

Cooperativa sociale
COMUNITÀ DEL GIAMBELLINO
s.c.r.l. O.n.l.u.s.

DOSSIER **d**roga

DOSSIER DROGA

- p. 2 Evoluzione della figura del tossicodipendente
- p. 3 Alcuni dati significativi
 - L'osservatorio dei SerT: i dati complessivi nazionali del 1995
 - La ricerca del CNCA nel fenomeno tossicodipendenza
 - La situazione in Lombardia
 - La situazione delle comunità milanesi. Il periodo 1993-1995
 - I dati del Centro filtro. Anni 1992-1996
 - Dati sulle accoglienza nella comunità di Cascina Cavoletto. Anni 1992-1996
- p. 9 Le normative
 - La situazione nazionale
 - La situazione della Lombardia
- p. 10 Parole chiave per l'intervento educativo

EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL TOSSICODIPENDENTE.

Negli ultimi anni sono stati numerosi e profondi gli elementi di novità e di cambiamento riguardanti la tossicodipendenza.

E' di estrema evidenza la complessa articolazione e differenziazione del fenomeno tossicodipendenza. Diverse sono le sostanze utilizzate e le modalità di abuso; diversi sono le condizioni sociali e familiari, i percorsi di vita, le condizioni psicofisiche di chi intende avviare un percorso riabilitativo; differenziate sono inoltre le stesse metodiche terapeutico-riabilitative.

In particolare emergono i seguenti elementi: ¹

un lieve calo del consumo di eroina, anche se la tossicodipendenza da eroina rimane comunque il target prioritario nell'organizzazione dei servizi, interessando un numero di persone stimato attorno alle 250.000, delle quali solo circa il 40% è in contatto con i servizi pubblici e privati.

Il periodo medio di uso di eroina prima dell'accesso ai servizi è di almeno 5 anni.

Le poche ricerche realizzate danno una percentuale di circa il 30% di risoluzione completa della dipendenza per coloro che hanno intrapreso percorsi terapeutici;

- la crescente diversificazione nel consumo di vecchie e nuove sostanze di abuso (cocaina, amfetamine, ecstasy, allucinogeni). Alla lieve diminuzione dell'uso di eroina si è affiancata la diffusione massiccia di nuove e vecchie sostanze. La cocaina è ormai diventata una droga di massa, diffusa nelle nostre periferie attraverso i soliti canali di spaccio. Negli ultimi cinque anni si è avuto inoltre un forte ritorno, anche sotto nuove forme, delle droghe sintetiche, avvicinando al consumo nuovi strati della popolazione giovanile. Questi giovani hanno solitamente una bassissima consapevolezza dei potenziali pericoli e non accedono ai servizi. Si percepiscono lontani dalla "tossicodipendenza" e considerano l'uso di queste sostanze come complementare al loro stile di vita ed all'attuale cultura giovanile. Va infine notato che diffusissimo è il policonsumo: sostanze diverse vengono sempre più mischiate tra loro in nuove combinazioni alla ricerca delle sensazioni desiderate (ad es. alcol + pastiglie + cannabis per calmarsi e dormire);
- l'aumento dei politossicodipendenti (eroina, cocaina, alcol, farmaci);
- il costante aumento di situazioni di compatibilità protratta per anni (tossicodipendenza nascosta e copresente spesso con famiglia e lavoro). La tipologia del consumo è sempre meno legata alla "piazza-ghetto" e sempre più a tentativi di compatibilità tra uso di droghe pesanti e una vita normale (lavoro, amicizie non del giro);
- la forte presenza di tossicodipendenti extracomunitari, per i quali non esistono ancora ipotesi di intervento;
- l'aumento di età degli eroinomani, spesso provenienti da percorsi riabilitativi interrotti. Questo obbliga tra le altre cose ad un confronto complesso con situazioni familiari articolate, conflittuali ed estremamente disgregate (presenza di figli, separazioni e divorzi);
- la sempre più frequente compenetrazione tra condizione di tossicodipendenza ed evidenza di sintomi psichiatrici, che rende necessaria una strumentazione efficace per la psicodiagnosi ed una funzionale collaborazione con i servizi sanitari;
- la precaria strutturazione psicologica, la scarsa motivazione e il forte desiderio di omologazione sociale. Tali e diffuse condizioni obbligano gli operatori sociali a riorganizzare tempi e pratiche dell'intervento educativo.

¹ Si è fatto particolare riferimento a: C.N.C.A., *Droga. In frontiera*, marzo 1997

1. L'osservatorio dei SerT: i dati complessivi nazionali del 1995²

	Utenti dei SerT				
	1991	1992	1993	1994	1995
Lombardia	16.157	17.848	17.847	18.762	19.309
Lazio	9.698	10.108	9.175	9.273	11.118
Puglia	9.067	10.595	10.828	10.446	11.033
ITALIA	92.853	103.805	104.742	113.984	123.828

Nel 1995 sono stati rilevati 118.225 soggetti td. in carico ai SerT (dato sottostimato perché riferito circa al 91% dei SerT). Tale valore è maggiore del 3.7% rispetto al 1994 e si conferma la tendenziale crescita dell'utenza dal 1991 ad oggi (dal 1991 aumento del 27%).

Tale aumento va riferito a: più capillare distribuzione territoriale dei servizi, migliore ricettività, maggior ricorso dell'utenza al servizio.

Mediamente in ogni SerT sono seguite 252 persone (valore in aumento).

Utenti seguiti direttamente dai SerT e utenti inviati in comunità

	1991		1992		1993		1994		1995	
	diretta - mente	in com.	diretta - mente	in com.	diretta - mente	in com.	diretta - mente	in com.	diretta - mente	in com.
Lombardia	12.637	3.520	13.896	3.952	14.264	3.583	15.247	3.515	12.298	2.762
Lazio	8.548	1.150	9.178	930	8.519	656	8.440	833	10.687	334
Puglia	7.748	1.319	9.050	1.545	9.150	1.678	9.086	1.360	9.551	1.482
ITALIA	75.911	16.942	86.595	17.210	87.641	17.101	96.476	17.508	102.302	15.923

Si evidenzia una continua crescita degli utenti che sono trattati presso il servizio. Al contrario nel 1995, per la prima volta in relazione al dato nazionale, è presente una diminuzione del numero di soggetti inviati in comunità.

Il rapporto maschi-femmine è 5.5:1 (valore stabile negli anni anche se permane una forte disparità geografica: rapporto basso nel centro-nord, alto nel sud).

Nel tempo si assiste a un progressivo invecchiamento dell'utenza, con una riduzione della quota di soggetti di età più giovane ed un aumento significativo della quota di utenti relativamente più anziani.

Trattamenti effettuati dai servizi pubblici

	% soggetti trattati
--	---------------------

² Ministero della Sanità, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo* 1/1997

Tipologie di trattamento	1991	1992	1993	1994	1995
1. PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	38.07	37.14	40.22	40.01	35.41
2. TRATTAMENTO A BREVE (< 60 gg)					
a. metadone integrato	20.95	23.23	18.84	19.37	18.13
b. clonidina	7.42	6.12	4.69	4.42	3.93
c. altri farmaci	8.98	7.79	5.54	4.99	3.86
3. TRATTAMENTO PROTRATTO (> 60 gg)					
a. metadone integrato	9.31	9.66	14.40	17.29	25.20
b. farmaci non sostitutivi	4.03	4.38	3.72	2.8	
4. TRATTAMENTO PROTRATTO CON ANTAGONISTI (naltrexone)	7.84	8.76	7.74	7.54	6.88
5. ALTRO	3.4	2.92	4.84	3.59	4.62

In riferimento ai trattamenti effettuati si evidenzia la diminuzione della percentuale di soggetti trattati con interventi esclusivamente psico-sociali e che nel 1995, per la prima volta, i trattamenti a base di metadone sono quelli maggiormente utilizzati.

2. La ricerca del CNCA nel fenomeno tossicodipendenza (a metà strada tra la statistica e la conoscenza empirica)³

Rimane precaria la situazione del personale dei SerT, in molti casi arriva al 70%, in particolare per alcune professionalità (in tutta la Sicilia ci sono 7 educatori). Comune la collocazione dei SerT in sedi inadeguate.

Tra le situazioni positive si segnala:

- in almeno 4 regioni (Piemonte, Veneto, Emilia, Umbria) sono presenti esperienze interessanti e nuove di gestione diretta dell'ente pubblico (centri diurni, comunità, prima accoglienza), talvolta in convenzione con il privato sociale;
- sono in forte sviluppo i progetti integrati volti soprattutto alla sperimentazione di nuovi modelli di intervento (unità mobili, centri a bassa soglia, progetti integrati per metadonici). La Lombardia ha un fondo speciale (L. 51 art 15) per favorire le sperimentazioni integrate.

Il calo degli accessi nelle strutture socio-riabilitative, assieme all'evolversi complessivo del fenomeno tossicodipendenza, sta trasformando profondamente il mondo delle comunità terapeutiche italiane:

- crescono le strutture residenziali per target specifici (td. psichiatrici, per coppie, madri con figli, comunità brevi) e a progettualità mirata;
- diverse strutture vengono riconvertite per bisogni diversi dalla td. (minori, AIDS, anziani);
- le comunità hanno accoglienze più elastiche e personalizzate e partecipano maggiormente a progetti territoriali (riduzione del danno, centri di crisi, prevenzione);
- primi accenni di contrattazione economica verso il basso per riempire i posti vuoti (naturalmente a scapito dell'intervento);
- alcune strutture attuano vere e proprie strategie di assedio ai SerT e alle carceri per l'accaparramento dell'utenza td.; duri sono stati anche gli attacchi ai SerT, ritenuti responsabili del calo di ingressi in comunità per le loro scelte terapeutiche (terapie con metadone).

³ C.N.C.A, *Viaggio in Italia 2. Le tossicodipendenze nelle regioni*, marzo 1997

3. La situazione in Lombardia⁴

C'è stato negli ultimi anni un forte aumento dei trattamenti con farmaci sostitutivi. Ciò ha comportato una forte ristrutturazione di alcuni SerT che sempre più spesso aprono spazi e specifici legati a questa modalità di intervento.

La Lombardia mantiene il primato dei decessi per uso di sostanze stupefacenti (nel 1996, 208 morti).

Utenti nelle strutture del privato sociale

	15.06.92	15.06.93	15.06.94	15.06.95	15.06.96
% utenti in strutture socio-riabilitative	29.82	27.75	25.37	19.04	18.58

Gli Enti iscritti nell'Albo degli Enti ausiliari sono 175. Le strutture operative sono 424:

Residenziali	Semiresidenziali	Non residenziali
116 com. psicoergoterapiche 56 com. ergoterapiche 1 associazioni famiglie 6 comunità alloggio 15 centri prima accoglienza	36 centri diurni psicoergoterapici 51 centri diurno ergoterapici 3 gruppi auto-aiuto	35 centri filtro 14 centri psicoterapici 31 centri ascolto 3 centri consultazione 6 associazioni famiglie 17 gruppi auto-aiuto 34 centri prev. e documentazione

4. La situazione delle comunità milanesi. Il periodo 1993-1995⁵

L'utenza che accede alle strutture del privato sociale è in diminuzione (- 14%). Il calo è ridotto per le strutture residenziali (- 4.6%), consistente per le strutture semiresidenziali (- 30.9%).

Per quanto riguarda le comunità residenziali sono mutati i percorsi di accesso: calano in modo significativo gli accessi spontanei, diminuiscono gli invii da parte dei SerT cittadini, aumentano quelli dei SerT extra cittadini.

In generale, pare evidente come sia in atto una profonda modificazione dei rapporti tra servizi del privato sociale, tossicodipendenti e servizi pubblici.

⁴ C.N.C.A, *Viaggio in Italia 2. Le tossicodipendenze nelle regioni*, marzo 1997

⁵ Comune di Milano - Coordinamento cittadino del privato sociale per le tossicodipendenze, *I tossicodipendenti e le comunità di Milano. Quanti nuovi inserimenti nel periodo 1993-1995?*, febbraio 1997

5. I dati del Centro filtro. Anni 1992-1996

	1992	1993	1994	1995	1996
Totali utenti	124	114	92	79	72
Sesso					
uomini	93	98	72	65	58
donne	31	16	20	14	14
Classi d'età					
18-21	14	4	3	3	4
22-25	27	19	13	11	13
26-29	42	25	26	19	28
30-33	17	23	25	29	17
34-37	8	10	10	9	6
oltre 37	5	5	2	7	3
dato non disponibile	11	28	12	1	1
Ussl provenienza					
Milano	60	41	28	37	33
altre Ussl lombarde	59	50	51	40	37
Usl non lombarde	1	1	3	2	2
dato non disponibile	4	22	10	0	0
Età inizio tossicodipendenza					
12-13			5	0	0
14-15			19	5	4
16-17			12	21	21
18-19			12	23	21
20-21			8	12	12
22-23			4	4	5
24-25			1	2	1
26-27			2	1	1
oltre 30			0	2	0
?			29	9	7
Anni di tossicodipendenza					
1-2	9	5	3	7	3
3-4	10	9	5	6	8
5-6	18	12	2	9	7
7-8	9	10	11	11	13
9-10	12	13	12	10	5
oltre	18	17	29	28	29
dato non disponibile	48	48	30	8	7
Indirizzati da					
personalmente	25	25	10	7	12
organismo privato	2	4	17	7	6

	1992	1993	1994	1995	1996
Sert	48	30	44	55	49
carcere	0	3	4	1	0
ospedale	1	1	1	0	0
Cps	3	0	0	0	1
altro (amici...)	13	20	9	8	4
dato non disponibile	32	31	7	1	0
Sieropositivi	44	34	38	29	19
Già stati in com.	44	34	51	47	43
Carichi pendenti	26	23	25	31	26
In carcere	8	43	24	10	7
Domanda 1° colloquio					
pronto intervento	18	8	23	27	19
comunità	58	46	35	28	30
affidamento sociale	10	34	16	5	6
comunità aids	2	4	4	0	0
reinserimento	1	1	1	8	14
arresti domiciliari	0	4	1	1	0
disintossicazione	1	0	0	0	0
pre-comunità	16	2	4	5	2
altro (informazioni...)	9	6	3	5	1
dato non disponibile	10	9	5	0	0
Esito finale					
abbandono	19	14	15	18	17
invio ad altro servizio	16	9	15	5	3
abbandono concordato	11	26	7	6	10
rinvio inviante	14	1	4	6	6
avvio al trattamento	47	36	37	40	30
altro + in corso				4	6
dato non disponibile	17	26	14	0	0

6. Dati sulle accoglienza nella comunità di Cascina Cavoletto. Anni 1992-1996

Totale periodo 92 - 96: 204
ingressi

1992: **44**
 1993: **39**
 1994: **43**
 1995: **39**
 1996: **39**

Giorni di permanenza in comunità delle persone del gruppo terapeutico

<i>111 - 180</i>	<i>181 - 360</i>	<i>361 - 540</i>	<i>541 - 657</i>
2	7	5	8

Età al momento dell'ingresso

età	1992	1993	1994	1995	1996	totali
18-21	6	1	1	2	3	13
22-25	11	9	6	11	6	43
26-29	14	14	16	14	17	75
30-33	10	12	15	6	11	54
34-37	3	3	4	5	1	16
oltre 37			1	1	1	3

Hanno avuto supporto psicologico o psicoterapeutico

1992	1993	1994	1995	1996
7	8	9	5	5

Provenienza per Ussl

anno ingresso	Milano	Lombardia	Altre
1992	19	23	1
1993	17	22	
1994	21	21	1
1995	16	23	1
1996	12	27	
totali	85	116	3

Persone sierio+

1992	1993	1994	1995	1996
19	19	23	14	9

Persone che hanno proseguito il programma terapeutico a Cascina Cavoletto in relazione all'anno di ingresso in comunità

1992	1993	1994	1995	1996
6	6	6	2	3

Obiettivi degli inserimenti

	1992	1993	1994	1995	1996	tot.
Pronto intervento *	16	13	15	17	16	77
P.i. + gr. terapeut.	6	8	6	8	4	32
P.i. + comunità esterna	20	14	12	9	13	68
Pre comunità	2	2	9	3	2	16
Altro		2	1	2	4	9

(*) l'obiettivo "pronto intervento" fa riferimento in gran parte alle persone che hanno interrotto prima della definizione del programma.

Esito degli inserimenti

	1992	1993	1994	1995	1996
Obiettivi raggiunti	18	10	20	10	5
Programmi interrotti	26	29	20	27	21
Altro			2	1	
Programmi in corso				1	13

Esito degli inserimenti in relazione agli obiettivi previsti

obiettivo previsto →	Pronto interv.	P.i. + gr. terap.	P.i. + com. ester.	Pre comunità	Altro	totali
↓ esito						
Obiettivi raggiunti	5	12	32	11	4	64

Programmi interrotti	64	15	34	6	4	123
Altro	2	1				3
Programmi in corso	6	4	2	1	1	14

La voce "Altro" (obiettivi previsti) fa riferimento a programmi che prevedono l'inserimento successivo presso strutture intermedie non classificabili come terapeutiche in senso specifico (realità di reinserimento, case famiglie...).

Dei **123** programmi interrotti, **90** sono stati gli abbandoni da parte degli ospiti, **33** sono stati gli allontanamenti da parte dell'équipe e/o gli abbandoni concordati.

Il rapporto successo/insuccesso si avvicina a 1:1 nei programmi che prevedevano il gruppo terapeutico interno e la comunità esterna. L'indice di successo raddoppia nel caso delle pre-comunità (la persona entra a Cavoletto con un programma di accompagnamento ad una struttura esterna).

Inserimenti dal carcere

1992	1993	1994	1995	1996
3	7	9	8	9

Esito inserimenti dal carcere

anno ingresso	Obiettivi raggiunti	Obiettivi modificati e raggiunti	Abbandona	Abband. concordati o allontanati	Altro	Programma in corso
---------------	---------------------	----------------------------------	-----------	----------------------------------	-------	--------------------

1992	1	1		1		
1993	2	2	3	2		
1994	6		2		1	
1995	2		2	3	1	
1996	1		4			4
totali	Obiettivi raggiunti: 14		Programmi interrotti: 17		2	4

Esito dell'inserimento in relazione ai giorni di permanenza

giorni	Obiettivi raggiunti	Abbandoni e interruzioni
1-30	5	57
31-90	11	28
91-180	18	24
181-360	15	12
361-720	11	3

Ospiti donne: esito degli inserimenti in relazione agli obiettivi previsti

	Pronto interv.	P.i. + gr. terap. interno	P.i. + com. esterna	Pre comunità	Altro	totali
Obiettivi raggiunti			8	1	1	10
Programmi interrotti	9	1	16	2		28
Altro						
Programmi in corso	2		1			3

* Nel caso delle ospiti donne, il rapporto tra successo e insuccesso è quasi di 1:3 (28 a 10), mentre quello riguardante il totale degli ospiti di Cavoletto è di poco superiore a 1:2 (123 a 64).

LE NORMATIVE

1. La situazione nazionale

Il recepimento formale dell'Atto di intesa stato-regioni (19.2.93) per l'istituzione degli Albi degli enti ausiliari regionali e per la definizione degli standard dei servizi è avvenuto ovunque (ultima la Lombardia, nel maggio 97). La sua reale applicazione risulta tuttavia lenta e con notevoli incongruenze. Il 50% delle regioni non ha ancora attivato i corsi di riqualificazione per gli operatori di comunità; dove ci sono stati risultano completamente diversificati per durata e programmi, criteri d'accesso, validità regionale del titolo, sanatorie più o meno mascherate. Raramente sono stati definiti i "titoli equipollenti" a quelli previsti dall'Atto.

Anarchia completa per quanto riguarda le rette corrisposte nelle diverse regioni:

	Rette pro die: strutture terapeutico-riabilitative		Rette pro die: strutture pedagogico-riabilitative		Tempi pagamenti
	Residenziale	Semi residenziale	Residenziale	Semi residenziale	
Lombardia	67.000	36.000	57.000	29.000	4 mesi
Piemonte	67/75.000	40/48.000	41/48.000	28.000	-
Veneto	86/108.000	54/86.000	59.400	37.800	fino a 4 mesi
Emilia Romagna	64.500	42.000	44.500	-	2 mesi
Lazio	52.000	35.000	38.000	25.000	fino a 3 anni
Puglia	50.000	35.000	-	-	fino a 2 anni

A partire dall'esercizio finanziario 1996, il Fondo nazionale per la lotta alla droga (dpr 309) sarà gestito per i 3/4 dalle regioni.

2. In Lombardia

Con delibera della Giunta del 23.5.97, la Regione Lombardia ha finalmente approvato l'atto d'intesa Stato-Regioni relativo agli Enti ausiliari gestori di strutture per tossicodipendenti.

Oltre a ribadire i requisiti strutturali e funzionali necessari, vengono precisati i requisiti riguardanti il personale:

Tipologia servizi	Numero operatori	Qualifica richiesta
Area pedagogico-riabilitativa: <ul style="list-style-type: none"> • comunità ergoterapica • associaz. di famiglie • comunità alloggio • centro prima accoglienza • pronto intervento 	Organico non inferiore a 2 operatori a tempo pieno (almeno 36 ore settiman.) per ogni gruppo di 20 ospiti (25 se semiresidenziali)	Almeno 1 di detti operatori deve possedere la qualifica professionale di educatore o assistente sociale o psicologo o sociologo o pedagogista o medico. Agli assistenti sociali e laureati in materie umanistiche in servizio alla data del presente provvedimento viene riconosciuta l'equivalenza funzionale. Il secondo operatore deve essere in possesso almeno del diploma di scuola media inferiore e con esperienza di almeno 6 mesi e aver frequentato i corsi di riqualificazione già previsti da dgr 3.5.96 n. 12548 (e dei quali finora nulla si sa).
Area terapeutico-riabilitativa: <ul style="list-style-type: none"> • comunità psicoergoterapica • centro diurno psicoergoterapico 	Organico non inferiore a 2 operatori a tempo pieno (almeno 36 ore settiman.) per ogni gruppo fino a 15 ospiti (20 se semiresidenziali)	Gli operatori devono essere in possesso della qualifica di educatore o assistente sociale o psicologo o psichiatra o sociologo o pedagogista o medico. Viene riconosciuta l'equivalenza funzionale ai titoli di assistente sociale e laurea in materie umanistiche in possesso agli operatori già in servizio

TOSSICODIPENDENZA. PAROLE-CHIAVE PER L'INTERVENTO EDUCATIVO

La preparazione del dossier è stata principalmente un'occasione di confronto e di discussione, avviati sulla base dei dati raccolti, dei brani letti e delle esperienze personali.

Abbiamo ritenuto opportuno riassumere in parte quanto emerso, organizzandolo attorno ad alcune parole-chiave considerate particolarmente significative per il tema trattato. Sono raccolti elementi diversi e non omogenei, riconducibili sostanzialmente a 3 livelli di analisi:

- la nostra esperienza professionale e personale con le persone tossicodipendenti, anche in relazione ad alcune letture che propongono interpretazioni del fenomeno;
- le "risonanze" che in noi ha suscitato il confronto sulla tossicodipendenza (cosa c'entra con la nostra vita, quali gli elementi comuni e quali le differenze...?)
- le prospettive progettuali di un lavoro educativo che si interroga sulle tossicodipendenze.

Nella stesura sintetica del dibattito, per ogni parola-chiave abbiamo raggruppato gli spunti riguardanti i primi due livelli, raccogliendo poi a parte ciò che potrebbe interessare più direttamente i progetti educativi dei nostri interventi.

Le parole-chiave emerse durante la preparazione di questo dossier sulla tossicodipendenza non sono probabilmente specifiche di questo tema: l'impressione è che siano invece essenzialmente comuni a tutti i settori di intervento della cooperativa.

Forse in futuro saremo capaci di raccogliere in modo strutturato quello che si potrebbe definire il "progetto educativo della cooperativa" dove, a fronte dei bisogni espressi dalle persone e dai gruppi sociali ai quali ci rivolgiamo, tentiamo di esprimere anche la nostra idea di uomo e la nostra *proposta* di cambiamento. Naturalmente questo è un piccolo inizio, un invito a tutti ad ampliare il contenuto di ciascuna parola-chiave, o anche di trovarne di nuove.

SOFFERENZA

Negli ultimi anni *sofferenza* è stato un termine molto utilizzato nell'ambito dei nostri interventi per la tossicodipendenza. Paolo Rigliano lo ha utilizzato nelle sue pubblicazioni come criterio ermeneutico centrale per l'esperienza tossicomana. La categoria della sofferenza era spesso usata anche da Renato e di ciò rimane traccia nelle sintesi di alcune riunioni con i ragazzi delle comunità (1992 e precedenti). Riportiamo alcuni brani di queste sintesi:

"La sofferenza.

1. La sofferenza è sempre frutto di relazioni vissute male con persone significative (persona significativa = persona che dà senso alla tua vita, senza la quale manca qualcosa di importante).
2. Il tuo contesto soffre esattamente come te, soprattutto quando non ti sembra (contesto = l'insieme delle persone con cui hai relazioni significative).
3. Il td. è uno che ha vissuto intensamente relazioni così significative e importanti da non riuscire a superare la sofferenza per averle vissute male.

I meccanismi perversi.

1. Di fronte alla sofferenza che non si riesce a superare, si cerca il colpevole: o è colpa degli altri e allora devo fargliela pagare e farli soffrire di più, devono accorgersi che io sto male; oppure è colpa mia e allora non me ne frega più niente.
2. Questo avviene anche per il contesto. Non si parla più della propria sofferenza se non per trovare un colpevole. Ci si accusa, ci si ignora, si litiga, si cercano complici ma non ci si guarda mai in faccia.
3. Il risultato è che si sta male sempre di più, ci si allontana sempre di più proprio quando si vorrebbe essere più vicini.

L'eroina.

1. Spesso l'incontro con l'eroina è casuale. Non sono casuali i comportamenti e gli ambienti che te la fanno incontrare e che tu scegli di frequentare.
2. La saldatura stretta con l'eroina avviene solo se stai vivendo (probabilmente senza accorgetene) il fallimento delle soluzioni alla tua sofferenza. La sospensione dell'ansia e della depressione ti apre una dimensione che non conoscevi più: un po' di sicurezza.

3. La dipendenza: riesco ad essere me stesso, più sicuro, più disinvolto, più creativo, più capace di stare con gli altri, se ho la sostanza. Arrivo a dire: la roba non mi dà più niente, eppure continuo a farmi.
4. La verifica: la sospensione dell'uso dell'eroina è una delusione. Pensavo che i miei problemi fossero legati alla roba; adesso ho smesso e sto ugualmente male, qualche volta di più di quanto mi facevo.

Le vie di uscita.

1. Attivare il contesto, quando è possibile: capire la sofferenza dell'altro (non la sua colpa); allearsi con la sofferenza profonda dell'altro.
2. Se proprio non è possibile attivare il contesto: elaborare il lutto delle persone significative; elaborare il lutto del tempo perduto.
3. La tua sofferenza, così forte che ti ha bloccato, è così forte che può diventare elemento di cambiamento.
4. La risposta alla tua sofferenza è dentro di te: non cercare di far sparire la tua sofferenza. La sofferenza è patrimonio della tua vita e una ricchezza che ti permette di vivere rapporti intensi con gli altri, comprendendo le loro sofferenze.

La comunità

1. E' il luogo in cui la sofferenza viene fuori più prepotente.
2. La comunità non è per la separazione ma è preparazione a rincontrarti col tuo contesto, avendo trasformato la sofferenza in risorsa.
3. E' un luogo di esercizio di relazioni significative. Se ripeti in comunità i rapporti che hai sempre avuto stai perdendo ancora il tuo tempo."

Scrive invece Rigliano:

"Prima di tutto la sofferenza, e molto prima dell'eroina. Certamente il td. ha vissuto una sofferenza comune anche a molti altri. Ma se si va a vedere, con un lavoro estremamente difficile e che richiede estrema passione e determinazione e il coinvolgimento di tutte le persone per lui importanti, questa sofferenza non è uguale a quella degli altri. La sua ha avuto un *qualcosa di più e di diverso* che cambia tutto, una qualità particolare *proprio per come lui l'ha vissuta e vi ha reagito*.

(... Ciò che è diverso nei td.) non è qualcosa che hanno dentro il cervello, dentro il corpo, nel sangue, in qualche meccanismo alterato o sbagliato. Ma particolare è proprio quell'esperienza di sofferenza personale che si sviluppa con motivi, relazioni e reazioni sempre specifici. Il td. è sempre una persona come le altre, che nel suo sviluppo esistenziale ha visto prodursi dentro di sé delle condizioni di sofferenza, per ragioni che vanno sempre colte specificamente. (...) Mai si deve vedere il comportamento dell'altro privo di normalità e di significato.

Neanche la sofferenza, in sé e per sé, è la causa della tossicodipendenza. Anzi, il problema è proprio quello di uscire dal modello e dal ragionamento della causa che produce automaticamente un effetto. La sofferenza è solo uno degli elementi che la persona usa per costruire e indirizzare la propria esperienza, anche se forse è quello più importante. Ma sempre e comunque quella persona può scegliere di rispondere alla sofferenza in modi diversi, può interpretarla e viverla sulla base di presupposti e scelte diverse da quelle tossicomane.

Noi arriviamo sempre dopo che la situazione di tossicodipendenza si è stabilizzata, dopo che un legame forte con l'eroina si è cronicizzato e rischiamo di scambiare questo fatto con l'unica realtà possibile. Ma non c'è mai un rapporto necessario, ci sono solo dei vincoli che rischiano di diventare sempre più forti a seconda delle scelte che una persona compie, in situazioni che lui interpreta e vive in modi sempre più personali".

Prospettive educative

- In comunità e negli altri servizi non vi è solo il rischio della violenza della restrizione fisica, della scelta coatta o dell'imposizione di norme vessatorie e prive di senso. E' violenza anche l'inconsapevole complicità con una sofferenza a cui nessuno è in grado di attribuire significato, il non saper cogliere le domande e le questioni cruciali.
- Rispettare, accogliere e capire la sofferenza - senza rifugiarsi nello sterile esercizio dell'attribuzione di colpa - implica, per noi che gestiamo servizi di riabilitazione, una costante ricerca nell'ascolto e nella comprensione dei significati delle domande di aiuto. Tale compito non può essere completamente demandato ai referenti terapeutici esterni e richiede

che la professionalità educativa all'interno dei servizi evolva in qualità e varietà in relazione agli strumenti interpretativi e operativi a disposizione.

→ I nostri interventi educativi e terapeutici considerano in maniera sufficiente il contesto relazionale degli utenti? In che modo si interviene? In che modo la comunità può favorire un lungo e guidato esercizio interiore e relazionale capace di rimettere ordine nelle relazioni significative (comprensione dei significati, riconciliazione, elaborazione dei lutti...)?

CURA E GUARIGIONE

L'eroina è cura e guarigione rispetto a una condizione di sofferenza che non trova altre risposte altrettanto valide ed efficaci. L'eroina funziona nel senso che è funzionale a un personale percorso di liberazione dal dolore. Il ragionamento sull'eroina e sulle droghe deve muovere dalla sua efficacia, dal suo proporsi come via di cura e guarigione.

“Contrariamente a quello che ci piace credere, l'eroina è una sostanza positiva per quella persona che ne fa uso continuo. Cioè la persona mantiene l'uso e stabilisce con la droga un rapporto continuo e profondo, perché interpreta e vive il rapporto con la stessa come positivo. L'eroina è uno psicofarmaco che ha un effetto psichico positivo: antiansia, antitensione, antidepressivo, anticonfusione, antirabbia, antiangoscia conflittuale”. (Rigliano)

Interessante è anche il rapporto che lega la droga al farmaco, rapporto analizzato questa volta con le categorie dell'analisi socio-politica:

“Se l'uso della droga resta più vicino al mondo magico-religioso mandato in frantumi dal farmaco e dalle conoscenze scientifiche, le aspettative che l'uomo ha nei confronti del farmaco e che il farmaco stesso crea, continuano a conservare il carattere magico-religioso del miracolo che elimina la sofferenza: un miracolo prodotto dalla ragione ma che comporta, comunque, una guarigione donata dalla sostanza estranea. A livelli diversi, farmaco e droga agiscono dunque sul piano di queste aspettative ed è su questo piano che s'inserisce l'uso sociale dell'uno e dell'altra.

Farmaco e droga diventano, allo stesso titolo e allo stesso livello, strumenti di espropriazione dell'uomo anziché di liberazione. L'ideologia della norma (della salute assoluta) su cui si muove il farmaco nella società del capitale comporta, infatti, lo stesso risultato manipolatorio dell'ideologia dell'anormalità (la devianza come elemento liberatorio) su cui si muove la cultura della droga. I meccanismi di assunzione di droga e farmaco non sono diversi in quanto entrambi giocano sulla passività e la dipendenza dell'individuo della sostanza estranea da cui si attende l'allontanamento dai propri problemi. Di fatto, la natura della guarigione data dal farmaco, così come la natura dell'assenza di sofferenza data dalla droga, saranno direttamente legate all'ideologia che li diffonde e quindi ai modi di produzione, distribuzione e utilizzazione di entrambi (...)

Pur continuando a muoversi su ideologie separate (la salute da un lato e la felicità dall'altro), il farmaco e la droga, di fatto, diventano entrambi prodotti industriali che saturano bisogni i cui modi di espressione non nascono direttamente dall'uomo, dalla sua sofferenza, dal suo disagio, ma coincidono con la razionalizzazione che ne è stata fatta, cioè con l'artificio creato a immagine della merce. E' la merce a produrre il bisogno a sua immagine, e non viceversa” (Franca Ongaro Basaglia, *Farmaco/droga*, in Enciclopedia Einaudi).

La guarigione, anche quella particolare guarigione che è l'emancipazione dalla droga, può anche presentarsi come negazione: negazione del rapporto partecipato con la sofferenza e della comprensione del bisogno.

Inoltre, il problema della dipendenza non è mai di natura esclusivamente fisica o esclusivamente psichica, ma fisica, psicologica e politica insieme. Storicizzare il problema ci aiuta a coglierne gli aspetti strutturali, meno effimeri, per far sì, ad esempio, che la giusta attenzione all'emergere delle cosiddette nuove droghe non scada nell'affannosa rincorsa alla comprensione di un nuovo che spesso si esaurisce sui tavoli dei laboratori. Cogliere gli elementi portanti, di lunga durata, legati al fenomeno droga - la sua ideologia, la sua diffusione - ci porta a ragionare su noi stessi, sul margine che divide il naturale condizionamento

dell'uomo dal contesto, dalla violenza che reifica i rapporti separando gli individui e trasformandoli in consumatori.

Prospettive educative

- Talvolta è opportuno sostituire la parola guarigione con la parola benessere (quando parliamo di aids... ma forse non solo in questo caso): l'obiettivo diventa allora garantire all'utente il massimo livello di benessere possibile in relazione al suo stato di salute psico-fisico-relazionale.
- Un buon livello di benessere si ottiene quando l'utente comincia a prendersi cura di sé, quando riesce a dare attenzione al proprio corpo e alle proprie emozioni. I nostri interventi sono efficaci per l'attivazione e lo sviluppo del "guaritore interno"?
- Il senso della nostra presenza sociale (collaborazioni coi servizi, partecipazione ai coordinamenti, CNCA, progettazione a lungo termine dei servizi...) è riconducibile anche al tentativo di considerare gli aspetti strutturali (politici e sociali) negli interventi educativi e assistenziali che svolgiamo?
- Possediamo un sistema di valutazione funzionale dei risultati dei nostri interventi di cura?

PIACERE

Eroina, quindi, come cura dal dolore. Esiste tuttavia un altro aspetto da considerare, complementare a questo, ed attiene alla sfera del "piacere in sé". Piacere non più pensato come sostituto simbolico di altri piaceri che la vita ci nega, ma piacere profondo "legato a un effetto psico-biologico" reale.

"Le droghe sono tali (ed hanno una vasta clientela nel mondo) proprio perché sono in grado di procurare piacere. La loro attività biochimica a livello cerebrale è su centri che controllano l'umore, l'autostima, l'ansia. Purtroppo funzionano bene e il cliente è soddisfatto. Sino a che le prende troverà nell'effetto farmacologico della sostanza un rinforzo piacevole a continuarne l'uso.

Il td. assume droga per procurarsi un piacere. Considerare che la persona psichicamente normale dovrebbe provare piacere solo mediante meccanismi naturali e che, quindi, chi si procura piacere godimenti artificiali è patologico, mi sembra un concetto che abbia a che fare più con la morale che con la psicologia. Non mi sembra possibile dare per scontato che, chi si avventuri in una storia tossicomantica, parta necessariamente da una patologia psichica.

Un brutto problema connesso all'uso di certe droghe è che difficilmente piaceri analoghi saranno raggiungibili con altri sistemi. Saranno soddisfazioni più sofferte e meglio vissute, ma difficilmente commensurabili. Mentre la società pensa che il td. sia all'inferno, lui si considera in paradiso.

Purtroppo però, se il piacere è certamente mediato da meccanismi biochimici di neurotrasmissione, è anche un'attività centrale integrata di livello superiore, cioè fa parte dell'attività cosciente e non di quella vegetativa. Ne nasce un'esperienza impossibile perché il piacere è una situazione cosciente che si prova soltanto quando l'esperienza può confrontarlo, almeno, con il non piacere. Inoltre fa parte di una pulsione istintuale che si realizza quando la pulsione stessa può essere appagata e l'istinto soddisfatto, ma l'appagamento non può essere continuo.

Probabilmente tutti i td. vivono un atteggiamento ambivalente nei confronti della sostanza. Quanto più continuativo è il consumo, tanto più la situazione piacevole si affievolisce progressivamente, perché non ha più confronto con una situazione diversa. E' solo nel periodo in cui il td. non è più tale ma riprende ad esserlo che si ritorna ad una situazione di godimento assoluto.

In questo senso un servizio che, per curare la tossicodipendenza, provoca una situazione di disassuefazione, deve essere consapevole che, paradossalmente, crea l'unica possibilità reale che un tossicomane cronico ha per ritornare ad avere piacere dalla sostanza di cui abusa." (Gatti)

Nuovamente si tratta di saper ragionare a più livelli, distinguendo tra la lettura oggettivante di noi operatori e la percezione soggettiva della persona consumatrice. La volontà di ascolto deve avere una funzione individualizzante, capace di far emergere la peculiarità della vicenda personale.

Prospettive educative

- Se si volesse considerare la categoria del piacere in prospettiva educativa (ammesso che abbia senso), potrebbero essere tenuti presenti come elementi iniziali di una possibile "educazione del/al piacere:
- l'intrinseca correlazione tra qualità del piacere e qualità delle relazioni (carattere relazionale del piacere);
 - relazioni di piacere con se stessi, con gli altri, con la natura;
 - saper ricercare un equilibrio con le cose; (contro il rischio dell'idolatria);
 - piacere e sessualità;
 - è possibile provare piacere per un'azione strutturata e dotata di senso (dall'agire per il piacere all'agire con piacere). Provare il piacere di saper lavorare bene, di padroneggiare un metodo...

SCELTA

Spesso si ritiene il td. non in grado di scegliere, mentre noi sappiamo ciò che è bene per lui. Di qui i due estremi: o la cacciata da casa o l'iperprotezione, o la comunità o la galera... In ogni caso sono altri che devono coprire il dolore del td., sottraendolo illusoriamente ad esso. Sono altri che sanno cosa è bene per lui e che scelgono per lui.

Centrale è invece l'aspetto dell'adesione volontaria a qualsiasi progetto riabilitativo:

"Bisogna saper comunicare e praticare un rapporto che sappia respingere la tentazione di una relazione fondata sulla violenza e aprire su relazioni non conflittuali, di accoglimento della dignità e dei bisogni dell'altro, offrendogli un accompagnamento che si fondi sul recupero della sua dignità in quanto recupero e costruzione del suo personale valore. Assumendoci noi la responsabilità di un progetto perché lui possa assumersi la responsabilità di farlo proprio. Lasciandogli una libertà che lui potrebbe distruggere ancora: come unico atto di attestazione del proprio valore e della propria presenza al mondo". (Rigliano)

Prospettive educative

- Un progetto riabilitativo è un passaggio strutturato e graduale da una scelta ad un'altra. Quali strumenti e percorsi attiviamo (individuali, di gruppo, di relazione duale col referente) di educazione alla scelta?
- Educare a scegliere significa educare alla concretezza e alla fedeltà a quanto deciso. E' quindi necessario passare dal desiderio alla volontà, dal pensiero all'esperienza, dalle parole ai fatti.
- Gli utenti scelgono (sono facilitati a scegliere) anche sulla base delle *proposte* degli operatori. Quale è la nostra proposta? Quanto "ne va di noi" nelle nostre proposte (quanto c'è di noi, della nostra storia, della nostra riflessione, e quanto, invece, è agire in base a un meccanismo domanda-risposta stereotipato?). E poi, crediamo davvero che il lavoro educativo debba tradursi in *proposte*? Fare proposte sbilancia rispetto al ruolo precostituito:

emergiamo noi come persone (ne va di me, di ciò che credo abbia valore...) ed affermiamo un impegno nel tempo nei confronti dell'utente (di esserci, e di essere noi per primi coerenti con ciò che affermiamo).

TEMPO E PROGETTO

Nella td. il tempo non esiste, non ha significato. E' legato al mondo dell'esperienza e non a quello delle sostanze (tutto/niente, subito/mai, nessun limite).

D'altro canto il tempo non è un'unità di misura assoluta della vita o dell'età, piuttosto acquista valore solo se lo si riempie di significati.

(Renato:) Per le persone td.

- Passato: rimorso, nostalgia, rabbia.
- Futuro: sogni, illusioni, paura.
- Presente: tempo morto, senza uscita, insoddisfazione.

Prospettive educative

→ Talvolta gli utenti rimandano che il tempo della comunità è un tempo lungo, passivo... Come strutturare invece un'esperienza del presente sempre più dotata di senso? Gli utenti hanno la possibilità di trovare il senso di ciò che si fa?

→ Dalla ricerca di novità e senso nelle cose, alla ricerca di novità e senso in me. Io devo essere nuovo ogni giorno (faccio bene quello che devo fare in quel momento, mi rapporto con le persone che ho accanto in quel momento, metto carica interiore in ogni situazione).

→ La comunità è ambito privilegiato per una riappropriazione consapevole della dimensione temporale. A fianco del tempo regolato dalle attività e delle regole, vi è anche un tempo non normato ma che diventa lo stesso parte importante dell'esperienza comunitaria. Uno stimolo potrebbe essere la considerazione e lo sviluppo di questo tempo nella prospettiva del "tempo per sé" (v. Laura Balbo, *Tempi di Vita*):

"Il tempo per sé è il tempo che ciascuno si concede per il rapporto con se stesso, il tempo cioè dell'attenzione del sé al sé. E' un tempo in cui non si fanno i conti con l'immediato necessario, in cui si concede al tempo interno di riemergere, un tempo non scandito da necessità esterne (...). Non è un tempo facile né scontato, è un'abilità dell'io. Se volessimo disaggregare il concetto di tempo per sé e vedere i significati che esso assume oggi si potrebbe interpretarlo in almeno quattro direzioni:

- a) tempo di lavoro per l'intelligenza, per ricollegare i diversi territori e spazi del proprio operare, per interpretare coscientemente i dati dell'esperienza per non farsi stritolare da essi (...);
- b) tempo di riappropriazione del rapporto con l'altro non vessato dall'obbligatorietà (relazionalità come piacere e non come fatica);
- c) tempo per l'attenzione al corpo, ai messaggi che manda, all'immagine che trasmette, riconsiderandolo nella sua importanza e interezza;
- d) tempo dell'*otium*, il "tempo perso" dei latini che era tutt'altro che pigrizia o inerzia. E' piuttosto il rifiuto della fuga in un eccessivo attivismo e pragmatismo. E' un modo di essere caratterizzato da una quiete vigile e da una consapevolezza ricettiva, desta e sensibile. La capacità di essere come un *campo lasciato a maggese* (...).

In questa accezione il tempo per sé è un tempo che prepara il terreno (lasciandolo libero, appunto come un campo a maggese) a movimenti di automodificazione. Un tempo interno per definizione, ma che finisce - se gli viene dato spazio - per modificare i tempi esterni".

Riferimenti
bibliografici

Paolo Rigliano, *Famiglia e tossicodipendenza*
Paolo Rigliano, *Eroina, dolore, cambiamento*
Riccardo Gatti, *Lavorare con i tossicodipendenti*