienti dalla farmacologia, dalla psichiatria e dalla fisiopatologia; da ciò deriva che un certo tipo di consumo di alcol può essere "generalmente" ritenuto deviante. Nel secondo caso, invece, la definizione antropologica di "anormale" può allontanarsi anche sensibilmente da ciò che la medicina occidentale considera patologico, ossia dai modelli esplicativi elaborati dalla medicina ufficiale; questo significa che, all'interno di una determinata cultura, un certo di tipo di consumo alcolico potrà essere considerato non solo normale ma addirittura auspicabile, andando incontro a precise norme sociali di comportamento. In altri termini, la definizione concettuale di normale /anormale è culturalmente determinata.

Tutti questi approcci e modelli eziologici condividono l'idea che il modello biomedico risulta essere ristretto e limitato nello studiare il problema dell'alcolismo, precludendosi, almeno in parte, la possibilità di comprendere più approfonditamente le molteplici dinamiche culturali e le numerose funzioni sociali attribuite alle pratiche del bere. Una prospettiva socio-antropologica permette, in modo efficace, di focalizzare ed interpretare le culture del bere, le quali sono strettamente legate alle condizioni materiali e al contesto socio-culturale in cui si collocano. Esse sono suscettibili a regolamentazioni e proibizioni in relazione ai differenti sistemi normativi, a trasformazioni dovute alla continua interazione con un più vasto contesto sociale, ad una perenne definizione e ri-definizione di significato. Una

prospettiva come questa consente di ampliare gli orizzonti su un fenomeno che necessita, per la sua stessa natura, di un approccio interdisciplinare.

Salute e immigrazione

Le condizioni di salute

La condizione di salute delle persone è il prodotto dell'influenza di una gamma di fattori compresi nella sfera genetica, sociale, culturale, ambientale. Nel trattare tematiche relative alla salute e alla malattia in riferimento alla popolazione migrante, occorre prendere in considerazione l'eterogeneità di differenti variabili e la compresenza di diverse aree critiche (Geraci, Marceca 2000):

- condizioni patologiche (malattie infettive, malattie dermatologiche, traumi ed infortuni con particolare attenzione all'infortunistica sul lavoro, disagio/malattie psichiatriche);
- condizioni fisiologiche (maternità, infanzia ed adolescenza, vecchiaia);
- condizioni sociali (prostituzione e tratta, abuso, detenzione);
- aggravanti (disagio sociale, immigrazione "forzata" o "non selezionata", irregolarità giuridica, mancanza/difficoltà di accesso ordinario alle strutture sanitarie).

La letteratura scientifica e l'esperienza degli addetti ai lavori tendono a mettere in luce il concetto di "effetto migrante sano" che fa riferimento al processo di autoselezione, operato nel paese di origine e precedente al progetto migratorio; si tende, cioè, a sottolineare che chi decide di partire o chi viene scelto e "selezionato" per emigrare, al fine di massimizzare la possibilità di successo del progetto migratorio di un'intera famiglia e/o della comunità locale, è in buone condizioni fisiche; e che a livello collettivo gli immigrati non giungono in Italia con particolari patologie (le cosiddette "patologie d'importazione") ma con un patrimonio di salute piuttosto integro. Il problema è che molto spesso le persone immigrate si ammalano qui di malattie comuni legate a condizioni di vita precarie. Ciò ci spinge a pensare che i problemi sanitari degli immigrati nascono come problemi di ordine

sociale per poi trasformarsi in problemi sanitari. Essendo il soggetto migrante maggiormente esposto a fattori di rischio, per evitare il circolo vizioso che vede il sociale amplificare ed accentuare i problemi sanitari, è necessario quindi trovare soluzioni sociali a sintomi sanitari.

Politiche ed implementazioni

Senza ombra di dubbio, il sistema delle leggi gioca un ruolo determinante nella definizione del fenomeno "immigrazione": leggi che disciplinano i flussi migratori, i ricongiungimenti familiari, i criteri di regolarizzazione, leggi che consentono le possibilità esistenziali degli individui decretandone i limiti e le condizioni; leggi che, agendo sulle variabili economico-organizzative del servizio sanitario pubblico, contribuiscono a selezionare i gruppi di persone da curare e l'efficacia delle strategie terapeutiche da utilizzare, fino a costruire intere categorie diagnostiche. L'implementazione della normativa esistente è condizionata dall'ideologia e dall'atteggiamento politico nei confronti della popolazione immigrata.

La legge 40 del 6 marzo del 1998 (*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero*) disciplina la condizione degli stranieri in Italia e stabilisce l'obbligatorietà dell'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) da parte dei cittadini stranieri presenti su territorio italiano per vari motivi, e la piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani. L'assistenza sanitaria viene assicurata anche agli stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno.

Hanno l'obbligo di iscrizione al S.S.N. gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per i seguenti motivi:

- attività di lavoro autonomo;
- attività di lavoro subordinato;
- iscrizione nelle liste di collocamento;
- attività di lavoro stagionale;
- motivi familiari e ricongiungimenti familiari;
- asilo politico;
- richiesta di asilo;
- protezione sociale;
- donne in stato di gravidanza;
- motivi umanitari e motivi straordinari;
- attesa di adozione;
- affidamento;
- acquisto della cittadinanza;
- motivi di salute.

Per iscriversi è necessario rivolgersi alla ASL di appartenenza. Gli stranieri regolarmente soggiornanti, che non rientrano tra coloro che sono obbligatoriamente iscritti al S.S.N., sono tenuti ad assicurarsi dal punto di vista sanitario, mediante stipula di polizza assicurativa con l'Istituto di assicurazione italiano o straniero, oppure mediante iscrizione al S.S.N. e pagamento in proprio. In questa tipologia di cittadini rientrano gli stranieri presenti per:

- motivi religiosi;
- motivi di culto;
- motivi di residenza elettiva;
- motivi di studio;
- addetti alla Ambasciate presso lo Stato Italiano;
- addetti alle Ambasciate presso la Santa Sede;
- personale alle dipendenza della FAO;

- cittadini che per coesione familiare risiedono, ma non sono contributivamente a carico di alcuno e non sono autorizzati né possono, per limiti di età o altro essere iscritti nelle liste di collocamento e lavorare;
- collocati alla pari;
- accompagnatori di soggiornanti per cure mediche.

Ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno in Italia, definiti anche Stranieri Temporaneamente Presenti (S.T.P.), devono essere comunque assicurate le cure ambulatoriali e ospedaliere o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva e di salvaguardia della salute individuale e collettiva. Per poter usufruire di questi servizi sanitari, lo straniero, seppure irregolare, che si trovi in uno stato di indigenza, potrà farsi rilasciare il tesserino della azienda sanitaria a cui richiede la prestazione a parità di trattamento con il cittadino italiano. Per ottenere il tesserino S.T.P., di validità semestrale e rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale, non è obbligatorio esibire un documento d'identità o lasciare il proprio nome e cognome; è sufficiente dichiarare di essere indigenti, cioè di non avere le risorse economiche per curarsi. Va aggiunto che lo straniero non in regola con le norme sul soggiorno che faccia ricorso a cure mediche, non può essere segnalato alle autorità di pubblica sicurezza, fatto salvo il caso in cui sussista l'obbligo di referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Inoltre sono assicurati agli stranieri irregolari: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, le vaccinazioni, la salute del minore, gli interventi di profilassi, diagnosi e terapia delle malattie infettive, tutela della salute mentale. Circa la tossicodipendenza non ci sono riferimenti espliciti nella legge, ma essa è compresa tra le misure continuative e tra le terapie delle malattie infettive.

La Circolare n. 5 del 24/3/2000 del Ministero della Sanità precisa, riferendosi esplicitamente agli stranieri irregolari, che ad essi vanno applicate le norme che la legge del D.P.R. 309/90 prevedeva (oggi previste dalla nuova legge 49/06) per i tossicodipendenti italiani, ed in particolare:

- quanto disposto per le prestazioni di carattere sanitario e psicologico dalla medicina penitenziaria;
- quanto stabilito per gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi;
- inoltre viene specificato che le cure sanitarie sono fornite senza oneri a carico degli stranieri irregolari, qualora siano sprovvisti di risorse economiche (fatte salve le spese a parità di condizioni con il cittadino italiano).

Per quanto concerne le finalità della legge quadro 125/01 in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati, tale legge pur non presentando espliciti riferimenti alla popolazione straniera:

- tutela il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- favorisce l'accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati.

Bisogna sottolineare che le cure erogate dal S.S.N. non costituiscono un fattore che presuppone la successiva regolarizzazione. Infatti, tali politiche di tutela sanitaria per gli immigrati sono completamente indipendenti rispetto alla legge sull'immigrazione "Bossi-Fini".

Nonostante la legge 40/98 venga ritenuta fra le più "avanzate" nel panorama europeo, con l'entrata in vigore della legge "Bossi-Fini", si è creato un circolo vizioso dovuto allo stretto vincolo tessera sanitaria - permesso di soggiorno - contratto di lavoro; vincolo che complica la vita a chi spesso ha

lavori precari e a coloro che fluttuano in continuazione tra regolarità e irregolarità (i cosiddetti "clandestinizzati regolari").

Sussiste inoltre la questione "federale" della gestione per cui l'effettiva qualità dei servizi dipende molto dalle normative autonome regionali e dall'applicazione che di queste danno i singoli dirigenti delle ASL. Le leggi regionali hanno potuto supplire un vuoto, o meglio una confusione della normativa nazionale nell'ambito delle politiche sanitarie per gli immigrati ma, allo stesso tempo, hanno generato casi di mancata applicazione e di inadempienza. Può accadere, ad esempio, che in una Regione esista un buon piano sanitario e che, contemporaneamente, ci siano luoghi in cui i servizi (anche con utenza straniera) non siano efficienti o siano addirittura inesistenti.

Nonostante la potenziale accessibilità ai servizi da parte della popolazione straniera, ciò non è bastato a smontare, da un lato la radicata diffidenza degli stranieri immigrati nei confronti delle strutture pubbliche, dall'altro il disagio degli operatori socio-sanitari a rapportarsi con una materia profondamente ambigua in tema di organizzazione sanitaria e profondamente conflittuale sul piano delle scelte individuali e relazionali, nonché problematico sul piano culturale. Il dato che rimane costante in molte ricerche svolte nel nostro paese fino ad oggi è proprio la ridotta utilizzazione dei servizi pubblici da parte degli immigrati, regolari e non, e il ricorso strutturato alle strutture del volontariato cattolico e laico (che hanno meno vincoli dal punto di vista burocratico ed amministrativo, oltre ad essere riconosciute dagli stessi immigrati come punto di riferimento ormai da molto tempo).

Il mancato utilizzo dei servizi del S.S.N. da parte della popolazione immigrata può essere spiegato alla luce di diversi variabili e di possibili barriere (CNEL 2000):

- principali variabili che condizionano l'accesso ai servizi: sussistenza del diritto di accesso, consapevolezza di questo diritto, effettivo esercizio del diritto;

- possibili barriere nell'accesso ai servizi: barriere giuridico-legali, barriere economiche, barriere burocratico-amministrative, barriere organizzative;
- possibili barriere alla fruibilità dei servizi: barriere linguistiche, barriere comunicative, barriere interpretative.

Come emerso nel corso dell'*VIII Consensus Conference* su temi sanitari relativi all'immigrazione, tenutasi a Lampedusa nel maggio 2004, in Italia sussistono ancora ostacoli burocratici, amministrativi, organizzativi e comportamentali per l'iscrizione al S.S.N. in riferimento sia ai richiedenti asilo politico che ai soggetti regolarizzati e quelli momentaneamente disoccupati. In aggiunta è stato evidenziato che permangono difficoltà di fruizione di percorsi assistenziali per gli stranieri temporaneamente presenti.

C'è da dire che anche nel caso di stranieri regolari spesso le ragioni della non iscrizione al S.S.N. o il non utilizzo dei servizi sono riconducibili principalmente all'assenza di informazione nonché a difficoltà di comprensione-comunicazione e soprattutto a una differente percezione della malattia nelle culture di origine (differenti richiami sanitari, familiari, sociali nonché spirituali). Inoltre, pare che gli immigrati non mettano in atto strategie preventive ma che si rivolgano ai servizi socio-sanitari solo in caso d'urgenza o di malattia conclamata, quando cioè non possono farne a meno e questo complica notevolmente la diagnosi, la terapia e la prognosi.

E' stato rilevato, ad esempio, che il numero degli immigrati che si rivolgono direttamente ai Ser.T. è inferiore a quanto ci si aspetterebbe dalla loro presenza in altri reparti ospedalieri o dai loro passaggi al Pronto Soccorso; eppure sono in forte aumento le richieste di supporto e le segnalazioni provenienti da realtà, istituzionali o private, che non si occupano di sanità: scuole, servizi sociali con politiche di bassa soglia, comunità, centri di accoglienza, carceri, parrocchie sembrano essere luoghi in cui le difficoltà

degli immigrati incontrano maggiori possibilità per poter essere individuate e riconosciute.

A questo va aggiunto che spesso i tossicodipendenti stranieri, per lo più in posizione irregolare rispetto alle norme relative all'ingresso e al soggiorno, e quindi intesa come popolazione "nascosta" e "sommersa", tendono a tenere nascosti i propri problemi, non rivolgendosi quindi ai servizi pubblici che si occupano di tossicodipendenza, per evitare la doppia stigmatizzazione di straniero e di tossicodipendente.

Il rifiuto di certi tipi di servizi può essere ricondotto non solo alla percezione individuale dello straniero alcoldipendente, come ad esempio la difficoltà personale nel riconoscere l'alcoldipendenza come problema, ma anche alle rappresentazioni che vengono elaborate a livello sociale e al sistema di relazioni già estremamente complesso, composto da sotto-insiemi socio-culturali che si autodefiniscono, sviluppando aspetti della propria identità, in rapporto di contrapposizione dialettica tra loro. Ciò sta a significare che possono venirsi ad innescare meccanismi ed atteggiamenti di rifiuto di alcuni valori, come l'accoglienza, in quanto percepiti come connotativi di altri ambiti socio-culturali con i quali vi è una relazione di conflittualità, quindi "altro da sé". Va specificato che, nel paese di provenienza, non sempre si riscontra la presenza di servizi sociali o, qualora siano presenti, hanno una struttura sostanzialmente diversa da quelli italiani e le modalità stesse di accesso ai servizi cambiano da cultura a cultura. Nel Maghreb, ad esempio, il servizio sanitario non viene percepito né utilizzato come una funzione di utilità pubblica ma viene piuttosto sentito come un surrogato del sostegno fornito un tempo dalla famiglia allargata. Ci possono essere poi contesti di provenienza in cui la malattia viene presa in carico dalla comunità di appartenenza.

Queste differenze culturali appaiono ancora più significative quando si è di fronte ad una problematica come quella dell'alcoldipendenza, in quanto,

mentre in Italia è intesa come una patologia da curare, in molti paesi è considerata l'infrazione alle norme, una colpa da punire.

Il paradigma culturale di riferimento dell'utente straniero è "altro" ed è l'universo culturale di appartenenza a determinare i bisogni e l'uso dei servizi. Questo vale soprattutto per quegli individui la cui socializzazione e rappresentazione della malattia e delle modalità per affrontare tale condizione è avvenuta in differenti contesti socio-economici, in cui differenti modelli sanitari, differenti modelli di intervento e diversi modelli di disagio/malattia coesistono con le modalità per sopravvivere condizionate dalla cultura di appartenenza. Non si tratta di trovarsi di fronte una situazione di diversità rispetto ai bisogni fondamentali ma di contestualizzare una diversità culturale che connota la specificità del bisogno dell'utente immigrato, differenziandolo così dagli altri cittadini. Tale specificità del bisogno consiste in svantaggi concreti che vanno considerati per non idealizzare e mitizzare il concetto di uguaglianza quando poi esso non si concretizza nell'attuazione del diritto.

Un discorso pressoché simile va fatto anche riguardo la figura degli stessi operatori che agiscono nei servizi per le tossicodipendenze; infatti, mentre la professione del medico riveste un carattere abbastanza universale, professioni e ruoli dell'assistente sociale e dello psicologo possono risultare sconosciuti.

A tutto ciò va aggiunto - e non è un aspetto da trascurare - la paura ad esporsi, specie per quelli che sono o che sono stati coinvolti tra le maglie di attività illecite legate a sostanze illegali, con il rischio temuto di possibili schedature e denunce da parte delle forze di sicurezza pubblica, e quindi dell'espulsione dall'Italia. Questo aspetto è determinante nel modo in cui l'immigrato si avvicina al mondo dei servizi; l'esperienza del sospetto, la paura del controllo è un vissuto costante nella sua vita.

Sembra quindi necessario e indispensabile che i Ser.T. e tutti gli altri servizi pubblici con utenza straniera, abbandonando un certo "relativismo

sanitario”, sperimentino e implementino nuove modalità di approccio ai cittadini stranieri, quali:

- analisi e lettura dei bisogni oggettivi e soggettivi al fine di monitorare ed adeguare risposte efficaci;
- attivazione di politiche di bassa soglia e di procedure che facilitino la presa in carico;
- la collaborazione col privato sociale (maggiormente utilizzato dagli immigrati; aumenta, ad esempio, la presenza dell'utenza straniera nei Club degli Alcolisti in Trattamento);
- la capacità di conoscere, valorizzare ed attivare "a rete" le diverse specifiche risorse, formali ed informali del territorio;
- un'azione d'intervento sociale e istituzionale, di tipo promozionale ed emancipativo, basata sulla messa a disposizione di supporti e risorse in grado di avviare processi di partecipazione e d'inserimento sociale;
- operazioni di sensibilizzazione e di messa a conoscenza, nei confronti del personale sanitario, riguardo la normativa vigente sul diritto di salute per i pazienti migranti regolari o irregolari e sui fattori di rischio della migrazione;
- la formazione specifica, soprattutto in senso culturale, degli operatori (proprio per questo occorre la presenza di "mediatori culturali", facilitatori della programmazione di percorsi terapeutici e riabilitativi) con competenze nell'organizzare percorsi terapeutici nei confronti di soggetti che presentano temi e problematiche culturalmente connotati, e con capacità di "decodificazione" delle influenze dell'universo culturale di provenienza dei migranti nella strutturazione della carriera tossicomane e nelle loro aspettative terapeutiche;

- la conoscenza e il confronto con i modelli culturali ed esperienziali di salute nonché con l'orizzonte cognitivo dei soggetti utenti, contemplando aspetti relativi alla cultura del paese di appartenenza e individuando le concezioni relative alle cause e alla natura della tossicodipendenza;
- la capacità di valorizzare i percorsi esistenziali e culturali dei soggetti utenti ed attivare le risorse positive per il recupero ed il mantenimento della salute;
- la presenza di personale appartenente alle minoranze;
- il coinvolgimento degli utenti nella valutazione dei risultati;
- il coinvolgimento delle comunità di appartenenza, attraverso l'individuazione di *leaders* informali, nei vari processi di lavoro e nella relazione terapeutica, nell'ottica di trasmettere messaggi positivi al resto della comunità in merito ad abitudini e comportamenti di vita sani e di creare una "comunità locale nella comunità locale" piuttosto che un'utenza straniera nella comunità ospitante, adottando anche sistemi di terapia e di cura "tradizionale";
- la compilazione di cartelle cliniche maggiormente incentrate sui bisogni socio-sanitari dell'immigrato, nonché sulle sue aspettative, sul suo ambiente e cultura di provenienza, sul percorso migratorio da questi intrapreso, sul suo rapporto con la medicina tradizionale e terapeutica, ecc.;
- interventi di tipo informativo dell'utenza sull'offerta dei servizi e sulla realtà sanitaria italiana relativi alle modalità generali di accesso, regole interne, tipologia delle prestazioni erogate, normativa che garantisce l'accesso anche agli immigrati in posizione irregolare (manifesti e volantini in più lingue, incontri

con la popolazione e passaparola tra le persone e tra i servizi,
articoli su riviste *ad hoc* etc.)⁴.

Necessità di un approccio transculturale

Oggi, ancor più degli anni passati, sono necessari un approccio transculturale ed un'apertura culturale che vada incontro ai nuovi bisogni, che sappia ascoltare ed accogliere individui con problemi di dipendenza appartenenti a gruppi minoritari presenti in Italia. Occorre perciò, anche sulla scia dell'esperienze di altri paesi⁵, creare, nell'ambito dell'interculturalità e dell'organizzazione dei servizi pubblici e privati, interventi di prevenzione e di trattamento che siano culturalmente sensibili. Gli interventi terapeutici, abbandonando un atteggiamento di tipo assistenzialistico o paternalistico, devono prefigurare la possibilità di rilanciare il progetto migratorio degli utenti stranieri, rendendolo più praticabile e realistico, e sostenendo sia i processi di riorganizzazione dell'identità soggettiva che quelli inerenti la mobilitazione e l'elaborazione dei legami di appartenenza culturale. Oltre a dare un'attenzione più propriamente clinica, rivolta all'introspezione personale, alla promozione della conoscenza del sé, del proprio modo di essere, di vivere interiormente le esperienze quotidiane, di lavorare su problematiche individuali (carattere, personalità, stili di relazione e di comportamento, stile emotivo, vissuti relativi al passato e al presente, proiezioni di sé nel futuro, sogni, ideali, progetti di vita), è estremamente importante porre attenzione a problematiche culturalmente connotate, a incomprensioni dovute alla diversa lettura culturale dei contesti sociali, a smarrimenti di identità culturale dell'utente "altro".

Ciò implica per gli addetti ai lavori – senza pretendere, perché impossibile, che essi abbandonino la propria struttura culturale e le proprie conoscenze metodologiche – la messa da parte di un certo etnocentrismo culturale e l'adozione di un nuovo mondo di valori, significati e di codici culturali. Occorre quindi, in maniera creativa ed interlocutoria, l'apertura ai diversi linguaggi della salute e della sofferenza, rifiutando a priori la possibilità di abbandonare le proprie pratiche o i propri presupposti, e la creazione di un dispositivo comunicativo che consenta la "dialogicità fluida tra significati e

significanti appartenenti alle due culture in gioco, senza tuttavia divenire luogo dove tutti i possibili significati assurgono acriticamente al medesimo piano valoriale" (Riva 2002:223) e senza che ciascun gruppo immigrato continui integralmente a muoversi secondo i modelli culturali di origine.

Nel dibattito attuale, si avverte la necessità - specie per quegli utenti che hanno le radici in culture in cui la gente è socializzata in una struttura che coinvolge il gruppo e in cui vige la cultura dei gruppi di appartenenza - di realizzare progetti basati sul coinvolgimento delle comunità locali a partire da quelle di appartenenza culturale dei soggetti stranieri, favorendo processi e legami di appartenenza mediante reti relazionali, e investendo sul consenso delle comunità ospitanti nel promuovere l'accettazione delle strutture deputate all'assistenza degli stranieri tossicodipendenti attraverso processi di inclusione sociale.

Non vanno trascurati però diversi rischi che, secondo alcuni, potrebbero essere rappresentati da un eccessivo processo di "culturalizzazione" dei servizi e degli interventi; processo che può produrre discriminazione e scoraggiare il coinvolgimento delle minoranze nei processi terapeutici: la promozione dei servizi "dedicati" e diversificati infatti è vissuta, anche tra gli stessi operatori, con qualche perplessità, in quanto vi è il timore che tale impostazione del servizio possa accentuare ulteriormente la discriminazione tra utenti stranieri ed italiani, e possa essere percepita come ghettizzante determinando una ricaduta negativa a livello della promozione della comunicazione e del dialogo interculturale. Il rischio connesso alla culturalizzazione della malattia e del disagio, nel nostro caso della alcoldipendenza, può essere, nel rappresentare le caratteristiche generali di una popolazione, quello di creare un'immagine stereotipata e naturalistica (l'immigrato dell'Est Europa abusa di alcol, il maghrebino spaccia, ecc.) che non corrisponde alla realtà e che appiattisce e congela la soggettività in categorie etniche rigide, riduttive, statiche, fisse. Ed è su questa immagine stereotipata e coatta che si vengono inevitabilmente a creare analisi che

disegnano le comunità degli immigrati come insiemi reificati ed omogenei, come soggetti univoci animati da comuni intenti, bisogni, obiettivi e aspettative di comportamento. Ad un livello superiore, tutti questi insiemi uniformi e ontologicamente immutabili vengono inseriti in un contenitore unico ossia, usando un'espressione sociologica, nella categoria di "immigrato", facendo scomparire l'intera e complessa eterogeneità dei retroterra storici, culturali, sociali e linguistici.

Questo "sostanzialismo etnico", che produce categorie astratte ed etichette artefatte, non è sostenibile: piuttosto che di unità culturali statiche e naturali, sarebbe più corretto parlare di una catena di società, di un continuum labile di schemi e di pratiche culturali, in base a ciò che Amselle definisce la "logica meticcia", cioè un approccio di tipo continuativo e sincretico, dove il "meticcio" non deve essere inteso come un punto di arrivo ma come una condizione di partenza, una condizione originaria (Amselle 1999). E le situazioni d'immigrazione sono particolarmente esemplificative circa la fluidità delle identità e la porosità delle frontiere fra gruppi, visto che le forme di aggregazione che si costruiscono nella società d'arrivo non sono mai e non potrebbero essere una riproduzione della comunità e dell'"etnia" d'origine. Oltretutto, attribuendo all'identità etnica una valenza relativa e situazionale, l'appartenenza ad un gruppo non è esclusivamente legata all'"etnia" perché ogni individuo si identifica in diversi gruppi e sottogruppi culturali, che condizionano il modo di agire e di pensare. Ciò sta a significare che l'individuo, in relazione alle circostanze, ribadisce o mutua i confini del proprio gruppo - quelli che Barth (1969) chiama "confini etnici", intesi come costruzione sociale e come modalità di comunicazione che limita e allo stesso tempo favorisce l'interazione - con lo scopo di poter rinegoziare e ridefinire i valori della propria identità per invocarne nuovi a fondamento della sua azione, distintivi dell'identità e del proprio "gruppo etnico". Il migrante non rappresenta una cultura ma è portatore di una cultura che, nella realtà dei paesi d'immigrazione, quotidianamente interagisce con molte altre culture

rielaborate e utilizzate in maniera più o meno personale, con una possibile eterogeneità di percorsi identitari. Un grosso rischio consiste nel fatto che l'individuo possa andarsi a collocare, in maniera non del tutto spontanea, all'interno della categoria stereotipata eterocostruita, ossia ad identificarsi in quell'immagine collettiva voluta dalla società d'accoglienza.

I servizi sanitari, preoccupandosi di curare la *illness* oltre che la *disease*, devono saper leggere il disagio di una soggettività vissuta all'interno di uno specifico contesto socio-culturale e capire il ruolo fondamentale che riveste la relazione tra la nostra esperienza e le storie individuali, con le loro informazioni e connotazioni culturali. I sistemi culturali condivisi dalla comunità di appartenenza non vanno ritenuti come appartenenti di fatto al singolo individuo, ma come contesto di riferimento in cui poter riscontrare le soggettive attribuzioni di significato. Le rappresentazioni culturali vanno, cioè, rielaborate per ricostruire dei significati condivisi e soggettivamente validi e attinenti alla narrazione personale dell'individuo e alla sua storicità.

Come sostiene Beneduce, "i processi d'individuazione e di autorappresentazione nel corso di esperienze come la migrazione sono estremamente complessi, imprevedibili, in ogni caso tali da impedire conclusioni sommarie; e la malattia, la sofferenza, possono paradossalmente rappresentare il teatro estremo sulla cui scena rappresentare la propria singolarità, i propri conflitti individuali" (1994:103-104).

È necessario, pertanto, mettendo da parte sguardi ed ossessioni "etnicizzanti", tentare di leggere comportamenti culturalmente connotati senza mai però perdere di vista la complessità, la varietà, la molteplicità e anche la dinamicità del processo di costruzione sociale del disagio da parte del singolo migrante e il senso che egli attribuisce alla sua storia di migrazione e di malattia.

Si ritiene, perciò, più utile lavorare sul piano della formazione e della sensibilizzazione sia del personale amministrativo che medico e paramedico. E' necessario individuare un modello formativo comune per un approccio

interculturale con percorsi formativi specifici congrui ai diversi ambiti di competenza. Come sostiene De Micco:

"ciò che occorre non è una conoscenza enciclopedica di tutti gli usi e i costumi delle singole popolazioni immigrate, quanto piuttosto tenere costantemente presente la possibile implicazione culturale di certi comportamenti, di certi sintomi, di certi simboli, e studiarli di collocarli all'interno della relazione terapeutica, ovvero sia essere consapevoli dell'impossibilità di escludere tale dimensione dell'interazione terapeutica. Collocare la cultura originaria del paziente nella relazione terapeutica significa per il paziente stesso riuscire a collocarla utilmente, proprio in quanto efficace, ancora dotata di potere vitale, in una regione della sua esperienza. Se il nostro ascolto sarà antropologicamente sensibile, ovvero sia capace di sintonizzarsi sulle molteplici modulazioni e sulle diverse frequenze che attraversano il dialogo, spesso saranno gli stessi pazienti ad aprirci i connotati culturalmente specifici di un sintomo, di un'espressione linguistica, etc. Se i nostri strumenti di ricezione e di interpretazione, i nostri sensi, si allineano e diventano sufficientemente sensibili, potremo riconoscere dunque costantemente nelle parole di nostri pazienti quel doppio livello, biologico e antropologico cui il sintomo allude" (2002:50).

E' anche per spiegare tale anomalia (perché utilizzare una struttura con minori mezzi e risorse quando si potrebbe avere a disposizione e a pieno diritto un'assistenza specifica e qualificata?) che si fa riferimento a metodologie d'indagine e strumenti orientati sul piano socio-antropologico, che riescano ad interpretare il "comportamento di ricerca della salute" dal punto di vista simbolico, culturale e sociale.

L'affiliazione culturale può, quindi, legittimare sia una certa percezione del mondo e delle relazioni, della salute e della malattia, di sé e della famiglia, sia il consumo di sostanze.

Nel dibattito odierno, di cruciale importanza risulta essere la comprensione, entro una pluralità di modelli medici e di sistemi di cura, dell'esistenza e dell'utilità di interventi terapeutici "tradizionali" culturalmente

connotati e come l'eziologia dei disturbi di dipendenza da sostanze debba dipendere da una rete multifattoriale particolarmente complessa ed articolata, che racchiude aspetti psichici personali, relazionali, familiari, culturali ed eventi storici specifici. Non sembrerebbe perciò azzardata la proposta di realizzare programmi di prevenzione e di cura sanitaria con la collaborazione -che non deve significare subordinazione- di figure professionali "altre" (ad esempio di figure religiose carismatiche, ma anche di guaritori specialisti "tradizionali") o con il ricorso ad altri sistemi medici (sistemi "tradizionali" o locali, medicina cinese, agopuntura, medicina omeopatica, medicina naturale ecc.) che possano facilitare, in maniera efficace e complementare, il percorso di cura in contesti connotati da una forte presenza di popolazione immigrata.

In primo luogo, tali figure professionali potrebbero svolgere un importante ruolo di *brokers*, ossia di intermediari: essi legano flussi d'informazione ed interazione tra differenti contesti culturali, alleviano e adattano gli sfavorevoli effetti dell'emigrazione fornendo assistenza materiale e traducendo le attività dei migranti in metodi che hanno a che fare con le circostanze, gli obblighi e gli impedimenti della società ospitante; infine, aiutano a formulare nuove interpretazioni di identità. Ma soprattutto, attraverso un approccio olistico alla malattia, essi possono rappresentare l'espressione diretta del quadro di riferimento culturale del paziente e della sua comunità di appartenenza: una figura professionale "altra", dotata di pratiche terapeutiche di forte valenza simbolica culturalmente legittimate, è in grado, infatti, di restituire al paziente quell'equilibrio psichico che è dato dall'interrelazione tra inconscio soggettivo e costruzione sociale della malattia. Con ciò si vuole dire che, mediante la manipolazione di simboli interni ad un complesso sistema di segni, di pratiche culturali, di elementi empirici e di processi rituali, si ha la possibilità di inserire le cause e i sintomi del male in un universo culturalmente condiviso e codificato, dove poter attribuire un senso al male stesso.

In conclusione si ribadisce che l'origine e l'appartenenza culturale dell'individuo determinano inevitabilmente la nascita e l'evoluzione di un disturbo di dipendenza, l'attribuzione di significato della propria esperienza e condizionano il bisogno di ricorso alla cura e alle forme di sostegno nonché le attese sulle prestazioni dei diversi tipi di assistenza. Riportando le parole di Riva:

"Persone che vivono lo stesso disagio, immersi in culture diverse, possono sviluppare sintomatologie diverse, ma anche la medesima sintomatologia, in persone di provenienze culturali differenti, può sottendere a disagi differenti. È necessario indagare particolarmente bene a quale tipo di disagio afferisce la dipendenza in un utente straniero, a quale bisogno o sofferenza fornisce un surrogato di risposta, per non intervenire con una risposta standard che rischia di far sentire alla persona di non essere stato né compreso né ascoltato" (2002:212).

Dinamiche del progetto migratorio

Considerata la complessità dell'esperienza migratoria, sembra riduttivo delineare una schematicità dei modelli bipolari che tendono a rappresentare i migranti nell'abbandono e nello sradicamento da un luogo rigidamente definito per assimilarsi o acculturarsi in un contesto di approdo altrettanto congelato, dove i confini politico-culturali e la loro immutabilità vengono rappresentati come naturali. Detto questo, sembrerebbe più esatto parlare di capacità di essere "qui" e "là" contemporaneamente, travalicando confini politico-amministrativi e culturali (Hannerz 2002). Ovviamente non deve essere sottovalutata la rilevanza dei contesti locali di accoglienza nell'influire sullo scopo e sulla frequenza delle pratiche transnazionali dei migranti, i quali dovranno continuamente elaborare nuove strategie di sopravvivenza, adattamento e radicamento. Ma è assai riduttivo prendere in considerazione esclusivamente le caratteristiche del contesto di approdo per spiegare un fenomeno sociale che può presentare una traiettoria storicamente più profonda che la semplice reazione ai cambiamenti economici e politici dei paesi di immigrazione. Per questo motivo non deve essere ignorato il retroterra socioculturale degli emigranti e i loro legami con il contesto di partenza. L'immigrato prima di essere immigrato è un emigrato cioè una persona che aveva, e che ancora conserva, una propria storia nel suo paese d'origine.

Com'è noto, l'immigrazione "clandestina" è sempre esistita, sia perché i paesi d'immigrazione hanno preteso di regolare i flussi a seconda della domanda di manodopera immigrata, alternando dunque politiche di apertura e chiusura, sia perché il fenomeno migratorio è sostanzialmente un fenomeno spontaneo che può anche combinarsi con le politiche ed i canali migratori ufficiali, ma continua al di là delle regolamentazioni ufficiali.

Ogni corrente o sub-corrente migratoria corrisponde ed è il prodotto di una catena migratoria specifica che spesso si comincia a costruire nel paese

d'origine tra una cerchia di familiari, amici, parenti compaesani, che maturano ed elaborano insieme un sapere migratorio specifico; la catena migratoria conduce così una parte, a volte piccola, a volte più estesa, di una determinata società locale ad immigrare, inserirsi e stabilizzarsi in un'altra società d'arrivo.

Si formano in questi casi reticoli o gruppi di immigrati di origini comuni, che durante le varie generazioni possono mantenere la loro coesione senza mai formalizzare la loro esistenza; tale fenomeno si può interpretare come un "fatto sociale totale e dinamico", caratterizzato dalla continua variazione dell'identità (Palidda 1994:31).

L'aggregazione degli immigrati aiuta la realizzazione del progetto di inserimento nella società d'arrivo: da un punto di vista materiale, ci si aiuta a sopportare la maggior parte dei costi dell'inserimento, ad evitare il rischio di patologie e devianze, a favorire anche l'ascesa sociale e l'imprenditorialità. In questo modo, la prima funzione della catena migratoria è proprio quella di gestire l'elaborazione della scelta emigratoria e poi l'adattamento continuo dell'immigrato alla società d'immigrazione; da un punto di vista emotivo, invece, l'ancoraggio a valori e comportamenti tradizionali, va letto come ancoraggio a certezze indispensabili per evitare rischi del vuoto della strutturazione socio-culturale; la finalità ultima, seppur nella sua dinamicità (è inevitabile il progressivo cambiamento nel confronto con i valori e i comportamenti della società d'arrivo), rimane l'inserimento nella società d'accoglienza per la riuscita del progetto migratorio. Ma talvolta tale reticolo di protezione e controllo non funziona efficacemente.

Il fenomeno dell'immigrazione svolge un ruolo di "funzione specchio", ossia tende a scoprire le caratteristiche di fondo di un sistema sociale e tutti i problemi congiunturali o strutturali che caratterizzano la società d'accoglienza: le problematiche afferenti il fenomeno migratorio, tra cui compaiono anche quelle legate all'alcoldipendenza, fanno da "cartina di tornasole" facendo emergere tutte le difficoltà, le incertezze e l'assenza di soluzioni adeguate della nostra società.

A tal proposito, alcune ricerche rilevano che il fenomeno della alcoldipendenza non riguarda esclusivamente gli immigrati irregolari, ma anche quelli regolari. Ciò può essere determinato, da una parte dal fatto che la regolarizzazione non comporta automaticamente l'uscita dalla marginalità sociale e quindi da un percorso di alcoldipendenza (e ciò comporta che un soggetto regolarizzato rimane un cittadino di serie B, trovandosi ancora nelle periferie sociali e culturali della comunità di accoglienza con un accesso più formale che sostanziale alle risorse, rispetto alla popolazione italiana), e dall'altra dall'esistenza di fattori di tipo psicologico, legati ad esempio, al grado di soddisfazione del progetto migratorio, o al grado di "adattamento" al contesto in cui si vive, non vincolati alla posizione socio-economica, che facilitino l'ingresso nel percorso tossicomane. In una situazione di passaggio da una cultura natia ad una cultura "altra", processi come l'apprendimento di una lingua, di codici comportamentali, di norme e valori differenti, possono isolare ed emarginare, ed in assenza di un sistema sociale e familiare di riferimento, tali situazioni possono portare abbandono e disorientamento, crolli psicologici e sentimenti fallimentari.

Bisogna infatti ricordare che la costruzione del progetto migratorio è spesso coltivata, nel paese d'origine, fin dall'infanzia, ed è condivisa da tutto il contesto familiare e comunitario di appartenenza; le speranze e le attese legate all'immaginario migratorio sono spesso associate a fantasie di facili successi e di rapide emancipazioni sociali, i cui esiti positivi gioveranno al destino di tutta la famiglia. Questi scenari vengono confermati e rafforzati sia da coloro che ritornano, durante le vacanze, con grosse quantità di regali e beni di consumo, sia dalla voglia di evadere da un contesto di deprivazione che non permette ad un adolescente di investire in progetti esistenziali soddisfacenti.

In questo modo, un'importanza fondamentale spetta proprio alla qualità e al grado di soddisfazione verso il progetto migratorio, il quale è strettamente connesso alle aspettative, personali e familiari, antecedenti

all'espatrio, nonché alle possibilità concrete della sua realizzazione nel paese d'arrivo.

A questo proposito, a prescindere dalle concrete possibilità di successo, bisogna evidenziare che le aspettative del contesto di appartenenza, con il quale l'immigrato è in continuo contatto, anche solo a livello affettivo e cognitivo, costituiscono un grosso fattore di vulnerabilità, che contribuisce ad appesantire sia la gestione degli stress legati al processo di adattamento ed inserimento, sia ostacolando la possibilità concreta di un ritorno nel proprio paese d'origine.

In questo modo il migrante si trova "né totalmente presente là dove è presente, né totalmente assente là dove è assente" (De Micco 2002:22): ambigualmente sospeso tra terra di origine, con le sue memorie e i suoi affetti, ma potenzialmente anche fonte di rimorsi, aspettative e pressanti richieste, e terra di arrivo, che teoricamente offre possibilità di riscatto e di emancipazione ma in realtà rinnova condizioni di emarginazione e di rifiuto. L'"integrazione" che viene offerta è meramente economica sul piano del mercato del lavoro e della partecipazione all'uso di beni di consumo, ma è carente dal punto di vista affettivo e sociale.

Il progetto migratorio così carico di valenze emotive, diventa spesso un percorso obbligato, con un unico senso di marcia, il cui fallimento, reale o immaginario, prefigura il rifiuto e l'esclusione, sia nel paese d'arrivo che in quello di provenienza. Non si devono, quindi, sottovalutare le condizioni psicologiche e la vulnerabilità psichica che, di fronte alle difficoltà del passaggio e insediamento migratorio, possono indurre il soggetto ad abusare di sostanze ed alcol.

L'alcol non è quindi un elemento da poter tenere distinto nell'analisi del fenomeno tossicodipendenza tra gli stranieri. Una recente indagine svolta all'interno dei servizi di bassa soglia e di programmi residenziali di breve durata, allestiti per "prolungare il periodo di resistenza alle droghe" (progetto UDNA, "tregua" in arabo, del Gruppo Abele), ha dimostrato come

l'approccio alle droghe da parte di alcuni giovani maghrebini parte dall'abuso di sostanze alcoliche che, al di fuori del contesto proibizionista musulmano, porta via via all'avvicinamento al mercato delle droghe leggere e al loro consumo, soprattutto a seguito di una mancanza di supporto e controllo da parte di una rete familiare e sociale di riferimento.

Fattori di rischio e di protezione legati all'alcoldipendenza

Nello studio del fenomeno dell'alcoldipendenza tra la popolazione immigrata e delle problematiche connesse ad esso non si può non prendere in considerazione le dinamiche e le condizioni di inserimento, le specificità dei contesti locali e le caratteristiche dei flussi migratori. Ma per evitare errori di generalizzazione ed appiattimento è necessario adottare una visione globale allargando l'analisi a dinamiche e processi più ampi di natura economica, politico-internazionale, storica e socioculturale.

Trattando di alcoldipendenza, di estrema importanza è l'analisi dei fattori di rischio e di protezione. I fattori di rischio aumentano la possibilità che un determinato soggetto (o gruppo) ricorra all'abuso di alcol. Essi riguardano, ad esempio, la provenienza da un Paese caratterizzato da una cultura astinente in cui non esistono di fatto norme e modelli codificati di consumo alcolico e che quindi non consente di godere di un dispositivo culturale per la gestione del consumo di alcol; la facile accessibilità e il basso costo delle bevande alcoliche, il processo di acculturazione, gli aspetti di tipo sociale come basso livello economico, disoccupazione, incompletezza della cittadinanza, disagi relazionali ed altri fattori legati alla vulnerabilità individuale. Vi sono poi fattori di rischio legati alla comunità (scarso senso di appartenenza alla comunità) e a caratteristiche soggettive (incapacità ad accettare limiti e regole, scarsa autostima e fiducia in sé stessi, frequentazione di gruppi devianti). Insomma, per fattori di rischio si intendono tutti quei fattori strutturali e soggettivi che generano fenomeni di etichettamento, processi di esclusione e autoesclusione, di criminalizzazione e autocriminalizzazione, di intrappolamento nella marginalità, che possono facilitare la carriera tossicomane. La presenza di tutti questi fattori implica una maggiore esposizione a vari stili di comportamento patogeni tra cui compare il possibile consumo/abuso d'alcol inteso come efficace scappatoia esistenziale.

L'instaurarsi di una dipendenza alcolica può generare, a sua volta, forme di isolamento e di abbandono delle speranze di reinserimento, di cura e di autostima; quindi l'aggravarsi delle condizioni precarie già esistenti. Siamo di fronte ad un vero e proprio circolo vizioso difficile da estirpare.

Il tossicodipendente, nella visione di "altro generalizzato", non è più "una persona specifica ed unica, ma viene associato ad un gruppo, ad una categoria socialmente deviante. Entrare a far parte di questa categoria sociale, come di altre ovviamente, significa essere etichettati come dei *diversi*" (Antonelli Costaggini 2001:11).

Rispetto al tossicodipendente italiano, questi immigrati vivono una condizione di doppia esclusione, determinata dall'essere anche straniero. La loro difficoltà non consiste solo nel fatto di essere dipendenti fisicamente e psicologicamente, ma anche di trovarsi in una situazione di incastro sociale e di esclusione. La stigmatizzazione legata alla condizione di tossicodipendente è più penalizzante per chi appartiene ad una minoranza nazionale o etnica, il quale, peraltro, riceve l'ostracismo della sua stessa comunità: la tossicodipendenza di una persona reca un'onta per tutto il gruppo comunitario, può determinare la percezione negativa di esso e compromettere il progetto migratorio di tutti gli altri immigrati, generando così un atteggiamento di ostilità, di non-riconoscimento e di esclusione da parte del gruppo stesso. Lo "stigmatizzato" viene concepito come "altro" - alieno e alienato - e su di lui vengono proiettati tutti quegli attributi che il gruppo considera opposti ai propri valori.

Questa duplice stigmatizzazione sia da parte del gruppo di appartenenza che della società d'arrivo, quindi, non fa altro che accrescere in maniera notevole il senso di disagio relegando il tossicodipendente in un universo marginale, in quelli che sono stati definiti "ghetti di esclusione" (Marcuse 1997:311-26) dove le motivazioni personali si confondono con il pregiudizio collettivo. È necessario tener presente, inoltre, che l'esperienza migratoria può comportare, specie quando avviene in età giovane,

l'allontanamento se non addirittura il rinnego di alcuni principi e valori della comunità di appartenenza, la quale finisce di non avere più presa sull'individuo e di non esercitare più un'azione di controllo.

Si tiene a precisare che i giovani immigrati, rispetto agli immigrati di "prima generazione", hanno vissuto una socializzazione anticipatoria al mondo occidentale più ampia e più intensa. Negli ultimi anni i processi di globalizzazione culturale hanno subito una forte accelerazione. I giovani immigrati ora hanno la possibilità di ricorrere ad un robusto "sapere migratorio" - utilizzato nei processi di inserimento e posizionamento nella società d'arrivo - che si è accumulato in questi decenni di migrazioni a livello europeo, che è maggiore rispetto a quello usufruito dai padri e dai fratelli maggiori. I giovani migranti, specialmente quelli che vivono in un contesto urbano, hanno vissuto nel paese d'origine notevoli cambiamenti socio-culturali e conoscono i fenomeni dell'occidentalizzazione, dell'omologazione, del consumismo. Espressione di un progetto migratorio postmoderno che sfugge ad una tipologia classica di immigrato, spinti non solo da motivazioni di tipo meramente economico, sono giunti in Italia ad un'età relativamente bassa, hanno una discreta conoscenza della lingua italiana ma soprattutto assomigliano molto, nel profilo socio-identitario e con un forte sincretismo che li caratterizza, ai propri coetanei italiani.

È proprio per questo motivo che occorre fare attenzione a non omogeneizzare in un'unica tipologia di immigrato tutte le dinamiche migratorie e tutti i comportamenti problematici legati all'uso di bevande alcoliche. Siamo di fronte ad un'eterogeneità e molteplicità di modalità di consumo (laddove esso non sempre coincide con l'abuso e non sempre è legato esclusivamente a condizioni di marginalità e malessere) che si combinano con un'altrettanta varietà di stili di vita e modelli di inserimento nella società d'arrivo. Come scrive Perocco (1999:8-9), all'interno di un'indagine orientata allo studio del consumo di bevande alcoliche tra le popolazioni immigrate maghrebine, siamo di fronte ad una:

componente giovanile con progetti migratori volti alla conoscenza di popoli e culture diverse, all'arricchimento esperenziali e cognitivo. Progetti con traiettorie molto moderne, individuali, basate sul "sistema dell'io", dove il progetto migratorio è esso stesso *in itinere*, coinvolto in un più ampio processo incompiuto di definizione dell'identità e del progetto di vita. La pratica migratoria di questi attori sociali si iscrive più nella logica della cultura giovanile occidentale, del consumismo e dell'atomizzazione sociale, che non nello schema della migrazione classica e di una tipologia tradizionale dell'immigrato. Essi assomigliano più ai giovani delle periferie delle grandi metropoli o comunque ai giovani occidentali, ai *clochard* e ai viaggiatori professionisti, che non al classico migrante-lavoratore. E le motivazioni al consumo si iscrivono nelle logiche, nelle traiettorie e nelle sottoculture della società postmoderna (cultura giovanile, cultura di strada, consumismo), nell'interiorizzazione della cultura edonistica, della cultura dello sballo, della navigazione e progettualità a vista, del "futuro è adesso". A questi progetti migratori/visioni del mondo corrispondono così condotte sociali che comprendono anche consumi problematici.

Va precisato che molti progetti d'intervento politico-sanitario prevedono, per gli alcoldipendenti stranieri, la possibilità di rientrare nel proprio paese d'origine con forme di sostegno economico o lavorativo fornite dai servizi italiani. I progetti di rientro comportano però grosse difficoltà organizzative per tali individui in quanto, molto spesso, i sentimenti di vergogna, senso di colpa e disonore, specie nei confronti del proprio gruppo familiare, hanno la meglio sul disagio prospettato da un'ulteriore permanenza in Italia.

Si emigra con speranze ed attese legate all'immaginario migratorio, con fantasie di facili successi e di rapide emancipazioni sociali, i cui risultati positivi determineranno il destino di tutta la famiglia. Migrare significa migliorare le

proprie condizioni e quelle della propria famiglia; è una sorta di patto con la società d'origine e venir meno a questo imperativo può comportare il rifiuto a riaccettare colui che è partito. Riprendendo le parole di Catani, "la migrazione infatti obbliga il soggetto a dare delle risposte a quella serie di questioni cui, nella società d'origine, era il gruppo a rispondere per tutti e ciò anche nel caso del migrante, perché il fatto di partire produce la sparizione quasi totale del livello intermedio tra il soggetto e il divenire individuale che caratterizza la società di residenza" (1985:153).

Si profila così, nella duplice colpa di "migrante fallito" e di "tossicodipendente", l'impossibilità di rientrare al paese d'origine - se non al prezzo dell'ammissione a sé e agli altri del proprio fallimento - in condizioni psicofisiche compromettenti e l'incapacità di rielaborare il fallimento del proprio progetto migratorio. Per questo motivo, nonostante si configuri una spinta al ritorno e nonostante i rientri siano auspicabili per situazioni così particolarmente deteriorate, essi si presentano estremamente difficoltosi da attuare e vengono, semmai, rinviati ad un periodo di salute migliore nella possibilità e nella speranza di uscire dalla tossicodipendenza.

I fattori di protezione, invece, sono quelli che inibiscono o diminuiscono la possibilità che il comportamento patologico si manifesti: tali tipi di fattori corrispondono spesso a fattori di ordine culturale, come la familiarizzazione dell'alcol nel paese d'origine caratterizzato da una cultura permissiva nei confronti del bere moderato (alimentazione, feste collettive di natura sacra o profana) in cui il consumo di bevande alcoliche è dettato e regolato da costumi sociali e da norme costruttive del comportamento relativo alla pratica del bere; fattori che promuovono l'appartenenza etnica e il biculturalismo, come il rafforzamento dei legami familiari, amicali e sociali ed una positiva identificazione col gruppo di appartenenza. Altri fattori significativi possono essere l'identificazione con valori quali il rispetto (riferito alle gerarchie familiari), la dignità, la fiducia, la confidenza legata ad un rapporto individualizzato, nonché alcuni vincoli religiosi e/o spirituali. Il ruolo

della religione e delle istituzioni religiose (ad esempio la religione musulmana), intese infatti come possibili fattori di protezione e di rifugio dal senso di malessere, sembra importante per disincentivare l'uso di alcol - ritenuto fattore di conflitto in rapporto a valori e norme sociali - o di condotte devianti, per promuovere il reinserimento nel tessuto sociale e per determinare la correttezza dei comportamenti. Va detto, comunque, che questa "regola" sociale non sempre viene rispettata, ossia non sussiste sempre un automatico rapporto causa-effetto tra religione e comportamento sociale. Possono esserci casi, cioè, in cui questo rapporto viene a mancare. In un'indagine qualitativa condotta da Pelliccia (2006), alcuni intervistati tossicodipendenti di origine maghrebina e di religione musulmana hanno espresso, ad esempio, il proprio sentimento di ostilità nei confronti della religione islamica e la scelta di voler decidere in maniera individuale. In questo caso, perciò, la religione non sembra essere un fattore di protezione: l'Islam viene ripensato nell' "altrove", in nuovo contesto, quello occidentale, in cui poter giudicare con un occhio più distaccato, critico e dove poter dotarsi di nuovi mezzi di distanziamento dal gruppo di appartenenza e dal gruppo di riferimento. È lo stesso Occidente a rivestire il ruolo dell'Altro per antonomasia e ad offrire il "diritto alla giovinezza", alla trasgressione e a consentire un pieno sviluppo del sé. La trasgressione del divieto religioso e culturale del bere può essere interpretata alla luce di un forte senso di frustrazione e di risentimento verso i valori del proprio gruppo di origine, ai quali spesso si imputano le difficoltà presenti, e come un sorta di emancipazione e di liberazione simbolica che si concretizza nell'uso di bevande alcoliche, inteso come potenziale canale di ingresso nella società consumistica occidentale.

Logicamente l'emergere di nuovi comportamenti sociali non deve essere ricondotta esclusivamente a processi indotti dall'esterno, ossia dal contatto con il contesto occidentale, ma deve essere considerato anche come il frutto di processi indipendenti e interni all'Islam.

Quando si parla di valori e modelli culturali in riferimento ai fattori descritti sopra, è importante tenere presenti alcuni processi significativi: l'acculturazione, l'assimilazione, l'adattamento e la transculturazione.

Per "acculturazione" si intende quel processo che si verifica "quando gruppi di persone di culture diverse entrano in contatto diretto e continuo, con modificazioni conseguenti nei modelli culturali originari di uno o di entrambi i gruppi" (Pompeo 2002:50). I processi di acculturazione variano in relazione alla durata della permanenza nel paese di accoglienza e in base a fattori specifici, legati alla resistenza dei singoli gruppi o soggetti, alla conservazione del patrimonio culturale. Analizzare il processo di acculturazione è, quindi, di fondamentale importanza per arrivare a comprendere molti dei fattori di rischio che possono condurre all'abuso di sostanze alcoliche e al disagio psicologico in generale: i soggetti migranti, di fronte a problemi causati dagli stress dei processi di transizione, devono costantemente confrontarsi ed affrontare una molteplicità di carenze, affettive, materiali, legate al paese di origine, e le richieste di cambiamento, da parte del contesto d'approdo.

L'"assimilazione" non è altro che una fase dell'acculturazione e un processo dinamico e unilaterale, prodotto dal contatto di culture differenti, in cui il gruppo subordinato viene assorbito da quello dominante fino a comportare una progressiva perdita dei propri valori culturali.

Per "adattamento" si intende invece quel processo in cui:

"i tratti originari e quelli stranieri si combinano in modo tale da produrre un complesso culturale operante senza intralci, che costituisce in realtà un mosaico storico; con la ristrutturazione dei modelli delle due culture in una unità armoniosa dotata di significato per le persone alle quali si riferisce, oppure con la conservazione di una serie di atteggiamenti e punti di vista più o meno contrastanti che vengono conciliati nella vita quotidiana via via che se ne presenta il caso" (Pompeo 2002:51).

In ultimo, diamo una definizione di "transculturazione", riportando le parole di Ortiz, ossia colui che elaborò tale concetto:

[il processo di transculturazione] implica necessariamente la perdita di una cultura precedente, che potrebbe definirsi come una parziale *deculturazione* nonché la conseguente creazione di nuovi fenomeni culturali che potrebbero dirsi di *neoculturazione* (Ortiz 1940:103).

L'identità del migrante, intesa come "forma che la cultura assume nella concretezza storica del singolo soggetto" (Di Cristofaro Longo 2002:58), può quindi essere condizionata da fenomeni di acculturazione, di assimilazione, di adattamento e di transculturazione.

Il migrante si trova sospeso in quella zona di margine situata tra due habitat diversi, delle volte contrastanti, esposto spesso al rischio di patologie come quelle di "shock culturale" e di *acculturative stress*⁶. Tali patologie, legate a disturbi comportamentali, a conflitti correlati al linguaggio, alla dimensione intergenerazionale e all'identificazione con una minoranza svantaggiata, compaiono maggiormente nelle prime fasi della migrazione. Sono tutti quei problemi - detti anche di adattamento e di acquisizione - che, accompagnando un'eventuale alienazione imposta dall'evento migratorio e dalla condizione di straniero, vengono determinati da cause come la perdita del sostegno familiare e di quello sociale, i fenomeni di emarginazione e discriminazione esercitati sulle opportunità, sulle scelte e sui diritti, nonché l'estrema condizione di vulnerabilità nelle condizioni di vita e di lavoro. Come sostiene Beneduce "attraversare culture differenti non è mai facile, ma diventa un'esperienza drammatica se al conflitto fra sistemi di riferimento e orizzonti di senso si aggiungono l'instabilità economica e giuridica, o la minaccia e il disprezzo di cui si diventa oggetto per il solo fatto di essere stranieri" (1994:110).

Si tiene a precisare che, lontani dall'idea di configurazioni identitarie riducibili e riconducibili a semplici schemi di resistenza e di assimilazione

culturale, l'identità dei soggetti migranti è soggetta ad un processo fluido di trasformazione ed adattamento, negoziazione e riformulazione culturale che si svolge attraverso la scelta, la manipolazione e la sintesi di elementi e significati appartenenti a contesti culturalmente eterogenei. Come afferma Hall, "l'identità va considerata come un campo di antagonismi, come un gioco di posizionamento continuo, c'è sempre una politica dell'identità, una politica di posizioni. L'identità va vista come una produzione che non è mai completa, sempre in processo e sempre costituita all'interno della rappresentazione" (1990:226). Essa fa parte di una sistematica ibridazione e di un'aggregazione di tratti eterogenei in nuove, instabili e sincretiche configurazioni.

Breve storia dell'alcol

Valore d'uso rituale e psicotropo

Nonostante l'origine ignota della scoperta della fermentazione, si sa con certezza che, tra i sette e i diecimila anni fa, nel Medio Oriente si era a conoscenza delle proprietà fermentanti dei cereali relative alla produzione di birra e che in Mesoamerica e nel neolitico si utilizzavano tecniche per la coltivazione della vite (Lutz 1922, Heath 1982:64). Diverse testimonianze riguardo il consumo di bevande alcoliche⁷ provengono dall'Antico Egitto, dalla Cina⁸ e dall'India; altre ci vengono fornite dal Codice babilonese Hammurabi, risalente a circa quattromila anni fa, in cui vengono regolamentati alcuni aspetti della produzione e dell'uso di alcolici; altre ancora appartengono al mondo antico dei greci e dei romani all'interno del quale hanno avuto origine i culti dionisiaci e bacchici, in cui il vino (*oinos* e *vinum*) ricopriva un ruolo assai importante per il suo valore d'uso rituale e psicotropo. L'alcol, in quanto significativo elemento dei riti di passaggio per la sua capacità di svolgere funzioni simboliche, psicologiche e sociali, era ed è un formidabile mezzo "per costruire il mondo ideale" (Douglas 1987) e grazie ai suoi effetti euforizzanti permetteva di "relativizzare" i vincoli sociali e culturali e di entrare in contatto con la dimensione extra-sensoriale, ossia con il mondo divino generando una profonda e totalizzante comunione collettiva con il Sacro. Dai *Saturnalia* dell'antica Roma ed i *Bacchanalia* degli antichi greci ai *Madrigas* di New Orleans e al carnevale di Rio, in quasi tutte le culture e attraverso la storia, l'alcol è sempre stato associato ai riti ed alle celebrazioni festive, tanto da divenire elemento interscambiabili con essi.

I riti dionisiaci, corroborati da comportamenti erotici ed orgiastici in un completo abbandono e sfrenatezza collettiva, prevedevano la subordinazione della logica della moderazione a quella dell'eccesso, cosa che provocava non pochi problemi all'equilibrio della collettività organizzata e al sistema di valori

morali sul quale si fondava l'armonia della *polis* (Euripide 1993). Le autorità del mondo ellenico, più che a proibire e a condannare il consumo del vino fino ad arrivare all'astinenza di esso, invitavano a farne un uso moderato, specialmente in contesti diversi da quelli a carattere religioso e rituale. Come suggerisce Caramiello, quello dei festeggiamenti in onore di Dioniso rappresentava un fenomeno di "vacanza normativa" secondo cui si attuava una sorta di controllo dell'eccesso (2003:56).

Tornando al discorso relativo ai riti di passaggio, ossia a tutti quei riti che consentono di costruire, facilitare e rafforzare il difficile passaggio da uno stato sociale, fisico o economico ad un altro, appare evidente il ruolo centrale che l'alcol riveste in quasi tutte le culture: dal battesimo al primo taglio di capelli, dal matrimonio al funerale, l'alcol è sempre stato parte integrante delle celebrazioni rituali dei maggiori eventi del ciclo di vita per estendersi anche ad ulteriori eventi di cambiamento come la promozione ad un esame universitario o sul luogo di lavoro, la pensione, la costruzione o l'ingresso in una nuova casa. In Perù, ad esempio, la costruzione di una nuova casa implica il coinvolgimento e la partecipazione dell'intera famiglia e degli amici e il consumo di un'ingente quantità di *chica* e *pisco* per "bagnare" lo speciale evento (Doughty 1971).

Il binomio alcol /riti di passaggio non è limitato semplicemente ad attributi di natura culturale e simbolica ma si estende anche a proprietà e funzioni più propriamente psicologiche. In quanto sostanza psicotropa e quindi capace di indurre a stati alterati di coscienza, esso può essere associato a condizioni e situazioni "liminali": l'allontanamento da una fase di vita e l'ingresso ad un'altra rende il passaggio ambiguo, indeterminato, sospeso, facendo sì che l'esperienza di intossicazione rifletta l'esperienza del rito di passaggio. Il concetto di liminalità può inoltre affiancarsi a quelli di tensione e pericolo: gli eventi del ciclo esistenziale di vita, segnati da riti di passaggio, spesso comportano significative trasformazioni che possono essere fonte di ansietà e paura. Persino eventi positivi di transizione (battesimi, cerimonie per

il passaggio di età, matrimoni, ecc.) possono, in determinate culture, risultare altamente stressanti. In questi contesti, l'alcol svolge un'altra delle funzioni chiave del rituale: la costruzione di un mondo ideale in cui le proprietà chimiche e simboliche dell'alcol permettono di creare una realtà alternativa dove gli aspetti della transazione, potenzialmente di disturbo e di pericolo, vengono minimizzati a vantaggio del rafforzamento di quelli positivi e celebrativi.

L'associazione con elementi fisiologici, quali sangue e latte, era assai diffusa: il vino poteva essere inteso, infatti, come dono divino o come latte di Afrodite, come sangue di un dio che nobilita il comportamento umano, le sue pulsioni istintuali e che attribuisce credibilità e dignità.

Nella tradizione giudaico-cristiana, pregna di ricche metafore associate al vino, il binomio vino rosso e sangue sacrificale è presente ovunque: dal rito dell'Eucarestia cristiana per rinnovare il nuovo patto con Dio, alla Comunione ortodossa, passando per le cerimonie sacre ed i riti di passaggio della tradizione ebraica (Sabbath, Pasqua, Purim, matrimonio)⁹.

Nel subcontinente indiano (in particolare nell'attuale Pakistan) si era a conoscenza del processo di fermentazione (di canna da zucchero, uva e riso) fin dal 1200 a.C. dal quale, derivò, intorno al 500 a.C., la pratica della distillazione (Allchin 1971). Nella tradizione sacra indiana (secondo e primo millennio a.C.) e in quella iraniana dei riti del fuoco (inizi del primo millennio) una particolare bevanda allucinogena veniva utilizzata per scopi religiosi. Si tratta della *soma* o *haoma*, sostanza rituale vegetale con proprietà euforizzanti e inebrianti. Considerata la bevanda della non-morte o l'elisir di lunga vita, la *soma* veniva raccolta nelle notti di luna piena e veniva offerta agli dei all'interno di un rito carico di valenze simboliche. Ad essa sono stati dedicati ben 120 *Veda*, le antiche scritture sacre dell'India, secondo le quali gli indiani veneravano divinità ritenute originariamente "mortalità" che poi raggiunsero l'immortalità bevendo, appunto, il succo divino della *soma* (Wasson 1971).

Nell'Antico Egitto il consumo di vino in occasione di feste e rituali collettivi era assai diffuso. Erodoto racconta che nella città di Bubasti, nel corso della festa dedicata a Hathor, dea dell'amore e della gioia, veniva consumato più vino che in tutto il resto dell'anno (1984:391). Al di fuori del contesto religioso e rituale, l'uso eccessivo dell'alcol era però oggetto di sanzione e riprovazione sociale.

Da quanto descritto sopra, appare evidente lo stretto legame tra alcol e religione. In quasi tutte le società e le culture del passato, l'uso alcolico, come del resto molte altre sostanze psicotrope, rientrava nell'orizzonte mitico, rituale, spirituale e simbolico.

Valori d'uso terapeutico e nutritivo

Ulteriori valori d'uso sono, senza ombra di dubbio, quello terapeutico e quello nutritivo. Nella farmacopea tradizionale delle società mediterranee, nonché di quella indiana, venivano preparati prodotti a base alcolica finalizzati alla cura di malattie e all'attenuazione di sofferenze causate dalla denutrizione (Camporesi 1980); i derivati dalla fermentazione dei cereali e dell'uva sopperivano, infatti, alla mancanza di cibo ad alto contenuto proteico e calorico, dando un notevole contributo nutritivo. Prima che le prescrizioni induiste del VI secolo a.C. iniziassero ad irrigidirsi fino a proibire il consumo di alcol (anche agli stessi bramini), i testi di letteratura sacra *Yajurveda* individuarono nel vino un rilevante valore nutritivo ritenendolo elemento degno della dieta alimentare (Sherrat 1998:61).

La stessa finalità avevano le birre prodotte in Africa, il *pulque*¹⁰ messicano ed il *chica*¹¹ peruviano (Heath 1982b). Nella Grecia classica e nell'antica Roma, in nome di una cultura permissiva nei confronti delle bevande alcoliche¹², da una logica del "capro espiatorio" che stigmatizzava l'alcol come un male si passò a definire tale sostanza come *pharmacon*, nella sua ambivalenza

concettuale di medicina e droga. Furono quindi introdotte, nella farmacologia di quel tempo, anche bevande alcoliche per le proprietà curative e medicamentose associate ad esse. Comparvero, così, prescrizioni sull'utilizzo di tisane d'orzo, di vino, di idromele, di ossimele e d'acqua sia per chi era in buona salute che per chi era malato, purché assunte nelle giuste dosi e in relazione alla costituzione individuale. Il vino era un anestetico, un solvente, un refrigerante e, amalgamato con l'olio, si trasformava in un efficace disinfettante utilissimo per la cura di ferite. Platone, nelle sue *Leggi*, esalta le virtù terapeutiche del vino nella fase della vecchiaia (ossia dall'età di quarant'anni), considerato come dono di Dioniso, in grado di offrire l'oblio, il ringiovinamento e la spensieratezza.

Il valore nutritivo del vino era ampiamente riconosciuto anche dalla farmacopea araba per la sua azione eupeptica, corroborante, diuretica, diaforetica e cardiotonica. Nella farmacopea egiziana, in cui venivano annoverate ben 800 droghe diverse, la birra e il vino erano presenti nel 15% dei trattamenti medici conosciuti (Escotado 1997:18).

Ancora oggi al cosiddetto modello di consumo alcolico mediterraneo, e non solo, vengono attribuiti aspetti positivi all'uso di bevande alcoliche per le proprietà nutritive e terapeutiche che posseggono; è un modello che svolge un'efficace funzione protettiva allo scopo di contrastare problematiche legate a forme di dipendenza. In Paesi mediterranei come Italia, Spagna, Francia, il consumo moderato di alcol (vino), in quanto prodotto naturale, è parte integrante della dieta alimentare e riflette la socialità e la coesione sociale all'interno del contesto familiare piuttosto che rappresentare il mezzo per ottenere tali valori. L'età di iniziazione ad un consumo moderato del vino (allungato molto spesso con acqua) è bassa: fin da bambini, in maniera del tutto naturale, si è introdotti a tale sostanza intesa come tradizionale bevanda che accompagna piacevolmente i pasti, senza essere associata al rito di passaggio che permette di trasformare lo status da adolescente ad adulto. Come dimostrato da una vasta letteratura scientifica, tale pratica del bere,

culturalmente determinata, consente di allontanare eventuali rischi di forme di alcolismo (Heath 1995, Anderson 1979, Jessor et al. 1970, Rooney 1991).

Valore d'uso sociale

Un ultimo valore d'uso attribuito alle bevande alcoliche è quello sociale, caratterizzato da una forte valenza simbolica. Dai tempi remoti del *symposium* fino ad arrivare al *pub* dei giorni nostri, il bere ha sempre rafforzato la socialità portando gli individui ad una omogeneizzazione sociale e ad un rafforzamento dell'interazione dei valori sociali che su questa si fondano. Sacralità, socialità-convivialità, ospitalità, "machismo" sono tutti valori sociali legati all'alcol, pregni di codici simbolici che "caricano" di significato le relazioni all'interno della dimensione umana e tra questa e quella divina; tali valori implicano, inoltre, l'azione sociale. In tutte le società sono poche le bevande socialmente neutrali: ognuna di esse è portatrice di significati simbolici e contiene un messaggio. L'alcol è un veicolo simbolico utile ad identificare, descrivere, costruire e manipolare sistemi culturali, valori, relazioni interpersonali, norme ed aspettative comportamentali. L'utilizzo di determinate bevande, molto spesso, definisce la natura dell'occasione. In molte culture occidentali, ad esempio, lo champagne è sinonimo di celebrazione, raramente viene consumato per occasioni ordinarie e quotidiane. Persino nelle società meno legate a forti tradizioni e dove ci si potrebbe aspettare di trovare un approccio più individualistico e soggettivo alla scelta di bevande, i significati sociali di differenti sostanze alcoliche sono chiaramente definiti: negli Stati Uniti, ad esempio, è più probabile che per celebrare eventi particolari si faccia maggior uso di vino e superalcolici piuttosto che di birra, più appropriata per occasioni informali e rilassate. Nelle culture con una radicata eredità di pratiche tradizionali del bere, come la Francia, il consumo di bevande alcoliche deve spesso rispettare specifici canoni e convenzioni socioculturali, soprattutto in

contesti più formali: l'aperitivo, ad esempio, viene bevuto prima dei pasti, il vino bianco viene servito prima di quello rosso, il brandy e i digestivi si consumano a fine pasto.

La scelta della bevanda è anche un significativo indicatore di status sociale. In linee generali, si può asserire che gli alcolici "stranieri" importati hanno maggior prestigio rispetto a quelli locali. Così in Polonia, ad esempio, il vino riveste un ruolo assai importante e viene associato ad uno status sociale medio-alto, mentre bevande locali come birra e vodka vengono considerate ordinarie o come alcolici della classe operaia. Nel versante opposto, nei paesi come la Francia, in cui il consumo di vino non conferisce alcuno status speciale, la giovane elite preferisce la birra, spesso importata (McDonald 1994). Una stessa categoria di bevanda alcolica può, inoltre, prevedere una scala di differenziazione sociale: nell'antica Roma, il vino non era semplicemente la bevanda dell'elite ma la varietà e la qualità di esso determinava differenziazioni sociali all'interno delle cerchie più esclusive ed abbienti. Una stessa bevanda, come può essere una bottiglia di vino, può rappresentare, dunque, un'infinita varietà di differenti e persino contraddittori messaggi in una cultura (o situazione) rispetto ad un'altra: può essere intesa come oggetto simbolico di tradizione o novità, stabilità o transizione, integrazione o differenziazione, "mascolinità" o "femminilità", come bevanda delle classi più povere o di quelle più ricche, come riflesso del sacro o del secolare, o ancora come "drink" da consumare sul luogo di lavoro o nel corso del tempo libero.

Valore d'uso economico

A tutti questi valori e funzioni va aggiunto anche il ruolo economico che l'alcol riveste, inteso come bene economicamente trattabile e come fonte di

entrate per lo Stato mediante la fiscalità e come mezzo di profitto e di sussistenza economica per i produttori e per gli addetti ai lavori.

Si è visto, tramite la breve descrizione dei diversi valori d'uso, quali possono essere quindi i significati, le norme e i comportamenti relativi all'uso (e all'abuso) dell'alcol, sostanza presente nella storia dell'umanità da tempi remoti e nota nelle più disparate società e culture. Il consumo di bevande alcoliche e di altre sostanze psico-attive è indubbiamente permeato di un ricco simbolismo e rappresenta il riflesso di cambiamenti nel significato culturale di una società.

Passando in rassegna le diverse fasi storiche, non si possono dimenticare certamente i devastanti effetti che l'alcol ebbe su tutte quelle popolazioni autoctone del Nuovo Mondo che furono soggette alla colonizzazione europea. Per tali popolazioni l'alcol, nella sua accezione ontologica ambivalente ed ambigua di *pharmakon*, rappresentava contemporaneamente un'efficace cura alla conquista e allo sfruttamento coloniale in quanto dispositivo utile al lenimento della perdita e della crisi identitaria; ma appariva anche come un'arma potentissima dell' "Uomo Bianco" per indebolire la resistenza delle società indigene (Braudel 1982:222, Caramiello 2003:107-110). Dai Pellerossa del Nordamerica agli Aborigeni australiani, l'abuso di sostanze alcoliche distillate (rum, acquavite, gin, whisky), importate dal Vecchio Mondo, costituì un fenomeno terribile e assai diffuso (ancora oggi presente) che contribuì ad accelerare un processo di dipendenza avviato e voluto strategicamente dai conquistatori coloniali e che relegò tutti questi gruppi di popolazione, il cui sistema socio-culturale era ormai in via di disgregazione, alla ghettizzazione nelle riserve e nelle periferie urbane.

Un ulteriore esempio storico relativo all'impatto negativo che l'alcol ebbe, è senz'altro quello che riguarda l'isola di Tahiti. Prima dell'arrivo degli europei, la popolazione autoctona che abitava l'isola era connotata da un sistema culturale assai diverso e contrastante con quello dei colonizzatori, i

quali (soprattutto i missionari) rimasero scandalizzati di fronte al comportamento sessuale così disinibito dei tahitiani, scevro e non condizionato dai tabù del Vecchio Mondo. Ben presto l'intenzione dei missionari, che si tradusse immediatamente in una vera e propria azione "civilizzatrice", fu di "indurre i tahitiani a coprirsi le nudità e a rinunciare ai disinibiti giochi sessuali; ci tenevano anche ad abolire, perché pagani, i riti religiosi locali, in cui tra l'altro si beveva la kava" (Inglis 1979:47). La *kava*¹³ era una bevanda non alcolica dagli effetti inebrianti ed euforizzanti, ricavata da una radice vegetale e consumata soprattutto in contesti festivi e cerimoniali. I colonizzatori europei tentarono di limitarne l'uso introducendo bevande alcoliche "civili", come il gin. Tale introduzione, accompagnata da altri molteplici fattori, contribuì a determinare, in un brevissimo arco temporale, il processo di destrutturazione e trasformazione socio-culturale generato dalla colonizzazione. Ben presto i tahitiani, coperte le proprie nudità, iniziarono a consumare alcol fino a raggiungere l'abuso di esso. Ovviamente, come già accennato, il mutamento dell'assetto sociale tahitiano non può e non deve essere ricondotto esclusivamente all'ingresso dell'alcol. Quest'ultimo va ad inserirsi in un'ampia gamma di fattori e cause determinanti che hanno avuto un impatto violento e contemporaneo sulla cultura locale nonché sulla configurazione economica, politica, sociale.

L'uso eccessivo di gin, nelle sue vesti di "droga della classe operaia", lasciò il segno anche nel Vecchio Mondo. Col nome di *aqua vitae* fece la sua comparsa in Europa nel XIII secolo per poi divenire, verso la fine del XVII secolo, da prodotto destinato a cerchie elitarie ad una delle bevande alcoliche più diffuse e largamente accessibile alle grandi masse. Tutto ciò avvenne in un periodo storico peculiare caratterizzato da un significativo sviluppo delle tecniche di produzione industriale e da quella che fu definita "Rivoluzione Agraria": dal XVI secolo fino alla metà del XIX secolo, in Inghilterra, i grandi proprietari terrieri avviarono un vero e proprio esproprio delle piccole proprietà dei contadini, i quali si videro costretti ad abbandonare la campagna

ed emigrare nelle città rinfoltendo, così, le periferie urbane ed i sobborghi industriali ed acquisendo il nuovo status di operaio di fabbrica (Polanyi 1974:47). All'interno di questo enorme processo di sviluppo industriale e di trasformazione sociale, si affermò il consumo di massa del gin. Ancora una volta, come nel caso della popolazione di Tahiti, l'alcol rivestì il ruolo di efficace cura e *pharmacon* in grado di contrastare e lenire la situazione di disagio, di malessere e di miseria in cui si trovava l'enorme massa del proletariato urbano. Oltretutto il bassissimo costo del gin dava la possibilità a tutti di farne largo uso. Furono in molti, tra gli operai, a scialacquare il proprio misero salario nell'acquisto e nel consumo di alcol mandando, così in rovina, intere famiglie. E vi era anche chi, nel ceto medio, investiva i propri capitali nelle distillerie e nei negozi di vendita; questo a dimostrazione degli enormi interessi economici legati a tale prodotto. A nulla servirono le misure proibizioniste che tentarono, mediante l'aumento di tassazione sul gin, di arginare questa tragica "epidemia" sociale. La reazione del popolo fu molto violenta e il malcontento serpeggiava tra le classi subalterne che vedevano nel gin un grande mezzo di evasione e di oblio collettivo di fronte alle gravi condizioni di povertà, sofferenza e sfruttamento. La vendita continuò sotto banco attraverso vie clandestine diffondendosi sempre più e mietendo un numero spropositato di vittime.

Il caso del gin come droga della classe operaia inglese illustra chiaramente un determinato modello del bere, ossia il modello del bere emarginato. Esso si caratterizza per la sua sintomatologia di grave crisi di identità individuale e sociale e per la sua forma di resistenza solitaria, nascosta e forse anche inconsapevole di fronte ad una società ostile che ostacola l'inserimento sociale dell'individuo. Tale modello di consumo si sviluppa al di fuori dei codici culturali socialmente accettati, secondo cui la sregolatezza dell'uso/abuso di bevande alcoliche sembra essere ricondotta non solo alle modalità di assunzione ma anche ai comportamenti sociali non rispettati. Questo tipo di consumo ha come fine la conquista di spazi di oblio, in cui più

che la qualità conta la quantità del bere, non essendoci alcun legame tra alcol e socialità; piuttosto, sembra esistere un legame inverso, in cui il consumo di alcolici è simbolo e conferma di autoemarginazione.

Alcol e Islam

Le categorie di lecito e illecito non sono né statiche né immutabili ma sono delimitate da un confine negoziabile e labile, sia a livello storico che culturale. La storia ci racconta come e quanto il consumo di diverse sostanze psicoattive sia stato oggetto di riflessione, di discussione e di classificazione: alcune sostanze -come oppio, hashish, cocaina, LSD- considerate oggi illegali in Occidente, venivano consumate legalmente non molto tempo fa. Al contrario, l'uso di caffè, tabacco e alcol (in quest'ultimo caso si pensi, tra tutti gli esempi, all'era del proibizionismo americano tra il 1919 e il 1933) veniva sanzionato pesantemente, in quanto ritenuti prodotti illeciti. Nell'epoca in cui viviamo possiamo osservare come alcune sostanze siano considerate lecite o illecite in relazione ad una determinata cultura. La concettualizzazione dell'alcol deve fare i conti, cioè, con i modelli di organizzazione socio-economica, con sovrastrutture sociali come la religione, con le istituzioni sociali, con i sistemi di valore, con l'immaginario collettivo, insomma con una certa cultura.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità per droga intende una sostanza (naturale o sintetica) che può alterare una o più funzioni dell'organismo. Un altro concetto poco noto è quello di sostanza psicoattiva, che sta a significare ogni sostanza che, introdotta nell'organismo, comporta l'alterazione dell'attività del sistema nervoso centrale, causando molto spesso un momentaneo cambiamento comportamentale. Il termine "droga" crea confusione poiché non di rado viene associato solamente alle classiche sostanze come l'eroina, la cocaina, l'ecstasy, non includendo altre sostanze come l'alcool e il tabacco. Secondo le disposizioni della legge 125/01, per bevanda alcolica si intende ogni prodotto contenete alcol alimentare con gradazione superiore a 1,2 gradi di alcol e per bevanda superalcolica ogni prodotto con gradazione superiore al 21% di alcol in volume.

Come si è visto precedentemente, il vino, la birra e tutte le altre bevande derivate dalla fermentazione di frutti e vegetali zuccherini, in quanto alimenti posseggono un'enorme funzione terapeutica e nutrizionale e si sono, così col tempo, inseriti in un'ampia dieta alimentare oltre che in un potenziale "contenitore simbolico". Accanto a questa azione nutritiva si affianca, però, quella psicoattiva per gli effetti di alterazione che l'alcol provoca sulla psiche. Questa concomitanza e convivenza di apporto calorico, nutrizionale e psicotropo pone l'alcol in una zona ancora più liminale, contraddittoria e di frontiera rispetto alle altre sostanze stupefacenti, rendendo ancora più complessa e complicata la riflessione relativa alla sua istituzionalizzazione e legittimazione nonché alla sua definizione nell'immaginario collettivo.

Excursus storico dell'alcol

Nelle società islamiche il consumo di alcol è proibito dalle autorità religiose e disapprovato nella pratica tradizionale.

In riferimento alle società islamiche, per affrontare il discorso relativo alle culture della droga, intese come insieme di tratti culturali che implicano l'uso simbolico delle sostanze psicoattive, occorre fare un passo indietro nella storia.

Per circa tremilacinquecento anni, prima che l'islamismo nascesse e si diffondesse, nel Vicino e Medio Oriente il vino era rappresentato come una delle sostanze inebrianti tipiche. Fino al primo millennio d.C., le valli alluvionali e le lunghe coste del Mediterraneo erano abitate da nuclei di popolazione, fondati su un sistema aristocratico urbano, dediti alla produzione agricola nelle pianure ed al commercio marittimo o fluviale basato principalmente sulla produzione e sullo scambio di prodotti come vino ed olio d'oliva. All'interno di questi gruppi, il consumo di vino era un fattore culturale profondamente radicato. Nel 700 d.C. l'area del Vicino e Medio Oriente venne

occupata da nuovi gruppi appartenenti agli strati superiori di una società tribale delle steppe e delle zone semidesertiche, il cui riferimento ideologico era l'islamismo e la cui economia era fondata sull'allevamento dei cammelli e sul commercio carovaniero. Questi nuovi gruppi, poiché provenienti da aree desertiche e quindi non avvezzi alla coltivazione della vite, proibirono ben presto il suo consumo; il che simboleggiava, senza ombra di dubbio, una forma di resistenza alle vecchie élite. Furono questa nuova acquisizione di potere e questo mutamento nel predominio geopolitico che diedero vita alla diffusione dell'islamismo e alla trasformazione dei modelli culturali fino ad allora prevalenti (Crone 1980) che comportò l'eliminazione del vino dalla dieta alimentare anche in quelle aree geografiche in cui la viticoltura sarebbe stata possibile. Fu avviata, così, un'operazione di vero e proprio sradicamento di una grande quantità di vigneti, come quella ad esempio effettuata sotto l'ordine del califfo Al-Hakim agli inizi del XI secolo (Goor 1966:46-64)¹⁴. Ovviamente, viste le enormi dimensioni della penisola araba, non fu possibile raggiungere l'obiettivo prefissato. La viticoltura e la produzione di vino, infatti, continuarono a sopravvivere nei margini orientali del mondo islamico, come testimoniato dai versi di molti poeti persiani (Arberry 1954) e dal ritrovamento di significativi dipinti e manoscritti rappresentanti magnifiche e fiorenti viti. Ciò a dimostrazione della difficoltà cui si va incontro quando si cerca di identificare le precise influenze dell'Islam sulla produzione del vino in quelle aree in cui si continuava a coltivare la vite. L'effetto complessivo dell'Islam non fu, quindi, quello di eliminare la viticoltura nelle parti del mondo in cui esso si affermò. Piuttosto si direbbe che abbia avuto un'influenza sull'utilizzo dell'uva e che abbia ridimensionato la quantità di vino che veniva prodotto.

Tra le sanzioni e le pene inflitte a chi faceva uso di alcol, va annoverata la pena della fustigazione che poteva estendersi, quando il consumo era reiterato, persino alla pena di morte. Come riporta il teologo e giurista Ahmad b. 'Abd al-Halīm Ibn Taymiyya (1966):

Il consumo di prodotti fermentati è passibile d'una pena che è stabilita nella *Sunna*¹⁵ e nell'*ijma*¹⁶ dei Musulmani.

La Sunna riporta, per testimonianze differenti, che il Profeta ha detto: "Quando un uomo beve del vino, dategli la frusta. Se continua a bere, dategli la frusta. Se beve un'altra volta, dategli altra frusta. Se beve una quarta volta, mettetelo a morte".

E' stabilito che il Profeta, i suoi Califfi e i Musulmani che vivevano a quel tempo, infliggevano la pena della fustigazione alle persone che venivano sorprese a bere. La maggior parte delle dottrine in materia considera la pena di morte come abrogata.

Occorre precisare però che, all'epoca di Maometto, non esisteva un'assoluta e rigorosa proibizione nei confronti del vino; il Profeta non scrisse mai nulla a riguardo. Anzi, durante il periodo meccano, il vino veniva esaltato (Sura¹⁷ 16, 67):

E dei frutti delle palme e delle viti vi fate bevanda inebriante e buon alimento; e certo è ben questo un segno per gente che sa ragionare.

Inoltre, nel Corano, il libro sacro dell'Islam, il Profeta illustra ai fedeli una visione del Paradiso promesso in cui viene contemplato il vino; anche se, secondo alcuni, occorre fare una netta distinzione tra "vino terreno" e "vino paradisiaco":

[Ecco] la descrizione del Giardino che è stata promessa ai timorati [di Allah]: ci saranno ruscelli di un'acqua che mai sarà malsana e ruscelli di latte dal gusto inalterabile e ruscelli di un vino delizioso a bersi, e ruscelli di miele purificato. (Sura 47,15)

I primi cambiamenti vi furono quando Maometto, insieme ai suoi compagni, fuggì dalla Mecca rifugiandosi a Yatrib (Medina). Fu qui che si diede inizio alla sistematizzazione e all'ideologizzazione del sistema religioso musulmano, anche attraverso il disciplinamento dei comportamenti sociali e la regolarizzazione della vita sociale quotidiana. Muhammad cambiò, così, atteggiamento nei confronti del consumo del vino ma limitandosi solamente

all'invito a non fare uso di tale sostanza, perché associata al peccato e all'impossibilità per il fedele di concentrarsi sulla preghiera:

Ti chiedono del vino e del gioco d'azzardo. Di: "In entrambi c'è un grande peccato e qualche vantaggio per gli uomini, ma in entrambi il peccato è maggiore del beneficio!". (Sura 2, 219)

O voi che credete! Non accostatevi all'orazione se siete ebbri, finché non siate in grado di capire quello che dite. Non andate alla preghiera quando siete ubriachi. (Sura 4, 43)

Fu Alì, cognato di Maometto, ad introdurre la pena delle frustate ai piedi nei confronti di coloro che si abbandonavano all'alcol; pena, oltretutto, raramente perseguita dai giudici nell'arco di diversi secoli (Escohotado 1997:37). E fu solo in seguito che si passò alla condanna esplicita dell'alcol in quanto prodotto satanico, sancita definitivamente nel periodo conclusivo della vita di Maometto:

O voi che credete, in verità il vino, il gioco d'azzardo, le pietre idolatriche, le frecce divinatorie sono immonde opere di Satana. Evitatele affinché possiate prosperare.

In verità col vino e il gioco d'azzardo, Satana vuole seminare inimicizia e odio tra di voi e allontanarvi dal Ricordo di Allah e dall'orazione. Ve ne asterrete? (Sura 5, 91)

Si passò quindi dall'elaborazione del divieto all'istituzionalizzazione della prescrizione religiosa, ben accolta in larga parte dai commentatori del Corano, dai dotti della Legge, dalle quattro scuole giuridiche musulmane (*madhhab*), dai Sunniti e dagli Sciiti.

Oggi la *Shari'a*¹⁸ è particolarmente severa non solo relativamente all'abuso ma anche verso il consumo, l'acquisto e la vendita del vino. Come altre religioni monoteiste, anche quella islamica, definendo norme e prescrizioni relative all'uso di alimenti e di droghe, tende ad introdursi nella dimensione del comportamento individuale e intimistico dell'uomo.

Considerato simbolo di decadimento e incompatibile con la fede, l'eccessivo consumo di vino è espressamente vietato dal Corano. Inserito quindi nel mondo dell'illecito (*haram*¹⁹), contrapposto a quello del lecito (*halal*), ed equiparato ad elementi fisiologici come il sangue e l'urina, il vino è stato eliminato anche dalla farmacopea tradizionale e, in seguito ad un acceso dibattito nell'ambito giuridico, sono state messe al bando tutte quelle bevande con effetti inebrianti provenienti non solo dall'uva ma anche dai datteri, dal miele, dai cereali e persino dal mosto dell'uva²⁰. Alcune interpretazioni del divieto coranico portarono anche al rifiuto di qualsiasi sostanza liquida contenuta in un recipiente che precedentemente conteneva vino o alla proibizione di utilizzare denaro che precedentemente era stato impiegato per effettuare transazioni economiche con oggetto il vino.

Questo viene spiegato dal fatto che tali bevande sono caratterizzate dall'apparire come sostanze *khamr*, ossia sostanze fermentate. Come spiega Zanello, è "questo infatti il discrimine che vietava l'uso di sostanze capaci, per il trattamento cui erano sottoposte, di alterare lo stato normale di coscienza, come il vino e tutti gli altri alcolici" (2003:123). Riportiamo ulteriori parole di Ibn Taymiyya (1966):

Abū Mūsā al-Ash'arī aveva domandato al Profeta: "Dacci il tuo giudizio sulle due bevande che noi fabbrichiamo nello Yemen: il bit', fatto col miele lasciato fermentare, e il mizir, ottenuto dal mais e orzo lasciati fermentare".

Il Profeta, a cui era stato chiesto di dare una risposta decisiva, rispose: "Tutte le bevande fermentate sono interdette".

Al-Nu'mān b. Bashīr riporta che il Profeta disse: "Uno trae bevande fermentate dal grano, dall'orzo, dal riso, dai datteri o dal miele. Io interdico tutte le bevande fermentate". Queste tradizioni sono riportate da Sulaymān b. al-Ash'ath Abū Dāwūd al-Sijistānī [817-889] e da altri tradizionalisti, e a tale proposito 'Abdallāh b. 'Umar, in base a una dichiarazione stessa del Profeta, afferma: "Noi definiamo sostanza fermentata tutto ciò che altera la ragione".

Ibn 'Umar riporta poi queste parole del Profeta: "Si chiamano khamr tutte le bevande fermentate, e ogni bevanda fermentata è interdetta". Secondo un'altra versione: "Noi chiamiamo khamr tutte le bevande fermentate, e tutto ciò che è khamr è interdetto".

'Ā'isha riferisce che il Profeta disse. "Ogni bevanda fermentata è interdetta. Ogni bevanda di cui una parziale quantità può rendere ebbri è interdetta, anche per quanto [poco] ne può stare nel palmo di una mano".

Gli autori della Sunna riportano anche il seguente hadīth: "Tutto quello che rende ebbri in grande quantità, è vietato anche in piccola quantità", e i tradizionalisti considerano questa versione come autentica, essendo le tradizioni su questo soggetto assai numerose e ben conosciute.

Il Profeta include poi, nella sua formulazione generale, ciascun prodotto che alteri la ragione e renda ebbri, ed egli non fa alcuna distinzione tra una categoria e un'altra, se un prodotto si presenti allo stato liquido o solido.

Oltretutto, il vino apparteneva, per la sua simbologia con il sangue di Cristo, alla canonizzazione rituale nelle tradizioni giudaico-cristiane, da cui l'Islam si doveva rigorosamente differenziare. La condanna del consumo di vino deve essere, perciò, interpretata come il tentativo esplicito di far rispettare nuove norme culturali, contrapposte ai vecchi modelli dell'élite aristocratica precedente alla venuta dell'islamismo e alla tradizione religiosa giudaico-cristiana. Da qui si può sviluppare un discorso inerente al conflitto ideologico tra due culture contrapposte, il cui risultato porta ad una precisa definizione di una sostanza all'interno di una determinata società. In questi termini, non sussisterebbe più una relazione di causa effetto tra droga e cultura ma, come suggerisce Caramiello, "l'espressione di una possibile 'autonoma' causalità derivante dalla relazione tra cultura e cultura" (2003:69).

Tutto ciò non implicò, comunque, una netta presa di posizione discriminatrice nei confronti dell'uso alcolico. Sopravvissero, infatti, seppur ostacolate e condannate dalle ordinanze religiose, cerimonie in cui il consumo del vino accompagnava musica e poesia. Esempi furono la cerimonia del Bazm nella Persia del XII e del XIII secolo (Melikian-Chirvani 1986:95-100) e

la frequente associazione del consumo di derivati da canapa con sostanze alcoliche nota come il "vino speciale" delle *Mille e una notte*. Anche nella cerchia esoterica islamica il vino non subì un'operazione di estrema demonizzazione. Il filosofo e mistico Al-Ghazali polemizzava le posizioni fondamentaliste nei confronti della sostanza alcolica, mentre l'andaluso Ibn 'Arabī, il più autorevole tra i maestri del sufismo, vedeva nel vino il simbolo della scienza degli stati spirituali. Vi furono poi molti poeti persiani, tra l'XI e il XIV secolo, che dedicarono al vino numerosi versi. Il poeta Hafiz, ad esempio, associando il tema del vino a quello dell'amore, scrive (Arberry 1954:62):

Colma, colma la coppa del vino frizzante,
Lascia ch'io beva il succo divino,
E plachi con i tormenti del cuore,
Ché l'amore prima così dolce,
Così soave, così gioioso,
Ora affonda qui la freccia.

Analogie si possono trovare nel Ruba'iyat di Omar Khayyam (1979:47,132,214), in cui l'autore associa una serie di temi simbolici legati al vino e alla vite, mettendo in luce non solo la possibilità di fuga dalle durezze dell'esistenza umana e la capacità del vino di consentire l'accesso alla vita eterna, ma anche i significati spirituali più reconditi:

Non posso vivere senza il purissimo Vino,
Senza il vino, il peso vile del corpo trascinare non posso.
Tutto darei pel momento in cui mi dice il coppiere:
Prendine un altro bicchiere, ed io, già ebbro, non posso
Affogherò il dolore in un'anfora piena di vino,
Ed io con due grossi bicchieri mi farò ricco e felice:
Prima divorzierò tre volte la ragione e la fede,
E poi per ultima moglie la Figlia tornò dalla vigna.

Bevi vino ch'è vita eterna è questa vita mortale,
E questo è tutto quel ch'hai della tua giovinezza;
Ed or che c'è il vino, e fiori ci sono, e amici lieti d'ebbrezza,
Sii lieto un istante ora, ché questa, questa è la Vita.

Alza la coppa e la giara del vino, o carissimo, alza
E vaga sognante attorno al prato verde in riva al ruscello,
Ché questo cielo crudele, di molte belle dal volto di luna
Cento volte n'ha fatto giare, cento volte n'ha fatto coppe.

Nel mondo islamico di oggi si privilegiano altri tipi di bevande narcotiche e stimolanti caratterizzate da un significativo valore sociale e permeate da una forte carica simbolica e rituale. Tra queste vogliamo ricordare il tè, importato nel '600; il caffè²¹, originariamente vietato alla Mecca nei primi anni del '500 e poi divenuto una delle bevande più diffuse, inizialmente masticato e non preparato per infusione; il *qat* o *kbat*²² (foglie del cespuglio di *Catha edulis*), un tempo utilizzato a scopi religiosi perché consentiva la massima concentrazione nel corso della recitazione del Corano, oggi largamente diffuso e spesso accompagnato da caffè e tabacco (Casanelli 1986).

A differenza dell'alcol, l'Islam non ha mai esplicitamente proibito l'uso di sostanze medicinali o euforizzanti per fini terapeutici o per l'adempimento di obblighi rituali religiosi della vita sociale quali l'abluzione, la preghiera e il digiuno. L'oppio, ad esempio, veniva impiegato dal celebre Avicenna come viatico per i moribondi ed era ritenuto, insieme alla canapa con la quale veniva spesso mischiato, una sostanza assai importante nella farmacopea araba (Caramiello 2003:70). Mentre sussiste il rigido divieto nei confronti dell'uso di bevande alcoliche in tutte le realtà sociali appartenenti al mondo islamico, il consumo della cannabis, nonostante le numerose controversie teologiche, è largamente accettato e tollerato.

Qui di seguito vengono riportati alcuni versi facenti parte della vastissima letteratura araba relativa all'hashish e al vino, soprattutto appartenenti all'ambito dell'esoterismo islamico sufi. Come si può notare, viene continuamente enfatizzata la contrapposizione tra consumo di hashish (elogiato e tollerato) e consumo di vino (stigmatizzato e sanzionato). Come scrive l'egiziano 'Taqī al-Dīn Abū Bakr b. 'Abdallāh b. Muhammad al-Badrī, uno dei più raffinati letterati della cultura araba del '400 (1971):

Per Dio, lode all'hashish. Esso fa emergere significati

[occulti,

non badare ai suoi detrattori. Tieniti distante

dal vino e i suoi discendenti,

ma non essere avaro con l'hashish.

Mangialo sempre asciutto, e vivi! Per Dio, lode

[all'hashish!

Esso è superiore al vino puro. Quando uomini di alto

[lignaggio ne fanno uso,

mangialo e non discutere, ragazzo mio.

Esso trasforma lo stupido privo di esperienza in

[intelligente ed abile,

io non penso potrei rinunciarvi. Per Dio, lode

[all'hashish!

Lascia da parte il vino, e salvati

da reati e provvedimenti legali.

Sii soddisfatto con *kaff*²³ al posto del vino,

in verità il *kaff* è sufficiente.

Un altro letterato dell'epoca, al-Fuzūlī (Necati et al 1943), dice:

Maestro della via dei sufi,

dove il vino è solo un discepolo sprovveduto e

[impaziente.

Lo shaykh [guida spirituale] dell'Amore è dell'hashish l'ultimo rifugio,
il vino solo un tratto della Via.

Complementari ai suoi versi sono quelli di Ibn Abū Sa'd al-Warrāq al-Bannā (al-Badrī 1971):

La gente parla male del *ma'lūm*²⁴
come se fosse paragonabile al vino,
ma la figlia della cannabis non può
essere comparata alla figlia del vino.
Nessun raffronto tra loro è possibile
per alcun uomo di senno.
Come potrebbe! Il vino è schiacciato
nei magazzini sotto i piedi,
per lui sono un barile e una brocca,
un colino e una coppa,
per la figlia della cannabis invece
un borsellino, e il palmo della mano come

[coppa.

Non provoca i postumi di una sbornia o mal di

[testa

tutte cose evitabili per coloro il cui abito è la povertà.

Nei versi che seguono, ancora una volta, si ribadisce il netto contrasto hashish/vino espresso, qui, nel binomio fuoco/Inferno e giardino/Paradiso per confermare la condizione di illiceità delle bevande alcoliche associate al peccato e all'incapacità di raggiungere l'essenza sacra dell'hashish. A tal proposito, Saf al-Dīn al-Hillī scrive (1962):

Apprendi la sua verità [dell'hashish] da quelli che sanno,
e risparmia dalla vergogna quelli che in esso trovano

[soddisfazione, rispettandoli.

Un vino il cui bevitore non ha da temere punizioni,
e non rende stupido l'intelligente,
noi abbiamo trovato in esso la verità più profonda,
ed esso si è trasformato in Paradiso, per chi ha

[saputo sceglierlo.

Mangiarlo rende quella dimora un rifugio

[permanente e fresco,

e tu puoi vedere coloro che ne sono degni, prendere là

[la loro residenza.

L'hashish ti mette al riparo dal vino,

le nuove foglie dalle vecchie,

e la verde dal puro vino rosso.

Quanto grande è la differenza delle smeraldo dal

[carnelio!

E in Nūr al-Dīn Muhammad Ibn Rustum al-Is'irdī (al-Kutubi 1974):

Tu hai chiesto di sapere la relazione tra l'hashish e il

[vino, quindi ascolta

cosa una persona di opinione sincera ha da dirti.

Di certo, il vino non possiede le stesse qualità

[dell'hashish,

lo potresti mai bere apertamente,

in un monastero sufi o una moschea?

Volessi ottenere l'hashish, non lo acquisteresti a un

[prezzo eccessivo²⁵,

in cambio di argento e oro. Piuttosto, a differenza del

[vino,

lo vedresti giungere come un dono, estraneo

[all'acquisto,

senza il rischio di farne a meno per mancanza di

[denaro.

Esso è qualcosa che appartiene a distese erbose,
il cui colore verde ricorda i giardini del Paradiso,
dove il vino appare piuttosto un ardente tizzone.
Il vino ti fa dimenticare i significati che soggiacciono,
laddove questo invece richiama i segreti
della Bellezza dichiarata Unica.

Esso è il segreto; con lui, lo spirito ascende
alle più alte vette della celeste ascensione [*mi'raj*],
dove la comprensione è priva di corpo,
e questo, invero, è lo stesso Spirito.

Qui non vi sono più angustie
né alcuno che non gioisca, potendo permanere in tale
[stato.

I pigiatori dell'uva non si avventano su di esso,
né sporcano i suoi barili con timbri di nera pece,
il corpo non è stanco quando lui lo abbandona,
o come quando vomitano quelli con le membra
[gonfie di vino.

In Muhammad b. Sharīf Ibn al-Wahīd troviamo ancora (1965-66):

Qualcosa di verde, la cui azione il vino è incapace di
[imitare,
scuote le mie viscere e poi si piazza lì.
Esso alimenta un Fuoco nelle budella,
sebbene sia in verità un Giardino
che reca il sapore del vino
pur essendo una semplice pianta.

Come si può osservare, all'interno di questa contrapposizione tra hashish e vino, frequente è la trasposizione di alcuni aspetti dall'una all'altra sostanza: l'hashish viene visto come "un vino che non suggerisce diabolicamente i pensieri" e come "un Giardino che reca il sapore del vino".

Zanello (2003:123-124) osserva che

nel caso dell'hashish, la mancanza di un simile e univoco trattamento, e le sue caratteristiche di presentarsi ora allo stato liquido ora solido, rendeva la normativa incerta, e l'effetto inebriante provocato dalla sua assunzione, indicato col nome di mufattir, diventava la prova necessaria per relegare l'hashish nell'alveo delle proibizioni. Restava però la difficoltà obiettiva di definire con esattezza lo stato di ottundimento tipico dell'hashish, anche questo diverso dai tipici segni dell'ebbrezza del vino, il che rendeva la procedura giuridica nel merito irta di contraddizioni e dubbi, e soprattutto priva di provvedimenti giuridici uniformi. Se infatti la pena nota come *hadd*, consistente in una norma applicabile a tutti i musulmani, poteva ritenersi valida nel caso di una trasgressione uniformemente descritta e definita, come appunto nel caso del vino, proprio l'ambiguità della posizione dell'hashish faceva propendere i governatori locali, di volta in volta, verso pene e provvedimenti differenti, noti come *ta' z'ir*, quando non alla tolleranza vera e propria. I testi del Corano e della Sunna vengono così più volte richiamati per la definizione di una fattispecie giuridica che doveva invariabilmente riproporsi in maniera discorde, a seconda delle connotazioni geografiche e socioculturali delle regioni di appartenenza, dei diversi rappresentanti delle scuole giuridiche, e dei loro successori ".

Laddove si tentava, seppur con esiti limitati e provvisori, di proibire l'uso di hashish attraverso la promulgazione di specifici editti, lo scopo principale non era quello di assumere un vero e proprio atteggiamento anti-hashish quanto piuttosto di moralizzare la società in generale. Come sostiene giustamente Caramiello "tutte le società si sono trovate di fronte il problema di scegliere quale farmaco vietare e quale consentire, quale droga proibire e quale tollerare. In questo senso, ogni organizzazione sociale stabilisce i suoi criteri e i suoi vincoli in rapporto all'uso di sostanze psicoattive, decretando in modo rigoroso cosa si può o non si può usare e quando e come si può o non si può farlo" (2003:117). In questo senso, l'Islam si trovò perciò "obbligato" a proibire il consumo alcolico al fine di "differenziarsi rigorosamente da quel Cristianesimo che aveva fatto del vino (dell'eucarestia), della sostanza che evoca il sangue di Cristo, la bevanda alla base del suo rituale" (2003:68).

Il Cristianesimo, infatti, elevò il vino a bevanda mitica e sacra ponendolo, nelle vesti di efficace elemento simbolico, al centro del proprio sistema culturale e della propria ritualità. Trasformato in una vera e propria "droga istituzionale", contrapposto in maniera compensatoria alle altre sostanze psicotrope e in piena linea di continuità con la tradizione ebraica del Vecchio Testamento, il vino era ritenuto uno dei grandi doni di Dio e la vigna rappresentava il simbolo del regno divino²⁶. L'Islam, pur adottando una linea di continuità con la tradizione giudaico-cristiana facendo propri alcuni elementi dottrinali di essa (monoteismo, messaggio rivelato, libro sacro, trascendenza, legge divina, riconoscimento delle figure storiche di Adamo, Noè, Mosé, Abramo e Gesù), doveva in qualche modo differenziarsi dalle altre due religioni monoteistiche. L'istituzionalizzazione di proscrizioni e proibizioni come il divieto di consumare bevande alcoliche, la condanna dell'esogamia femminile, il pregare in direzione della Mecca²⁷ e la proibizione di mangiare carne serviva in maniera efficace a creare una chiara differenziazione sociale e culturale e a ben definire i confini di un'identità religiosa.

L'alcol nelle società maghrebine

Molto spesso, parlando di Islam, si incappa nel facile errore di considerarlo come un universo monolitico, uniforme ed omogeneo senza comprendere che al suo interno coesistono molteplici differenziazioni dottrinali e numerose sfaccettature socio-culturali. È un discorso questo che può essere esteso anche al consumo di sostanze alcoliche, nel senso che appare fondamentale la contestualizzazione dell'uso di alcol in riferimento a differenti assetti societari.

Dall'illustrazione fatta relativa all'*excursus* dell'alcol nelle società islamiche, si è visto che prima dell'avvento e della diffusione dell'islamismo in tutto il

bacino mediterraneo si produceva birra e vino e che nella Penisola Arabica si conoscevano bevande fermentate ed inebrianti. Negli ultimi tempi, in diversi paesi musulmani, vi è stata una riscoperta di bevande alcoliche come birra e vino soprattutto tra le fasce giovanili, che può essere letta come un ritorno alle proprie radici. In paesi come Egitto, Turchia, Marocco e Tunisia la produzione e la vendita di bevande alcoliche (in particolare birra) hanno registrato un forte aumento e tra la popolazione giovanile la pratica del bere si è assai diffusa fino a trasformarsi in una vera e propria moda. Tutto ciò è avvenuto grazie pure ad un'operazione strategica di natura economica compiuta, all'interno del mercato globalizzato, anche dalle multinazionali occidentali le quali hanno contribuito all'introduzione della cosiddetta "birra halal", birra a bassissimo contenuto alcolico e in quanto tale permessa dall'Islam, soprattutto dall'Islam popolare²⁸.

In Algeria, Marocco e Tunisia, nonostante il formale divieto religioso, il consumo di alcol esiste ed è, soprattutto nel contesto urbano, molto diffuso. Ciò può essere spiegato mediante l'utilizzo del binomio di carattere generale dichiarato/effettivo e quello specifico di Islam ufficiale/Islam popolare. L'Islam popolare, in contrapposizione a quello ufficiale ed istituzionale, è caratterizzato da una posizione anti-intellettualistica e anticlericale e da un processo di elaborazione ed interpretazione che parte dal "basso". A livello popolare l'alcol è sempre stato presente e paesi come Algeria, Marocco e Tunisia sono sia produttori che esportatori di vino.

In queste società le pratiche del bere assecondano alcuni valori di una specifica configurazione sociale e culturale sintetizzabili così (Perocco 1999):

- "machismo"
- cultura della *rujla*
- spazio pubblico
- celibato

Il consumo di alcol viene legittimato, in un certo senso, in virtù di questi punti che ora andremo ad analizzare.

Nei paesi maghrebini la cultura del machismo, appresa nel corso del processo di inculturazione/socializzazione e acquisita mediante concrete operazioni rituali, rappresenta un fondamento sociale basato sul concetto di virilità e connotato da attributi e comportamenti considerati appartenenti al genere maschile (forza, fierezza, coraggio, onore). Con il termine dialettale *rujla* si fa riferimento al concetto di cultura o meglio "sottocultura dell'essere veri uomini". Coincidendo con l'idea di virilità, sia a livello psicologico che spirituale, la *rujla* viene acquisita in un periodo esistenziale che va dalla pubertà all'età adulta attraversando una lunga serie di riti di passaggio (circoncisione, apprendimento della pratica religiosa, servizio militare, iniziazione sessuale) ed una sequela di circostanze che contrassegnano la condizione giovanile. La pratica del bere viene a costituire, così, uno dei momenti in cui costruire e rafforzare la propria identità maschile.

Relativamente al luogo di consumo di bevande alcoliche, lo spazio assegnato a questa pratica è quello pubblico. Si beve nei locali autorizzati alla vendita di alcol, in compagnia del gruppo di amici e coetanei; in uno spazio, cioè, ben delimitato fisicamente e simbolicamente accessibile solo agli uomini. Un luogo profano e trasgressivo in cui la "cultura dell'essere uomo" si manifesta in tutti i suoi aspetti, separato dallo spazio privato (abitazione), sacro (moschea), lo spazio delle donne e dei bambini.

Il consumo di alcol è, inoltre, socialmente consentito per lo più alle persone celibi. Il matrimonio viene inteso come nuovo rito di passaggio che introduce l'individuo in un differente ciclo esistenziale in cui è costretto a lasciarsi alle spalle la coscienza trasgressiva per acquisirne una fatta di nuove responsabilità e doveri coniugali/familiari. La *rujla* fissa l'incompatibilità del bere smoderato con il matrimonio, negando la legittimazione di tale pratica per colui che consegue lo status di sposato, pena l'isolamento perché

percepito come origine di anomalia, disordine sociale e motivo di rottura del patto con Allah.

Questa analisi permette di comprendere quanto un determinato sistema culturale, come la *rujla*, incida sul comportamento e sulla condotta sociale degli individui. Siamo di fronte ad un sistema di controllo endogeno che delimita e tollera il consumo alcolico secondo prestabilite norme, culturalmente e socialmente condivise dalla comunità E, riprendendo il discorso da cui siamo partiti, si deve tener conto di tutte le differenziazioni presenti nel variegato ed eterogeneo universo islamico, senza creare riduttive generalizzazioni e falsi stereotipi. Un luogo comune è, ad esempio, l'adesione collettiva ed unanime alla pratica del digiuno, durante il mese di *ramadan*, da parte di tutti i musulmani; e che questo comporti un periodo di astinenza (preceduto da altri due mesi di astinenza parziale), intesa come possibile terapia di massa per coloro che fanno uso di sostanze alcoliche. Ciò non è vero. Non tutti praticano il digiuno, per motivi sia di natura soggettiva che oggettiva, e non tutti attribuiscono lo stesso valore ad esso. A tal proposito, uno studio che ha preso come area di riferimento i contesti migratori ha calcolato che il 60% in Francia e l'80% in Veneto ha aderito a questa pratica (Saint-Blanc 1999).

Riprendendo la sopraccitata indagine effettuata da Perocco sul consumo delle bevande alcoliche tra le popolazioni maghrebine immigrate in Italia, si può sottolineare, ancora una volta, l'esigenza di distinguere le diverse componenti dell'immigrazione e le differenti motivazioni al consumo di alcol, nonché i processi di pluralizzazione dei valori e di individualizzazione delle condotte sociali. L'autore, segnalando una correlazione tra "consumi del fine settimana nel paese d'origine" e "consumi problematici nel paese d'immigrazione", individua quattro tipi di consumo:

- il consumo come strategia mimetica di adattamento e di inserimento nel contesto sociale di accoglienza. L'alcol, nelle vesti di agente

socializzante, viene assunto in maniera attiva e moderata al fine di tessere relazioni sociali;

- il consumo come forma passiva, conformistica di adattamento sociale. L'utilizzo di alcol è finalizzato al processo di assimilazione culturale in quanto "bere fa credere di essere italiano" o, almeno, di non essere troppo diverso dagli altri;
- il consumo in contesti ludici e di gruppo nel corso del fine settimana o dopo il lavoro, in cui si ripropongono e si accentuano modalità del bere simili a quelle utilizzate nel paese di origine dove la cultura della *rujla* si confonde in maniera sincretica al modello del bere europeo e allo "sballo del sabato sera". È interessante notare come, in questa modalità di consumo, gli individui, dovendosi confrontare con un sistema culturale diverso dove il consumo alcolico è addirittura legittimato, possono sfuggire al controllo endogeno della *rujla* e rimanere intrappolati nelle maglie dell'alcoldipendenza;
- il consumo emarginato caratterizzato da condizioni di esclusione e marginalità sociale che portano all'assunzione eccessiva di alcol corrispondente all'ubriacatura del fine settimana nel paese d'origine. Nel paese di arrivo il consumo di bevande alcoliche aumenta fino ad arrivare a coincidere con l'abuso, la dipendenza e la possibile commistione dell'alcol con altre sostanze stupefacenti (soprattutto eroina).

Siamo di fronte, quindi, ad una pluralità di modalità di consumo che deve essere ricondotta sia a situazioni di esclusione sociale e marginalità sia a variabili squisitamente culturali. Per un giovane migrante maghrebino, venuto in Italia ad esempio per motivi esperenziali e conoscitivi, la pratica del bere può essere sinonimo di malessere e disagio ma anche semplicemente di modernità e libertà. Non è detto che chi ha problemi beve di più e chi è senza problemi beve di meno; si può sviluppare nel tempo una dipendenza alcolica

senza avere grossi problemi e viceversa non tutti gli individui con grossi problemi fanno uso di alcolici. Come non si può affermare che chi vive soggettivamente dei disagi legati al bere sviluppa anche una forma di vera dipendenza. Come già visto, il consumo di alcol può essere motivato da aspetti di tipo sociale come basso livello economico, disoccupazione, precarietà abitativa, incompletezza della cittadinanza, discriminazione, disagi relazionali ed altri fattori legati alla vulnerabilità individuale ma, allo stesso tempo, dalla mancanza di un dispositivo culturale che gli permetta di gestire e controllare la pratica del bere. Il giovane migrante maghrebino, sfuggito al controllo endogeno della *riyala* del paese di provenienza e pertanto portatore di una determinata cultura, dovrà confrontarsi con la società d'accoglienza e con i suoi *patterns* di consumo alcolico. Correrà il rischio, quindi, di trovarsi in una situazione, ai suoi occhi, di anomia e di caos culturale tipica di una società in cui si attua la legittimazione dell'offerta di alcol e si favorisce il suo consumo in quasi tutto il ciclo esistenziale di un individuo.

Un'interessante considerazione può essere fatta anche in riferimento alla percezione del bere. Ad esempio, a differenza di coloro che provengono da contesti geografici e culturali in cui il consumo alcolico può generare esclusione e sensi di colpa, chi proviene da Paesi in cui l'alcol è insito nelle abitudini e nella tradizioni, come quelli dell'Est Europa, e ne faceva già uso nel Paese d'origine, ha indubbiamente più familiarità con le bevande alcoliche il cui consumo potrà non essere percepito soggettivamente come un disagio; laddove, oltretutto, si è in un paese in cui l'assunzione alcolica gode di una familiarità, di un' accettazione e legittimazione sociale legate alla cultura italiana del bere, una cultura mediterranea, che poneva, fino a non molto tempo fa, il consumo di vino come elemento inseparabile dall'alimentazione²⁹. Questo a dimostrazione dell'importanza che riveste il sistema culturale, sia del paese di provenienza che di quello di arrivo, nel condizionare non solo il consumo ma anche la percezione della pratica del bere.

Ciò che si insiste nel dire è che, trattando il fenomeno dell'alcoldipendenza, occorre adottare una visione globale che consideri tutte le dinamiche e le componenti nella loro specificità ma all'interno di un quadro ben più ampio che non trascuri la varietà sociale e culturale.

Note

¹ Trattando il fenomeno della tossicodipendenza si fa naturalmente riferimento anche alla dipendenza da sostanze alcoliche. Si utilizzeranno, perciò, i termini "tossicodipendenza" e "alcolodipendenza" in maniera del tutto univoca ed interscambiabile.

² Assai interessante risulta essere la distinzione (non sempre così evidente), fondata su una vera e propria classificazione, che gran parte delle società fanno tra bevande alcoliche "maschili" e "femminili", laddove per "femminili" si intendono tutte quelle bevande con bassa gradazione alcolica, dolci, "soft", contrapposte alle bevande più propriamente "maschili". Tra i Lele dello Zaire, ad esempio, dove l'unico alcolico "naturalmente" disponibile è il vino di palma si hanno due versioni di tale sostanza: la *Mana ma kobo*, descritta come "forte", "ardente" e quindi destinata agli uomini e la *Mana ma piya*, considerata, invece, più adeguata alle donne.

³ Tale distinzione di analisi della "malattia" su diversi livelli di significato viene fatta utilizzando parole inglesi a causa dell'impossibilità di adottare adeguatamente la lingua italiana, non altrettanto efficace.

⁴ Per inciso, è opportuno ricordare che nel 2001, il ministro della Sanità Veronesi si preoccupò di diffondere in tutta Italia decaloghi per l'assistenza sanitaria degli stranieri tradotti in venti lingue, da far pervenire agli operatori sanitari e ai cittadini immigrati.

⁵ Tra le diverse esperienze, appare interessante il progetto britannico "Race and Drug" che si prefigge di valutare la qualità dell'organizzazione dei servizi pubblici per tossicodipendenze in relazione all'accessibilità permessa ai soggetti stranieri. Il progetto, inteso come ricerca-intervento, si propone di indagare sul rapporto tra le istituzioni locali e le minoranze visibili, e di individuare le strategie politiche e relazionali più adatte a eliminare l'emarginazione e il pregiudizio. Per ulteriori approfondimenti si veda: Khan 2001; Borioni, Bosi, Nizzoli 1999; Martinelli 1998.

Per quanto riguarda l'esperienza americana, considerato il profondo condizionamento delle questioni connesse alle cosiddette minoranze etniche nei confronti dello sviluppo storico e civile del paese, i programmi e gli interventi di *Community Based* e di *Alternatives Activities*, rivolti alle minoranze e alla popolazione dipendente, sono fortemente connotati da un punto di vista culturale. Per una maggiore comprensione cfr. Monaci 2001:73-168.

⁶ Schirripa (1992:47) distingue questi due termini, alla luce di un'ampia letteratura psichiatrica ed etnopsichiatrica: per "shock culturale" si intende "i conflitti propri della prima fase di adattamento del migrante alla nuova situazione". Per *acculturative stress* si fa invece riferimento ad "un processo conflittuale permanente".

⁷ Fu il medico e filosofo Paracelso ad introdurre il termine alcool. La parola alcool viene dall'arabo *al kohl*, che significa "galena", ovvero polvere finissima di antimonio che le donne del vicino Medio Oriente usavano per tingersi in nero le ciglia e gli orli delle palpebre (in ebraico *qalal*, essere leggero). 'Al kohl' stava quindi a indicare "la polvere più fina che sia possibile produrre". In seguito si impossessarono della parola gli alchimisti, come sinonimo di "quanto vi è di più fine"; da qui "al kohl" passò ad indicare anche

quanto vi è di più fine nel vino, cioè la parte volatile e impalpabile di esso, allora chiamata ancora "aqua vitae" o "aqua arde", ossia acquavite o acqua che brucia (Bonomo 1979).

⁸ Una leggenda racconta che, durante la dinastia Xia (2100 a.C. - 1600 a.C.), Du Kang fu l'"inventore" dell'alcol, tanto che ancora oggi in Cina l'alcol viene chiamato anche con il suo nome. Altri attribuiscono l'origine dell'alcol a Yi Di, la figlia dell'imperatore Yu (Lee 1987). Nelle comunità agricole lungo il fiume Giallo vi sono segni di produzione alcolica risalenti a 7000 anni fa. Alcuni archeologi, infatti, sostengono che le prime colture erano finalizzate esclusivamente alla fermentazione di alcol.

⁹ La devozione per il vino pervade la legge ebraica. Il *Kiddush* o "santificazione", cioè la formula di celebrazione del Shabbath e delle feste, viene recitato durante il passaggio di un calice di vino tra i membri della famiglia. Le regole principali per la preparazione del vino *Kasher* sono le seguenti:

- il vino non deve assolutamente contenere ingredienti proibiti quali grassi, vitamine o conservanti ottenuti da animali sui quali vige un tabù (la chiarificazione si ricava dall'albume dell'uovo sbattuto).
- divieto di utilizzo di qualsiasi elemento di lievitazione poiché il vino viene preparato e consumato esclusivamente durante la Pasqua.
- solamente agli ebrei è consentito preparare questo vino; una qualsiasi mano "gentile" lo renderebbe un vino comune.

¹⁰ Il pulque era la bevanda alcolica più diffusa nel Messico antico. Considerato un dono degli dei, il pulque si estrae dal *maguey*, una varietà di agave comune in Messico e particolarmente diffusa nella parte alta delle montagne di Tepoztlán. Per i tlahuica, il *maguey* era una pianta di grande importanza: le foglie servivano a fabbricare carta; la polpa, spessa e carnosa, curava le ferite; le spine erano usate per cucire e le fibre erano trasformate in corde e tessuti. La linfa, che gli spagnoli chiamarono *aguamiel*, è un liquido fresco e refrigerante di grande utilità nei mesi della stagione secca. Opportunamente fermentata produce il pulque. Tra le divinità associate al *maguey*, ve ne era una femminile, Mayahuel, a cui si attribuiva il merito di aver per prima estratto l'*aguamiel* ed il più famoso Ometochtli, letteralmente due conigli, il cui nome si riferisce alla data del calendario rituale in cui veniva festeggiato il dio del pulque, chiamato anche Centzontochtli ("quattrocento conigli"), allusione alle molteplici forme che poteva assumere a seconda delle località in cui era venerato. Ai tempi degli Atzechi veniva dato da bere durante le cerimonie sacrificali umane sia ai sacerdoti che alle vittime per rendere più "tranquilla" la loro morte.

¹¹ La chica, bevanda probabilmente legata alla fertilità e perciò offerta a Pachamama, la dea della Terra, è una bevanda leggermente alcolica (circa 3% di alcol) preparata con grani di mais e miele. Una sua versione è la *chica morada*, che si ottiene facendo bollire un certo tipo di mais con ananas, bucce di mele e zucchero, con aggiunta a freddo di succo di limone.

¹² Va specificato, comunque, che qui si sta parlando dell'uso terapeutico dell'alcol. Nell'antica Roma, per un lunghissimo periodo il consumo di vino, come ci viene raccontato da Plinio e negli annali di Fabio Pittore, non era ammesso e veniva considerato reato. I cosiddetti "misteri di Bacco" venivano espressamente condannati dalle varie autorità politiche che si susseguirono nei secoli. Tra le diverse azioni persecutorie nei confronti di coloro che aderivano a tali culti, spicca sicuramente quella condotta dal console Spurio Postumio, nel 186 a.C., sotto il cui ordine furono massacrati in maniera crudele e spietata migliaia di persone.

¹³ La *kava* (o *kavakava*, *'ava*, *yangona*, *gamoda*) è una bevanda inebriante ricavata dalle radici di un arbusto della famiglia delle Piperaceae, *Piper methysticum* Forst, largamente impiegata come droga in Nuova Guinea e nelle isole della Melanesia, Micronesia e Polinesia.

La kava induce uno stato di tranquillità, amicizia e socievolezza verso gli altri. È dotata di proprietà soporifiche, analgesiche, è un rilassante muscolare e innalza i livelli emotivi.

La preparazione più tradizionale della kava si basa su una premasticazione delle radici della pianta; "gli individui scelti per praticare la masticazione prima si puliscono le mani e la bocca. Sono di solito giovani o fanciulli con buoni denti: spesso vengono loro in aiuto le donne. La masticazione viene fatta lentamente e solennemente, finché ciascun pezzetto di radice è ridotto ad un detrito fibroso sottile. Il succo che si accumula in bocca non deve essere inghiottito (Lewin 1928:267). I boli così premasticati sono collocati in un recipiente dove viene aggiunta dell'acqua; le pallottole premasticate sono pressate dentro all'acqua, in modo da farvi fuoriuscire il succo. Il tutto viene quindi filtrato per ricavarne un liquido di color giallastro, che è il prodotto finale della lavorazione, pronto ad essere ingerito. Nella bevanda della kava non si forma alcol. I principi attivi della bevanda sono i kavalattoni, presenti nelle radici della pianta.

La cerimonia della kava ha originalmente svolto un ruolo religioso e di rafforzamento dei rapporti e delle gerarchie sociali. Oggigiorno la sua funzione religiosa è mantenuta in Melanesia, mentre nelle altre regioni svolge un ruolo sociale e politico e in diverse di queste si è sviluppata una sua funzione prettamente ricreativa e ludica.

Nell'utilizzo tradizionale religioso essa veniva usata per il contatto con gli spiriti degli antenati e per la divinazione ed era frequentemente offerta alle divinità; in questi contesti il suo consumo è interpretato come una forma di sacrificio alle divinità (Turner, 1986). Nelle isole Hawaii i guaritori tradizionali scoprivano le cause di una malattia o il sesso di un nascituro osservando i movimenti delle bolle che si formavano nelle tazze di kava.

Nelle isole del Pacifico le donne non avevano tradizionalmente diritto a bere la kava, ad eccezione delle donne polinesiane e micronesiane di alto rango di Tonga, Samoa, Tahiti, Hawaii e Pohnpei, e altrove le donne che avevano superato il periodo della menopausa. In seguito al contatto con gli Europei, le altre donne ottennero l'accesso a tale bevanda, come nelle isole Figi e Marchesi.

La kava è anche un'importante merce tradizionale di scambio e di dono e svolge un ruolo nel rafforzamento dei legami d'amicizia interpersonali e intertribali. È considerata la "droga del Pacifico", metaforicamente intesa come "droga pacifica", portatrice di armoniosa socievolezza e di pace, agente conciliante e di invito al dialogo, un antidoto all'ira e all'ostilità. La bevanda della kava è un atto vissuto in maniera rituale in ogni occasione di incontro e di discussione fra più persone, nei più svariati ambiti sociali, da quelli popolari sino a quelli diplomatici e politici.

La maggior parte degli isolani non beve mai la kava in maniera solitaria perché, come nelle isole Figi, sinonimo di stregoneria (Lebot et al., 1992: 142).

La bevanda collettiva tradizionale della kava avviene generalmente in silenzio; i rumori e la luce intensa diminuiscono i suoi effetti. In caso di dialogo fra i bevitori si è soliti parlare sottovoce.

Esiste una stretta relazione fra questa bevanda e la sessualità, espressa con valenze eterogenee, che variano a seconda del gruppo tribale. In alcuni miti la kava origina dalla vagina di una donna; alcune credenze tradizionali la identificano con il pene umano o con lo sperma umano. Più frequentemente la kava è in antitesi simbolica e pratica con l'attività sessuale. I bevitori cronici della bevanda perdono interesse nei rapporti sessuali e a Kiwai, in Nuova Guinea, è riportato che se un uomo intende avere un rapporto sessuale con una donna, non deve bere prima la kava.

In diverse aree è presente una certa opposizione simbolica fra questa bevanda e l'alcol, ben espresso dal detto hawaiano "L'uomo che beve la kava è ancora un uomo, mentre l'uomo

che beve alcol diventa una bestia" (Titcomb, 1948). I missionari presbiteriani, pentecostali e avventisti si opposero con forza all'uso della bevanda, riuscendo a sradicarlo solamente in alcune regioni, mentre con la loro battaglia indussero la diffusione delle bevande fermentate alcoliche, che ebbe risultati devastanti.

Attualmente l'uso della kava non è più condannato moralmente o legalmente e le tradizioni relative alla sua preparazione e consumazione tendono sempre più a essere organizzate secondo una moderna istituzione nazionale. I Cattolici Romani di Pohnpei hanno recentemente incorporato la bevanda nei riti di pertinenza cristiani e il prete lo consuma nel corso della cerimonia (Lebot et al 1992:205).

Un'altra conseguenza dell'opposizione alla kava da parte dei religiosi occidentali fu una modificazione del procedimento tradizionale di preparazione della bevanda; in diverse aree oggi giorno la kava non viene più preparata mediante la tecnica della masticazione, bensì la radice essicata è ridotta in polvere e quindi mescolata con l'acqua. Con questa tecnica si ottiene una bevanda dagli effetti psicoattivi ridotti.

¹⁴ Un altro tentativo fallito fu quello del sultano Murat IV il quale, nel 1633, proibì il tabacco e il consumo di vino in tutto l'impero ottomano comminando l'impiccagione immediata per i trasgressori. L'evento paradossale fu la sua morte causata, a soli 27 anni, da cirrosi epatica.

¹⁵ La *Sunna*, ritenuta dopo il Corano la seconda fonte religiosa, è il corpus delle narrazioni relative ai detti e ai fatti del Profeta (gli *hadīth*).

¹⁶ L'*ijmā*, ossia il "consenso" o l'"accordo consensuale", in riferimento non tanto all'intera comunità islamica ma ai dotti e ai giurisperiti, all'interno della gerarchia dei testi dottrinali islamici segue il Corano e la Sunna.

¹⁷ *Sura* è un termine arabo usato per indicare ognuna delle 114 ripartizioni testuali (grossolanamente "capitoli") in cui è diviso il Corano. Ogni sura è a sua volta divisa in *āyat*, versetti (in arabo, "segni").

¹⁸ Il complesso di norme religiose, giuridiche e sociali direttamente fondate sulla dottrina coranica prende il nome di Shari'a. In quest'ultima convivono regole teologiche, morali, rituali e quelle che noi chiameremmo norme di diritto privato, affiancate da norme fiscali, penali, processuali e di diritto bellico. Shari'a significa, alla lettera, "la via da seguire", ma si può anche tradurre con "Legge divina".

La disciplina accademica con cui gli studiosi descrivono ed esplorano la Shari'a è chiamata *fiqh*. Il termine designa una attività umana, e non può essere attribuita a Dio o al Profeta.

Il termine Shari'a viene comunque usato per indicare tanto il diritto divino quanto la scienza che studia questo diritto divino.

¹⁹ Anticamente il termine *haram* coincideva con il concetto di sacralità in riferimento al territorio che circonda la Mecca. In seguito venne utilizzato per indicare tutte le aree interdette per motivi religiosi o accessibile a determinate condizioni. Da qui la traduzione di *haram* in sacro, nella sua ambivalenza semantica di "santo" e "maledetto", e l'uso di tale termine per indicare il vino, in quanto impuro, proibito e illecito, contrapposto al concetto di *halal*, ossia puro e lecito.

²⁰ Vengono messi in discussione anche l'acquisto e il consumo di aceto, laddove esso sia il frutto di un deliberato trattamento intenzionale del vino. L'aceto, ottenuto dalla fermentazione del vino nel quale la composizione chimica è cambiata tramite ossidazione,

può essere consumato infatti come alimento *halal* (lecito) solo quando il vino si trasforma in aceto in maniera esclusivamente naturale, ossia senza nessun trattamento umano aggiunto.

²¹ L'etimologia del termine "caffè" viene ricondotta a *Kaffa*, regione etiopica dove furono scoperte le prime piante di caffè, ma viene ipotizzato anche un legume con la denominazione araba *qahwa*, che significa "inebriante", attribuita inizialmente al vino e poi estesa anche ad altre bevande.

Una tra le numerose leggende sulle origini e sulla diffusione del caffè, racconta che le sue proprietà furono scoperte dallo sceicco Ali ibn Omar al-Shadhili vissuto nel XV secolo. Questi, bevuto il latte delle sue pecore, non riusciva a prendere sonno; allora indagò e scoprì che le sue bestie mangiavano le bacche di una pianticella (la *coffea arabica*, appunto) che era rimasta bruciata a causa di un incendio. In vena di esperimenti lo sceicco fece un infuso, lo bevve e, sorpreso dalle sue proprietà eccitanti, lo adottò come ricostituente.

²² Originario dell'Etiopia, il *qat* o *kebat* è un arbusto sempreverde che può raggiungere un'altezza di tre o quattro metri ed anche più e prospera in luoghi ricchi d'acqua ad altitudini non inferiori ai 1.500 metri. Le foglie del *qat*, se masticate, secernono una leggera droga che provoca uno stato di benessere e di eccitazione. La temperatura corporea si alza, la pressione sanguigna e la resistenza alla fatica aumentano, aiutando a mantenere sveglio chi ne fa uso senza effetti dannosi alla salute; anche se il consumo del *qat*, specie se di non buona qualità, può portare a sonnolenza, nervosismo, perdita di appetito e depressione. Tollerata dal Corano, questa pratica, talmente diffusa e popolare, è stata ufficialmente legalizzata

Il *qat* viene raccolto dalla pianta staccando le parti finali dei rami che vengono poi vendute al mercato in giornata poiché questa droga deve essere consumata fresca. Nei mercati dove viene venduto, il prezzo del *qat* viene contrattato sul finire della mattinata poiché il rito della masticazione di solito avviene nel pomeriggio, generalmente in compagnia di amici o familiari riuniti nella stanza più importante della casa (nello Yemen, detta *mafradsh*). Offrire ad un ospite foglie da masticare è un atto di cortesia molto apprezzato.

Durante la masticazione, che può durare anche alcune ore, occorre adottare una tecnica particolare poiché le foglie non si possono inghiottire. Man mano che si procede nella masticazione, in bocca si forma una piccola palla di pasta che cresce nel tempo poiché, di tanto in tanto, si aggiungono nuove foglie. Mentre si masticano le nuove foglie occorre spingere e mantenere la palla in alto contro la guancia con un movimento abbastanza complicato. La guancia, con il passare degli anni, tende a deformarsi poiché la massa di *qat* che preme, a volte assume la dimensione di una pallina da tennis.

Il *qat* è abbastanza caro ed il suo uso regolare incide notevolmente sul reddito di una famiglia. L'acquisto ed il consumo quotidiano del *qat* è una specie di "status symbol" in molti Paesi e misura continuamente, in modo ufficiale, il tenore di vita di una famiglia.

²³ Una delle tante denominazioni, utilizzata soprattutto in Iraq, per indicare l'hashish. L'esatto significato di tale termine è "palmo della mano", per la caratteristica di tale sostanza di essere tenuto comodamente in mano.

²⁴ Altra denominazione dell'hashish, il cui significato è "risarcimento del povero" e "ricompensa". Era un termine associato a racconti relativi all'uso di hashish da parte di coloro che appartenevano alle confraternite religiose sufi.

²⁵ Attribuito spesso alle figure di governanti e amministratori, il vino, a differenza dell'hashish che invece veniva caratterizzato come sostanza economica accessibile anche ai ceti poveri, era considerato simbolo di ricchezza e lusso.

²⁶ Per inciso va aggiunto, però, che, seppure il Cristianesimo non condannava assolutamente il consumo di vino, il suo abuso non veniva tollerato perché inteso come tentativo di ricerca di euforia ed ebbrezza e in contrasto con i principi morali predicati (Numeri VI, Levitino X, Isaia XXVIII e XXIX, Luca I, Efesini V, Proverbi XX). In breve, l'invito era alla moderazione nell'uso.

²⁷ Originariamente si pregava in direzione di Gerusalemme.

²⁸ I dati disponibili relativi alla produzione e alla vendita di bevande alcoliche in Egitto, Turchia e Marocco mostrano un forte incremento negli ultimi anni.

In Egitto, stando alle informazioni fornite dall'Al-Ahram Beverages Company, il boom si è avuto nel 1998 con un raddoppiamento della produzione rispetto al 1997 mentre nel 2003 si è assistito ad un incremento della produzione dell'8% rispetto all'anno precedente, laddove più della metà della birra prodotta era di etichetta "halal".

In Turchia il consumo di bevande alcoliche è dieci volte maggiore di quello in Egitto e nel 2003 la produzione ha visto un incremento del 9% rispetto al 2002.

Anche in Marocco, viene confermata questa tendenza registrando, nel 2003, un incremento della vendita pari al 4,6%.

A tutto ciò si deve aggiungere che l'aumento della produzione e della vendita viene accompagnato da un miglioramento della qualità delle bevande alcoliche soprattutto per quanto riguarda il vino.

²⁹ Va detto che, in linea con una tendenza ad un'internalizzazione dei consumi in atto a livello europeo, da un po' di tempo anche in Italia si sta assistendo al profilarsi di un nuovo modello culturale che intende le bevande alcoliche non tanto come parte integrante della dieta mediterranea da accompagnare ai pasti ma piuttosto come elemento separato di consumo.

Bibliografia

- AA.VV., "Alcool e immigrati: un'indagine nella città di Roma", *Noumen*, n.24, 1999, pp.105-108
- AA.VV., "Alcolologia e immigrazione: esperienze e interventi", Mestre 14 novembre 2003, www.ristretti.it/areestudio/droghe/acat/mestre.htm
- AA.VV., *Antropologia Medica*, n.2, 1986
- Adler P., *Wheeling and Dealing*, New York, Columbia University Press, 1993
- Agar P., *Ripping and Running*, New York, Academic Press, 1973
- Ahmad b. 'Abd al-Halīm Ibn Taymiyya, *Fatata al-kubra*, vol.5, IV, Il Cairo, 1966
- Alisi G., Contel M., "La prospettiva italiana nel quadro europeo", *Alcol: consumi e politiche*, Edizioni OTET, Roma, 1993, pp.83-115
- Allchin F.R., "India: The home of distillation?", *Man*, 14, pp.55-63, 1979
- Allievi B., Noventa A., Bosisio M., "Alcol ed extracomunitari: risorse e difficoltà in un programma per la comunità", *Alcolismi*, Anno I, n.1, dicembre 1993
- Amselle J.L., Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove, Bollati Boringhieri, Torino, 1999 (ed. or. *Logiques métisses: Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*, Éditions Payot, Paris, 1990)
- Anderson B.G., "How French Children Learn to Drink" in Marshall M., *Beliefs, Behaviors, and Alcoholic Beverages: A Cross-Cultural Survey*, pp.429-432, University of Michigan Press, Ann Arbor, MI, 1979
- Antonelli Costaggini G., "Introduzione" in Pollo M., (a cura di) *La porta stretta. I percorsi verso l'esclusione sociale*, Castel Madama, 2001
- Arberry A.J., *Persian Poems. An Anthology of Verse Translations*, Londra, 1954
- Bacon S.D., *Alcohol and complex society*, in Dinitz S., R.R.Dynes, Clarke A.C., *Deviance-Studies in the process of stigmatization and societal reaction*, Oxford University Press, New York, 1969
- Bales R.F., *Cultural differences in rates of alcoholism*, in Rushing W.A., *Deviant behavior and social process*, McNally, Chicago, 1969
- Barth F., (a cura di) *Ethnic groups and boundaries: The social organisation of culture difference*, Allen & Unwin, Londra, 1969
- Benedict R., "Anthropology and the abnormal", *Journal of General Psychology* 10(2):59-82, 1934
- Beneduce R., "In mezzo al guado. Sistemi di riferimento e disagio psichico negli immigrati" in *La salute straniera. Epidemiologia, culture, diritti*, Ed. Scientifiche Italiane, Napoli, 1994
- Benkheira M.H., "Machisme, nationalisme et religion", *Peuples Méditerranéens*, 52-53, 1990, pp.127-143
- Berto D. et al., "Non ECC-Immutes in Jail: some preliminari data", *Report of the Third European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prisons*, Amsterdam 1997, pp.32-33

- Bonomo G., *Bevande, vini e cocktails*, Curcio Ed., Roma, 1979
- Borioni M., Bosi R., Nizzoli V., "Il progetto Race, Drugs and Prevalence" in *Personalità/Dipendenze*, fasc.2,1999, pp.35-41
- Bourgeois P., "Crack in Spanish Harlem", *Anthropology Today*, V, 1989, pp.6-11
- Braudel F., *Civiltà materiale, economia, capitalismo. Le strutture del quotidiano*, Einaudi, Torino, 1982
- Camporesi P., *Il pane selvaggio*, Bologna, Il Mulino, 1980
- Caramiello C., *La droga della modernità. Sociologia e storia di un fenomeno fra devianza e cultura*, UTET, Torino, 2003
- Casanelli L.V., *Qat: changes in the production and the consumption of a quasilegal commodity in Northeast Africa* in Appadurai A., *The social life of things. Commodities in cultural perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986
- Catani M., "Critica della etnopsicanalisi nelle opere di Selin Aboi" in Maciotti M.I., (a cura di), *Biografia, storia, società*, Liguori, Napoli, 1985
- CNEL, *Immigrazione e accesso ai servizi sanitari nazionali*, 2000
- Colosso L., Perocco F., "Alcol e immigrazione. Uno sguardo all'Italia", *Alcolismi e comunità*, n.1, mar.1999
- Cottino A., *L'ingannevole sponda*, la Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991
- Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura*, Colibrì ed., Milano, 1996
- Crone P., *Slaves on Horses: The Evolution of the Islamic Polity*, Cambridge, Cambridge University Press, cap.2, 1980
- Curtet F., Le Poulichet S., "La toxicomanie des Maghrébins" *Actualités Psychiatriques*, n.5, 1983, pp.73-75
- De Micco V. (a cura di), *Le culture della salute*, Liguori, Napoli, 2002
- Devereux G., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando ed., 1978, pp.23-89
- Di Cristofaro Longo G., "Cultura, salute, immigrazione: identità, interdipendenza, reciprocità" in De Micco V. (a cura di), *Le culture della salute*, Liguori, Napoli, 2002
- Doughty P., "The social uses of alcoholic beverages in a Peruvian community", *Human Organisation*, n.30, 1971, pp.187-197
- Douglas M., *Constructive Drinking: Perspective on Drink from Anthropology*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1987
- Erodoto, *Storie*, vol.I, Rizzoli, Milano, 1984
- Escohotado A., *Piccola storia delle droghe*, Donzelli, Roma, 1997
- Euripide, *Baccanti*, Feltrinelli, Milano, 1993
- Filippin N., "I dati della ricerca", *Noumen*, n.24, 1999, pp.45-62
- Geraci S., Marceca M., *Le malattie degli immigrati*, Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, 2000
- Giancane S., "Prevalenza dell'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope tra i detenuti extracomunitari nuovi giunti nel carcere di Bologna 1993-95" in *Bollettino per la Farmacodipendenza e l'Alcoolismo*, 19,4,1996,pp.23-27
- Godi F., Santi M., "Il paziente immigrato. La diffusione delle tossicodipendenze" in *Salute e Territorio*, n.106,1998,pp.58-59

- Good B.J., Del Vecchio Good M.J., "The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice", in Kleiman A. e Eisenberg L., *The relevance of social sciences for medicine*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1981, pp.165-196
- Goor A., "The History of the Grape Vine in the Holy Land", *Economic Botany*, vol. 20, 1966, pp. 46-64
- Grosso L., "Gruppo Abele", Comunicazione al Convegno *L'accès aux soins de l'usagers de drogues appartenant à des minoritè*, 23-26 giugno 1997, Bristol
- Hall S., "Cultural Identity and Diaspora" in J.Rutherford, *Identity, Community, Culture, Difference*, Lawrence & Wishart, Londra, 1990
- Halter M., *Anthologie du vin et de l'ivresse en Islam*, Le Seuil, 2004
- Hannerz U., "Flussi, confini e ibridi. Parole chiave dell'antropologia transnazionale", *Aut aut*, fasc. 312, 2002, pp.46-71
- Hanson D.J., "The United States of America", pp.300-315, in Heath D.B., *International Handbook on Alcohol and Culture*, Greenwood Press, Westport, CT, 1995
- Heath D.B., 1982b, "Social and cultural aspects of alcohol use: variations and its significanc", Part I *Advances in Alcoholism*, vol II n.19, Part II *Advances in Alcoholism*, vol II, n.21
- Heath D.B., *In other cultures they also drink* in AAVV., *Alcohol, science, and society revisited*, New Brunswick, New York, The University of Michigan Press, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1982a
- Heath D.B., "Drinking and Drunkness in Transcultural Perspective: Part II", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1986, vol.23, pp.103-126
- Heath D.B., "An Anthropological View of Alcohol and Culture in International Perspective", in Heath D.B., *International Handbook on Alcohol and Culture*, pp.328-347, Greenwood Press, Westport, CT, 1995
- Hill T., *Ethnohistory and alcohol studies*, in Galanter M., *Recent developments in alcoholism*, vol II, Plenum Publishing Corporation, 1984
- Inglis B., *Il gioco proibito. Storia sociale della droga*, Mondadori, Milano, 1979
- Jessor R. et al., "Perceived Opportunity, Alienation, and Drinking Behavior Among Italian and American Youth", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 15, pp.215-222, 1970
- Keita S., Chaddi M., "Le travailleurs emigrés et alcoolisme", *Promovere*, 24, 1980, pp.27-30
- Khan K., "Minoranze e droga" in *Personalità/Dipendenze*, fasc.I, 2001, pp.33-39
- Khayyam O., *Ruba'iyat*, Allen Lane, Londra, 1979
- Kleinman A.M., Eisenberg L., Good B., "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and crosscultural research" in *Annali of Internal Medicine*, vol.99,1978, pp.25-58
- Lebot V., Merlin M., Lindstrom L., *Kava. The Pacific Drug*, Yale University Press, New Haven & London, 1992

- Lee J.A., "Chinese, alcohol and flushing: Sociohistorical and biobehavioral considerations", *Journal of Psychoactive Drugs*, 19, 4, 1987, pp.319-327
- Lemert E.M., *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Giuffrè, Milano, 1981
- Lewin L., "La Kawa" in *Phantastika*, pp. 261-272, Vallardi Ed., Milano, 1928
- Lutz H.F., *Viticulture and Brewing in the Ancient Orient*, Leipzig, Himrichs'sche Buch-handlung, 1922
- Malatesta R. Lante I. (a cura di), *Aspetti sanitari dell'immigrazione*, Treviso, 1998
- Marcuse P., "The Ghetto of Exclusion and the Fortified Enclave" in *American Behavioral Scientist*, 41,n.3, 1997, pp.311-26
- Marshall M., "Conclusions", pp.451-457, in Marshall M., *Beliefs, Behaviors and Alcoholic Beverages: A Cross-Cultural Survey*, University of Michigan Press, Ann Arbor, MI, 1979
- Martinelli M., "Race, Drugs and Prevalence" in *Personalità/Dipendenze*, fasc.IV,1998, pp.85-94
- McDonald M., *Gender, Drink and Drugs*, Oxford:Berg, 1994
- Mead M., *The changing culture of an Indian tribe*, New York : AMS press, 1969
- Melikian-Chirvani A.S., *Silver in Islamic Iran: the evidence from literature and epigraphy*, pp.108-13, in Vickers M., (a cura di) *Pots and pans: A Colloquium on Precious Metals and Ceramics in the Muslims, Chinese and Graeco-Roman Worlds*, Oxford 1985, Oxford, Oxford University Press, 1986
- Monaci P., *Tossicodipendenza e immigrazione: un approccio psicosociale*, Ed. L'Harmattan Italia, Torino, 2001
- Muhammad b. Shaker al-Kutubi, *Fawat al-wafayat*, 4 vol., Beirut, 1974, II, pp.331-334
- Muhammad b. Sharif Ibn al-Wahid, in al-'Abbadī, "Nufada al-jirab", *Revista del Instituto de Estudios Islamicos en Madrid*, XIII, 1965-66, p.79
- Necati H. Lugal, Reser O., *Des turkischen Dichters Fuzuli poem Layla-Megnun und die gereimte Erzählung Benk u Bade (Hasis und Wein)*, Istanbul, 1943, p.171
- Ortiz F., *Contrapunteo Cubano del tabaco y el azúcar*, nuova ed. La Habana Consejo Nacional de Cultura, 1940
- Palidda S., "Devianza e criminalità tra gli immigrati: ipotesi per una ricerca sociologica" in *Inchiesta*, gen-mar, 1994
- Pelliccia A., *Tossicodipendenza e Immigrazione. Storie di vita*, Istituto di Fisiologia Clinica C.N.R., 2006
- Perocco F., *Alcol e immigrazione. Il consumo di bevande alcoliche tra le popolazioni maghrebine immigrate*, Fondazione Benetton Studi Ricerche. Rapporto di Ricerca, Treviso, 1999
- Perocco F., (a cura di) *Alcol e immigrazione. Schede di lettura*, Fondazione Benetton Studi Ricerche, Rapporto di ricerca, Treviso, 1999
- Pittman D.J., *International overview: Social and Cultural factors in drinking patterns, pathological and non pathological*, in Pittman D.J., *Alcoholism*, New York, Harper Row, pp.3-20, 1967
- Polanyi K., *La grande trasformazione*, Einaudi, Torino, 1974

- Pompeo F., *Il mondo è poco. Un tragitto antropologico nell'interculturalità*, Meltemi, Roma, 2002
- Riva E., "Dipendenza da sostanze nel paziente immigrato" in Rizzi R., Iossa Fasano A., *Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati*, Franco Angeli, Milano, 2002
- Room R., *Alcohol and ethnography: a case of problem deflation?*, Annual Meeting "Alcohol Epidemiology Section" of ICAA, Padova, 1983
- Rooney J.F., "Patterns of Alcohol Use in Spanish Society" in Pittman D.J., White H.R., *Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined*, pp.381-397, Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, NJ, 1991
- Safi al-Dīn 'Abd al-'Aziz Ibn Saraya al-Hillī, *Diwan*, Beirut, 1962
- Saint-Blanc C. (a cura di), *L'Islam italiano. Una presenza plurale*, Edizioni Lavoro, Roma, 1999
- Sartor L., "Progetto "Alcol e Immigrazione", *Noumen*, n.24, 1999, pp.35-44
- Schirripa P., *Profeti in città. Etnografia di quattro chiese indipendenti del Ghana*, Editoriale Progetto 2000, Cosenza, 1992
- Sherrat A., L'alcol e i suoi sostituti: simbolo e sostanza nelle culture preindustriali, in Goodman J., Lovejoy P.E., Sherrat A. (a cura di), *Usi sacri, consumi profani. Il ruolo storico e culturale delle droghe*, Ecig, Genova, 1998
- Taqī al-Dīn Abū Bakr b. 'Abdallāh b. Muhammad al-Badrī, *Raba al-armah fi al-bashish wa al-rab* in Rosenthal F., *The Herb*, Leiden, 1971
- Titcomb M., "Kava in Hawaii", *Journal of Polynesian Society*, 57, pp. 105-171, 1948
- Trenti A., Zavatti P., "Migrazione ed alcolismo", *Alcologia*, 5 (2), 1993, p. 42
- Turner W.J., "The water of life: kava ritual and the logic of sacrifice", *Ethnology*, 25, pp. 203-14, 1986
- Ullman A.D., "Sociocultural back-grounds of alcoholism", *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, n.315, 1958, pp.48-54
- Vidoni Guidoni O., "Pratiche del bere tra gli immigrati non europei. (II) Caso degli immigrati marocchini a Torino", *Alcolismi*, n.6, 1995, pp.19-22
- Wasson R.G., *Soma: Divine Mushrooms of Immortality*, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1971
- Zanello F., *Hashish e Islam*, Cooper & Castelveccchi. 2003