

Cooperativa Sociale di Bessimo  
VENTI ANNI DI STORIA CON I TOSSICODIPENDENTI

COMPLESSITA' DROGA:  
I VOLTI DELLA TOSSICODIPENDENZA  
E LE RISPOSTE POSSIBILI

Atti del Seminario

INDICE

<b>PREMESSA</b> .....	<b>2</b>
<b>VENT'ANNI CON LORO</b> .....	<b>3</b>
<b>PRIMA PARTE: I VOLTI DELLA TOSSICODIPENDENZA</b> .....	<b>5</b>
RIFLESSIONI SUL FENOMENO TOSSICODIPENDENZA.....	5
VECCHI DISAGI, NUOVI BISOGNI.....	11
INDAGINE SULLE CARATTERISTICHE PSICOSOCIALI DEL TOSSICODIPENDENTE DETENUTO.....	17
DAL CURARE ALL' AVER CURA.....	31
TOSSICODIPENDENZA E SIEROPOSITIVITA' .....	34
IL MONDO INTERNO DEL TOSSICODIPENDENTE: ALCUNE CONSIDERAZIONI.....	49
<b>SECONDA PARTE: LE RISPOSTE POSSIBILI, DALLA STRADA AL REINSERIMENTO</b> .....	<b>59</b>
IL PROGETTO STRADA: DATI E INTERVENTI.....	59
IL CENTRO DI ACCOGLIENZA: COME E PERCHÉ .....	64
LA COMUNITA' TERAPEUTICA TRA MITO E REALTA' .....	67
INTERVENTI CON NUCLEI FAMILIARI.....	71
INTERVENTI CON RAGAZZE MADRI .....	74
INTERVENTI CON SOGGETTI PSICHIATRICI E CON LA DISINTOSSICAZIONE RESIDENZIALE .....	80
IL SERT E I PROGETTI INTEGRATI .....	87
IL REINSERIMENTO NELLE COOPERATIVE SOCIALI .....	90
<b>LA POLITICA DELLA COOPERATIVA SOCIALE DI BESSIMO</b> .....	<b>93</b>

**NOTA**

**Alcune relazioni non sono state riviste dagli autori.**

Si ringraziano *Andrea Lo Coco e Guido Bertelli* per il lavoro di verifica dei testi e di impaginazione.

Copertina di Pietro Era - INPUT - Milano.

Stampa: Tipolitografia Bressanelli - Manerbio.

## **PREMESSA**

di Armete Cominelli

Presidente della Cooperativa Sociale di Bessimo

Nel corso del 1996 la Cooperativa di Bessimo ha festeggiato i suoi venti anni di vita. Venti anni dalla apertura della prima comunità terapeutica, venti anni della sua storia con i tossicodipendenti.

La cooperativa ha promosso una serie di iniziative per stimolare una riflessione e un confronto sul tema di fondo del suo esistere: la tossicodipendenza.

Un'iniziativa che si è realizzata tra l'altro nell'organizzare due seminari svolti nell'anno 1996, sul tema "Complessità Droga".

Gli scritti riportati in questo libretto sono i contributi dei vari relatori che si sono avvicendati nelle due giornate.

Penso non sfuggirà a nessuno che il filo conduttore di queste relazioni è la complessità che il pianeta droga porta con sé, complessità a cui si può tentare di rispondere con una consapevolezza dei propri limiti ed una forte attenzione alla continua evoluzione della realtà letta con gli occhi dell'esperienza.

## **VENT'ANNI CON LORO**

di Don Redento Tignonsini

Fondatore della Cooperativa Sociale di Bessimo

Luglio 1976. Ero da poco tornato dall'Africa, dopo circa sette anni di esperienza con i nomadi del deserto e dieci anni di vita pastorale in una parrocchia. Per pura occasione incontrai qualcuno di loro : “i drogati”, come comunemente erano segnati. Alcuni di essi disperatamente attivi, altri disperatamente stanchi di quella vita, se “vita” la si poteva e la si può chiamare.

Su giornali e riviste poco se ne parlava e solo per episodi di cronaca nera. Per la gente erano dei “poveri disgraziati”, portatori di disgrazia e da tener ben lontano. Mi incuriosirono, mi interessarono perchè uomini, perchè giovani, perchè sono, pure, miei fratelli. E nasce così la prima casa a Bessimo di Rogno per ospitarli, per tentare insieme qualcosa di diverso e insegnare loro che la vita non fosse poi così amara.

Era ed è stato interessante il tempo trascorso in conversazione con loro sulla strada, in piazza. C'era da conoscere, capire, correggere opinioni e giudizi. Tante ore passate con loro nella Piazzetta del Vescovado, per loro, punto di ritrovo, di incontri, di scambi, di smercio, di “residenza”, di confronti ed anche della loro cultura: “Siamo contro lo stato sociale così com'è e la droga è il segno del nostro rifiuto”. Erano gli anni di partenze e di ritorni da viaggi in paesi di tutt'altra cultura sociale: il mito dell'oriente.

La maggior parte, usava eroina come scontro e protesta alla società. Altri, pochi, usavano anfetamine e cocaina per potersi sentire vivi, non potendo e non sapendo farne a meno di una società fatta da adulti di cultura capitalistica, di arrivismo economico e di potere.

Ma, loro, erano degli ingannati. Usando droga come segno di autoconformismo, si autodistruggevano ed era proprio quello che volevano quegli adulti, politicamente interessati a “far fuori” coloro che ancora avevano velleità sociali, in coda al movimento del '68 .

Ma l'uomo è e può sempre essere libero nonostante gli avvenimenti, le cose, le organizzazioni, gli altri. E così, per liberarsi dalla droga, non ci fu e non c'è altra via che liberare l'uomo che ognuno porta in sé. Ma quale uomo, con quale libertà?

E, con l'ideale della libertà, ecco gli anni ottanta della tossicodipendenza, che ha schiavizzato tanti giovani, militanti nei vari movimenti, imperniati sull'esistenzialismo, su un naturismo senza leggi, senza regole. Sono gli anni dei “tossici” allo scoperto, con il cielo per tetto, con il marciapiede per sedile, la strada per conversare.

Ma, ancora e sempre, come i primi, in cerca di qualcosa per riempire i propri vuoti, per far tacere le proprie insoddisfazioni. E così il tutto, comodo e subito, ancora

e sempre ad aspettare, a cercare qualcosa che doveva venire dal fuori del Sè: cambino le cose, cambino le situazioni, cambino gli altri, senza pensare, accettare e vivere la fatica di cambiare se stessi.

Mentre tanti adulti, tanti genitori in testa, a buttarsi sul sempre più guadagno economico, ad offrire soluzioni comode, a sostituire bambini ed adolescenti nella Loro imprenditorialità.

Tutto e di più, se possibile, per soddisfare degli scontenti ed affermare: “Non vogliamo che soffrano quello che abbiamo sofferto noi, abbiano tutto ciò che non abbiamo avuto noi, che crescano belli e bravi ed al resto ci pensiamo noi”.

E poi le letture fatte, dagli studiosi, sulla cronaca nera tra i nostri giovani: la caduta dei valori. I sociologi, nei loro vari articoli, definiscono tanti adolescenti di oggi : “conformisti nell’anticonformismo, immobili, infantilizzati, asintomatici e narcotizzati, incapaci di rispondere alle due domande fondamentali per ogni essere umano che si affacci alla vita e ne voglia gustare lo splendore:

- Chi sono io?

- Che cosa ci faccio nella vita? “

Ed ecco la malattia, l’epidemia che colpisce sempre più adolescenti e giovani: la solitudine e, di conseguenza la depressione. Confusi, scontenti ed incapaci di stare bene con se stessi e, quindi, con gli altri. Sono gli amici di tanti giovani debosciati, senza grinta, senza imprenditorialità, senza proteste, senza scioperi, perchè adeguati, rassegnati, clonati dagli adulti.

Ma la spinta vitale c’è in tutti e per chi non ha imparato a seguirla nella sua pienezza, non resta che farsi sostituire e la “droga”, resta la “mamma” sempre fedele alla risposta, ti fa vivere se non vuoi morire, mentre resta il vecchio detto: uccidersi per non morire.

Nell’aprire la porta nel ‘76, la prima comunità della Cooperativa di Bessimo scriveva: “Offrire la possibilità di veder più chiaro nella propria vita, riappropriandosi delle capacità intellettive e di critica, per poter fare ed approfondire scelte di vita, con l’impegno di ogni giorno e nel reciproco rispetto..”

Da protagonisti nelle scelte di “VITA” positiva, perchè ogni uomo si realizzi come tale. Così, dai primi passi, così per vent’anni e la storia di oltre duemila giovani con le loro famiglie ci hanno dato ragione.

## **PRIMA PARTE: I VOLTI DELLA TOSSICODIPENDENZA**

### **RIFLESSIONI SUL FENOMENO TOSSICODIPENDENZA**

di Armete Cominelli - Presidente

#### **PREMESSA**

La tossicodipendenza in questi anni è diventata un fenomeno sempre più complesso e dalle molte facce. Se nonostante il perdurare del fenomeno negli anni alcune di queste non sono ancora ben delineate (come tutto il cosiddetto fenomeno del sommerso, di cui si stenta a percepirne i contorni), è pur vero che alcuni di questi aspetti sono ormai evidenti. E' appunto su questi che intendiamo esprimerci.

La nostra storia di venti anni di esperienza nella presa in carico di persone tossicodipendenti in diversi percorsi riabilitativi individuali (oltre 2.000 persone accolte e seguite in programmi terapeutici) e la costante collaborazione con il servizio pubblico ci porta a considerare il fenomeno tossicodipendenza come una popolazione a tutti gli effetti.

Infatti ormai da parecchi anni accanto al singolo soggetto tossicodipendente (maschio / femmina) vi sono interi nuclei familiari (spesso con figli) dove entrambi i partner sono tossicodipendenti, come pure ragazze madri tossicodipendenti.

Questa popolazione manifesta inoltre aspetti multiproblematici quali la prostituzione (maschile e femminile), la delinquenza o la microcriminalità, la sieropositività e l'AIDS, la detenzione in carcere, la presenza di patologie psichiatriche, la ripetizione di più percorsi riabilitativi seguiti da fallimenti e ricadute.

#### **ALCUNI DATI<sup>1</sup>**

Nel primo semestre 1996 erano in carico presso i SERT delle USSL italiane 90.278 tossicodipendenti, di cui 36.639 (pari al 40,5%) in trattamento con farmaci sostitutivi, mentre le strutture del privato sociale ne seguivano 22.632.

Nella sola Regione Lombardia i SERT avevano in carico, nello stesso periodo, 14.730 tossicodipendenti, di cui 6.036 (pari al 40,9%) in trattamento con farmaci sostitutivi, mentre le strutture del privato sociale ne seguivano 3.685.

Si è inoltre registrato un aumento dei decessi per overdose, passati dai 504 del primo semestre 1995 ai 572 del primo semestre 1996. Nella sola Regione Lombardia si è passati da 91 a 116 decessi negli stessi periodi.

---

<sup>1</sup> Fonte: "Osservatorio Permanente sul Fenomeno Droga" - Direzione Centrale per la Documentazione "Settore Problemi e Servizi Sociali" Ministero dell'Interno - Bollettino 07/10 dell'Ottobre 1996.

Dei 49.000 detenuti presenti nelle carceri italiane 15.000 sono tossicodipendenti<sup>2</sup>. In Lombardia dei 6.903 detenuti, 1.948 sono tossicodipendenti (pari al 28,2%), di cui 83 in trattamento metadonico (pari al 4,2% dei detenuti tossicodipendenti)<sup>3</sup>.

Sempre in Lombardia a fine 1996 vi erano 953 tossicodipendenti in misura alternativa (affidamento ordinario e per tossicodipendenti al servizio sociale, detenzione domiciliare)<sup>4</sup>.

Rimane inoltre costantemente elevata la percentuale di tossicodipendenti sieropositivi e in AIDS.

### LE RISPOSTE POSSIBILI

A fronte di un versante delle problematiche legate alla tossicodipendenza che appare sempre più complesso si assiste a un intervento ancora poco omogeneo e in forte ritardo.

Il panorama del piano **informativo e preventivo** mostra come in generale ci si sia mossi intorno ai due temi della infezione da HIV e del dibattito su legalizzazione/depenalizzazione delle droghe leggere. Oltre che a livello politico, su questi temi si sono sviluppati una serie di dibattiti e riflessioni sia tra i servizi pubblici che nel mondo del privato sociale.

Tuttavia a farla da padrone sembrano essere ancora le diverse ideologie, a discapito di una corretta analisi dei problemi e di una programmazione di interventi adeguati.

Anche rispetto alle cosiddette nuove droghe (ecstasy e nuove sostanze chimiche immesse sul mercato) il dibattito sembra svilupparsi più a livello ideologico che di confronto costruttivo coinvolgendo le diverse agenzie educative.

Sul piano dell'**intervento riabilitativo** si osserva come questo sia ancora per molti versi strutturato rigidamente tanto nel pubblico come nel privato sociale. Infatti le risposte sul versante USSL sono quasi esclusivamente di presa in carico ambulatoriale, mentre nel privato si limitano spesso a inserimenti in strutture residenziali o semi-residenziali.

In generale questa presa in carico è centrata esclusivamente sul singolo soggetto, mentre da diversi anni è presente in modo significativo il fenomeno di ragazze, coppie e nuclei familiari di tossicodipendenti con figli che chiedono un percorso riabilitativo. Siamo profondamente certi che sia importante l'inserimento del minore in un contesto adatto e strutturato per garantirgli il soddisfacimento di bisogni primari, mantenendolo vicino alle figure genitoriali, che stanno seguendo un percorso

---

<sup>2</sup> Fonte Ministero Grazia e Giustizia 1996.

<sup>3</sup> Fonte Provveditorato Regionale Lombardia del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Ministero di Grazia e Giustizia aggiornato al 31.12.96.

<sup>4</sup> Fonte Provveditorato Regionale Lombardia del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Ministero di Grazia e Giustizia aggiornato al 31.12.96.

riabilitativo, realizzando inoltre interventi formativi sulla coppia o sulla madre, in relazione alla crescita e alla formazione del bambino, sia una strada che vada perseguita.

Paradossalmente nessuna normativa o disposizione nazionale o regionale entra nel merito di questo tipo di presa in carico, nè in relazione alle figure necessarie per realizzarla, lasciando alla libera iniziativa delle singole realtà operative la programmazione e la gestione di interventi complessi come questo.

Accenniamo soltanto al problema dei tossicodipendenti detenuti, ricordando che mentre i detenuti definitivi possono utilizzare le misure alternative disposte dal Tribunale di Sorveglianza, una parte di questi soggetti è reclusa in custodia cautelare disposta dai GIP (Giudici Indagini Preliminari) ed è in attesa di giudizio. Questi soggetti potrebbero essere inseriti in Comunità Terapeutiche con il vincolo degli arresti domiciliari, consentendo una presa in carico che ottimizzi il percorso riabilitativo con lo sconto della pena.

Di fatto sono molto poche in Italia le Comunità Terapeutiche disponibili alla presa in carico di questo tipo di utenza, nonostante le molte richieste dei SERT, perchè, oltre alle comprensibili limitazioni di movimento disposte dal Magistrato, la normativa prevede che la retta per le comunità sia di competenza dell'Amministrazione Penitenziaria (anzichè delle USSL di residenza) ed erogata direttamente dal Ministero. Inoltre la retta è ad oggi di sole £ 40.000 giornaliere, a fronte della retta USSL che mediamente si attesta sulle 67.000 lire (per le comunità psicoergoterapiche).

Altro problema emergente è dato dall'aumento di richieste da parte dei SERT e dei CPS di soggetti tossicodipendenti con manifestazioni di patologie psichiatriche (border-line e psicotici), di soggetti che si avvicinano alla sostanza stupefacente come compensazione di problemi già esistenti e di tossicodipendenti che manifestano successivamente tali patologie.

Notiamo che questa tipologia di soggetti collocandosi sul confine tra manifestazioni tossicomane e psichiatriche è spesso "scaricata" tra i diversi servizi di base. D'altra parte sono rarissime le comunità terapeutiche in grado di farsi carico correttamente di questi soggetti, che spesso richiedono di associare al programma terapeutico un trattamento farmacologico di sostegno e uno specifico intervento specialistico.

Nella nostra faticosa esperienza su alcuni soggetti, seguiti con CPS e SERT di competenza, ci rendiamo conto della necessità di un accompagnamento costante che esula dal percorso classico di recupero e reinserimento e della necessità di figure adeguatamente formate per la gestione di questi casi.

Assistiamo al ritardo dell'attivazione di servizi a bassa soglia rivolti a tossicodipendenti che, pur non avendo ancora maturato l'idea di un cambiamento, sono abbandonati a loro stessi e costituiscono un rischio elevato per l'esistenza propria (overdose, malattie infettive) e altrui (microcriminalità, possibilità di contagio).

A nostro avviso questo ritardo è più legato a diatribe sulle politiche di riduzione del danno che sulla necessità di interventi seri mirati a questa fascia di utenza.

Infine, rispetto al delicato momento del reinserimento al termine del percorso riabilitativo, si osserva che con enormi difficoltà e carenze questo importante momento viene seguito dai SERT e dalle comunità di provenienza del soggetto.

Limiti oggettivi sono la rigidità del servizio pubblico rispetto all'intervento sul territorio e la mancanza di copertura economica per le realtà del privato sociale che si scontrano con la concezione di retta "onnicomprensiva", generalmente applicata con il criterio di vitto - alloggio - prestazioni.

Ci riferiamo in particolare a tutti quei programmi di sostegno che gli operatori realizzano sul territorio per alcuni mesi dopo il distacco dalla Comunità Terapeutica (incontri periodici col soggetto e con la famiglia, verifica con il SERT dell'andamento della fase di rientro nell'ambiente sociale, amicale e familiare, appoggio nell'inserimento lavorativo, ecc.).

Tali interventi, difficilmente realizzabili dai SERT (che lavorano per lo più in forma ambulatoriale e in orari d'ufficio), richiedono alle comunità che li realizzano notevoli costi di personale e relativi alle trasferte, collocandosi di fatto nella fascia di programmi a carattere "domiciliare".

Una differenziazione della retta che potesse distinguere in modo più specifico gli ambiti "terapeutici" da quelli assistenziali o di sostegno dando la possibilità di accedere anche a una parte della stessa (solo pernottamento, solo pasto, solo interventi di sostegno) permetterebbe la realizzazione di interventi diversificati e - nel caso specifico - garantirebbe la copertura degli interventi legati a questo delicatissimo momento del reinserimento.

Sul piano **normativo e istituzionale** assistiamo a un grave ritardo delle Regioni nel recepimento e nella realizzazione di politiche sulle tossicodipendenze.

La Regione Lombardia, ferma a una legge regionale del 1988 che prevedeva un Progetto Obiettivo che pianificasse bisogni e interventi mai realizzato, ha definito nel 1990 degli standard strutturali e funzionali che non comprendono molte nuove tipologie di servizi. Ugualmente non è ancora stato recepito l'Atto d'intesa, non è ancora stata realizzata l'operazione di riqualifica del personale operante nelle comunità terapeutiche, nè è stato approntato l'Albo definitivo degli Enti Ausiliari. Questi ultimi si trovano ora scoperti di convenzioni con le USSL senza avere alcuna chiarezza circa il nuovo regime di accreditamento previsto dalla normativa.

Sul fronte nazionale la decadenza dei decreti legge che regolavano l'erogazione di finanziamenti sul Fondo Nazionale Lotta alla Droga ha paralizzato fino alla prossima approvazione del disegno di legge di sanatoria l'avvio di progetti sia relativamente al 1993 (approvati ma con erogazione bloccata presso le Prefetture), che al 1994/95 (8.000 progetti di cui 3.500 ancora da esaminare), che al 1996 (di competenza delle Regioni).

Evidenziamo ancora la necessità di una efficace **integrazione di più servizi** nella realizzazione dell'intervento terapeutico su soggetti tossicodipendenti. Oltre al SERT dell'USSL di provenienza, che propone e collabora sul caso, spesso lo stesso soggetto è seguito da altri servizi, ciascuno per la propria competenza. In questa logica si può arrivare a casi estremi in cui nel programma terapeutico dello stesso soggetto sono coinvolti il SERT territoriale, il Centro di Servizio Sociale per Adulti per la misura alternativa, il Servizio Sociale per i Minori in relazione alla presenza di figli, e ovviamente la comunità dove si trova il soggetto.

L'aspetto problematico è la visione quasi sempre settoriale da parte dei diversi servizi in relazione al programma terapeutico del soggetto: ad esempio il C.S.S.A. esercita una mera funzione di controllo sulla pena da scontare, mentre il Servizio per i Minori si preoccupa esclusivamente della condizione del figlio.

Se molti servizi collaborano e si integrano positivamente con l'intervento della Comunità Terapeutica, spesso allo stesso intervento concorrono logiche diverse e al soggetto confluiscono informazioni e indicazioni anche contrastanti. Anche se può sembrare strano, la comunità terapeutica che realizza nel quotidiano l'intervento sul soggetto è considerata la meno titolata a esprimersi nella conduzione del caso.

Tutta da affrontare la questione della **valutazione dei risultati dei programmi terapeutici** e delle diverse metodologie messe in campo. Pur consapevoli della difficoltà in genere di effettuare valutazioni sugli interventi immateriali, riteniamo estremamente importante definire degli indicatori comuni sui risultati dei percorsi terapeutici realizzati nel pubblico e nel privato.

## LA QUESTIONE DELLE DROGHE LEGGERE

Pur non considerando questo come l'elemento centrale del fenomeno della tossicodipendenza, riportiamo qui alcune considerazioni espresse nel documento del C.N.C.A. alla cui stesura abbiamo attivamente partecipato.

*“Le prime questioni sul tappeto diventano allora di portata più ampia, ed escono dalla diatriba sui soli cannabinoidi:*

- la dissuasione attuata con campagne intelligenti e un coinvolgimento più responsabile dei mezzi di comunicazione (per inciso, l'immagine “positiva” degli alcolici è enormemente favorita dal tipo di pubblicità che si consente di trasmettere e pubblicare);*
- l'aumento della consapevolezza dei rischi provenienti dalla cannabis, come da altre sostanze legali (alcool, tabacco, psicofarmaci);*
- la separazione giuridica del trattamento di droghe leggere e droghe pesanti;*
- la depenalizzazione del consumo di tutte le sostanze;*
- l'allontanamento dei consumatori dal normale circuito dello spaccio.*

*Tutto ciò richiede altresì un lavoro a lunga scadenza per modificare l'atteggiamento dell'opinione pubblica, che oggi stigmatizza e “etichetta” allo stesso modo chi si inietta eroina e chi fuma lo spinello. Non è quindi pensabile ridurre oggi il problema solo a un “sì” o un “no” alla legalizzazione, come sempre più si viene forzati a fare. Occorre dialogare, senza ideologismi tra le varie posizioni, e ogni*

*proposta di sperimentazione graduale deve prima misurarsi con pericoli concreti che vanno dal possibile allargamento del mercato, alla tutela dei minori, all'impatto sulla popolazione."*

## **VECCHI DISAGI, NUOVI BISOGNI**

di Riccardo De Facci

Responsabile nazionale per le tossicodipendenze del C.N.C.A.

(Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza)

La tossicodipendenza è sempre stata, in questi anni e soprattutto per chi ci lavora, campo di interessi che spesso vanno al di là della sofferenza delle famiglie e delle persone con le quali noi andiamo a lavorare; più volte si è trattato di un banco di lancio politico, di immagine di qualcuno, più che di un reale confronto per quelli che sono i problemi che hanno le persone che stanno affrontando questa situazione.

Questo come premessa, in quanto credo che nei prossimi mesi una scommessa con alcune delle realtà del CNCA sarà quella di registrare alcune delle affermazioni per capire come verrà detto di tutto e il contrario di tutto e qualche volta al di sopra degli operatori, delle persone delle loro famiglie e soprattutto del territorio che questi problemi sta affrontando. Utilizzerò come base per questa riflessione un documento che verrà pubblicato dal CNCA nei prossimi mesi.

Inizierei da alcune riflessioni legate ad un cambiamento. Ci sono delle parole d'ordine che hanno accompagnato il parlare di tossicodipendenza: il tossicodipendente non ha diritti, non capisce assolutamente nulla, qualcuno deve decidere per lui; ingiunzioni alle famiglie ormai diventata "tecnica di lavoro" come: "buttateli fuori casa", "devono toccare il fondo prima di poter incominciare qualsiasi percorso", parole d'ordine che hanno segnato non solo il nostro modo di operare ma sicuramente anche il vivere di queste persone.

Quello che noi raccogliamo sono dati, per alcuni aspetti sicuramente drammatici. In questo senso, altre parole d'ordine erano le accuse, rivolte a chi lavora in questo settore, di essere professionali ma assolutamente poco motivati e distanti ("quelli là non fanno nulla") e un privato sociale che da anni si è sentito ripetere "voi avete molta motivazione ma voi e la professionalità non c'entrate granché"; oppure accuse di assassinio perché contattare i tossicodipendenti per strada è quasi legittimare quello che stanno facendo.

Ci sono inoltre le grandi battaglie ideologiche, schieramenti durissimi, basta citare le grandi battaglie sul metadone. Tutta una serie di elementi che trasformavano degli strumenti di azione e di intervento in elementi principali di una discussione. Forse come CNCA ci stiamo stancando di non riuscire mai a riflettere sui contenuti e sulla progettualità rispetto a questi temi, gravi e pesanti. Una serie di realtà e di modalità con cui è stato affrontato il problema ci ha obbligato a ragionare su una modalità operativa, che ha "poco abitato il tempo", come usa dire don Luigi Ciotti, forse vogliamo ricominciare a riabitare il tempo e i luoghi della fatica delle persone.

Siamo sempre più schiacciati in una modalità di una vita quotidiana, data dal tempo del "tutto e subito" per cui io desidero qualcosa e sono abituato ad averla. Quello che noi proponiamo sono invece modalità legate al tempo dell'ascolto, al

tempo della prima consulenza, la non sostituzione della persona nelle sue scelte, la promozione dell'altro sulle scelte consapevoli.

Ci abitua ad un tempo del "voglio-posso": se voglio qualcosa automaticamente la posso avere; basta osservare la pubblicità in TV verso le 16-17 si assiste sempre più ad una pubblicità rivolta ai ragazzini che diventano obiettivo diretto di quella pubblicità perché il ragazzino può spendere, trattato come se fosse un adulto consapevole e quindi sempre più un'immagine del "se io voglio qualcosa lo posso avere automaticamente". Quello che noi proponiamo è la possibilità di una scelta consapevole tra opportunità diverse, è il darsi il tempo della scelta, è la consapevolezza che talvolta le scelte significano anche percorso individuale, e quello che noi proponiamo talvolta è la qualità della scelta.

Questo è un po' il tempo delle semplificazioni: esiste un problema, ma qualcuno ha già pronta una soluzione più semplice. Questi spot televisivi e queste modalità di affrontare i problemi per cui qualcuno di noi rifiuta di andare in televisione perché in alcune trasmissioni non è più possibile riflettere, non c'è il tempo della riflessione, bisogna dare subito una risposta. E' sempre di più quello che noi ritroviamo nei nostri servizi, nei nostri incontri, quello che noi chiamiamo un fenomeno complesso, articolato, difficile. Come far stare insieme questo elemento di complessità, di fatica individuale, di anni e anni di percorso, con quello che è la nostra voglia di accompagnare questo percorso?

Ciò implica un grave rischio, ed è un primo allarme su cui io credo dobbiamo lavorare: questo disagio che prima aveva dei volti quasi simbolici - il tossicodipendente un po' classico, storico, quasi politicizzato da anni ottanta, un po' emaciato, da stazione - di più si è sempre più trasformato. Sempre di più il disagio che noi stiamo affrontando è un disagio che sta diventando fisiologico di alcune nostre strutture, di alcune nostre aree urbane; sempre di più quella tossicodipendenza è il disagio conclamato di forme di difficoltà e fatiche molto più diffuse.

E chi è genitore o insegnante o educatore, in questa fase, sa benissimo quale sia la fatica di lavorare non solo sulla tossicodipendenza, ma con un'adolescenza in questo momento assolutamente spiazzata. Per questo la nostra parola d'ordine è che lavorare in questo momento sulla tossicodipendenza ha la complessità come presupposto. Gli anni ottanta ci hanno abituato ad impostazioni rigide, ideologizzate, quasi battaglie campali che si combattevano nei dibattiti televisivi, come se qualcuno dovesse uscire come vincente, con un'unica possibile soluzione che sembrava risoltrice. Sono circa vent'anni che parliamo di tossicodipendenza e il fenomeno non l'abbiamo sconfitto, ma è sicuramente cambiato.

Credo che chi voglia interrogarsi debba chiedersi che senso hanno avuto quelle battaglie combattute da noi, ma che hanno lasciato sul territorio molti morti. Non solo le morti di overdose, ma anche le morti delle persone in AIDS, le morti di una serie di relazioni, le morti di un modo di prospettare il cambiamento. A differenza di alcuni guru televisivi, che a fine anni ottanta ritenevano che il problema della tossicodipendenza potesse risolversi in un attimo, le nostre realtà, Bessimo e altre,

dicevano che il percorso è lungo. E questo ha portato poi ad un'ipotesi tipica degli anni ottanta, che io chiamerei comunità centrica: le comunità terapeutiche hanno cominciato a ritrovarsi quasi come unica risposta a un problema che invece nel territorio era estremamente forte, difficile.

Una comunità che ha lavorato su una dipendenza da eroina, ma ha lasciato sul territorio tematiche che in questo momento stanno esplodendo rispetto alle nuove sostanze, ai pluriconsumi, alle nuove utenze, ma questo lo rivedremo. Quello che vorrei dire è che dobbiamo ricominciare una riflessione che rimetta in campo anche le nostre unità di offerta, le nostre certezze, perchè quello che abbiamo di fronte non è più un fenomeno così unico, ma ha una serie di elementi molto diversi tra loro e ne citerò alcuni. Nel campo della tossicodipendenza non esistono dati perlomeno ufficiosi che cerchino di quantificare qual è il fenomeno della tossicodipendenza sul territorio nazionale.

Chiunque di noi partecipi a dibattiti in televisione a seconda della persona o della correnti di pensiero, sentirà cifre completamente diverse. Sentirà parlare di duecento-duecentocinquanta persone interessate dal fenomeno, ma si parla anche di mezzo milione di persone. Il ministero dice almeno 150.000 o 200.000. Addirittura i due osservatori esistenti in Italia, quello del ministero degli Interni e quello degli Affari Sociali, danno stime completamente diverse. Forse stiamo parlando di qualcosa che non conosciamo del tutto, eppure sono decenni che stiamo lavorando su questo. Si pensi che attualmente si parla di un numero intorno alle 250-300 mila persone.

Dò dei numeri che poi dovrebbero aiutarci a ragionare su una serie di fenomeni. L'anno scorso hanno avuto accesso ai nostri servizi circa 110 mila persone. Accesso significa che hanno chiesto almeno un minimo contatto. Significa che stiamo parlando di un terzo del fenomeno. In Lombardia, sicuramente la regione più attiva da questo punto di vista, il numero supera le 120 mila persone: questo apre un primo dato rispetto a dove finiscono le altre 150 mila persone: il famoso sommerso, quello che troviamo nelle strade.

Chi lavora in strada, chi fa dei lavori di primo approccio sa benissimo che in strada noi ritroviamo almeno il 50% della persone che non ha, almeno in tempi recenti, avuto contatto con i servizi o con il privato sociale. Questo non vuole essere un attacco al pubblico o al privato, le premesse dicono che siamo tutti in un percorso di riflessione comune. Di queste 110 mila persone, un terzo sono state contattate dai servizi per somministrazione di sostanze sostitutive, parliamo del metadone, e sono agganciate dal servizio un terzo di questo dato, quindi un numero piuttosto notevole. Però i progetti di integrazione alla somministrazione di metadone esistenti in Italia non superano un paio di decine (almeno di quelli ufficiali).

Di questi 110 mila, le persone arrivate alle comunità terapeutiche non superano le 20 mila, il dato ufficiale è intorno alle 15 mila. Esistono poi una serie di realtà, anche nella vostra provincia, che definirei vergognose è già un complimento, che sono al di fuori di qualsiasi regola e di ipotesi terapeutica per cui comunità terapeutica è

accogliere un ragazzo e metterlo a lavorare in una fabbrica della zona senza nessun altro tipo di supporto. Credo che questo ci debba far riflettere. In Italia non ancora tutte le USL hanno attivato il servizio per le tossicodipendenze; esistono servizi per le tossicodipendenze con un bacino d'utenza di 200-300 persone, in cui lavorano 3 persone che complessivamente dedicano 18 ore la settimana al servizio.

Un altro elemento da prendere in considerazione è l'età dei soggetti coinvolti. Sempre di più vengono avvicinati ragazzini di 14-15 anni, non solo per una logica del consumo, ma spesso in una logica dello spaccio: il famoso "cavallo" della piazza che è quello che con il motorino porta la dose, a cui si garantisce 100-200 mila lire facili. Tale fenomeno, visto l'alto tasso di disoccupazione, è presente soprattutto al Sud. Il ragazzino, dapprima piccolo spacciatore, diviene presto a sua volta consumatore.

Un altro dato, in Italia non ancora molto presente ma già ben presente in Olanda o in GB, è che in concomitanza con lo spaccio delle "nuove droghe" (ecstasy, ecc.) si tende a regalare anche un po' d'eroina, che allevia l'effetto ansiolitico delle prime. Dietro c'è sicuramente una logica di mercato. Un altro dato è che negli USA, dove alla fine degli anni ottanta l'uso dell'eroina era calato a favore della cocaina, si è ultimamente riscontrato un esorbitante ritorno all'uso dell'eroina stessa: eroina che viene sempre più spesso utilizzata come droga domestica da utilizzare il fine settimana per calmare le ansie.

Si è detto prima che l'età in cui ci si avvicina alla droga è diminuita. D'altro canto si è però anche alzata: chi arriva ai nostri servizi ha spesso trent'anni, trentacinque, con alle spalle anni di tossicodipendenza - le cosiddette "figure storiche" - che hanno spesso famiglia, figli.

Come terzo dato, possiamo osservare che la tipologia del consumo è cambiata. Sempre meno spaccio diffuso (giardinetti, piazze, ecc.), più spaccio specifico (in appartamento, ordinazioni con il telefonino). Sempre più eterogenee sono le persone che cominciano a fare uso di eroina. Numerosa la casistica di chi arriva all'eroina in età non più giovanissima: è sempre maggiore il numero di coloro che, a quarant'anni, provano l'eroina arrivando dal consumo di altri tipi di droga. Fenomeno recente è quello degli extracomunitari che oltre che spacciatori divengono sempre più spesso consumatori.

Altra tematica dirompente è quella dell'HIV, su cui so che altri relazioneranno. Pensate però come l'HIV ha segnato le nostre comunità.

Altro elemento importante è legato alle modalità del consumo. Si consuma in maniera diversa. A parte il tossico da piazza che ha ormai una sua cronicità, si assiste sempre più ad un "pluriconsumo", cioè l'uso contemporaneo di diverse sostanze mescolate tra loro. L'eroina sempre più impiegata come droga "tranquillizzante" nei confronti dell'ansia della vita, viene presa da quei soggetti che fanno uso di eccitanti (anfetamine, cocaina, ecc.). Dobbiamo considerare il problema della droga come un problema culturale e sociale di cui deve essere investita l'intera società, che non può essere affidato né delegato a singoli gruppi, seppur bravi che siano.

Vorrei utilizzare gli ultimi 5 minuti per approfondire due temi. Il primo di questi è relativo alle nuove sostanze. L'unica ricerca italiana è stata realizzata da un SERT con circa 200 soggetti. Da un punto di vista biochimico sono sostanze molto pericolose, riescono a toccare due elementi forti della psicosi dei giovani. Rispondono ad una domanda di maggiori prestazioni: il giovane si vuole sentire forte, sicuro: i deboli non hanno spazio nè in televisione nè nei gruppi.

L'altro dato è la domanda della relazione, la voglia di star bene con gli altri e di sentirsi accettati, di poter vedere la vita in maniera positiva. Si tratta per lo più dei cosiddetti giovani normali, che investono le 150 mila lire durante il fine settimana per poter soddisfare la voglia di relazione. Un'ultima riflessione. La nuova legge 309 ha stabilito la regionalizzazione dei fondi che ha portato in Lombardia 23 miliardi. Tale denaro è stato accreditato a fine agosto e deve essere aggiudicato a fine aprile. Immaginatevi cosa si sta scatenando su questi soldi e su questi progetti.

Vi faccio una battuta, sugli ultimi finanziamenti sull'art.16 per i progetti sperimentali: una delle richieste era di circa 2 miliardi per un progetto sulle realtà virtuali, cioè un viaggio all'interno delle comunità terapeutiche. In pratica volevano acquistare 2 miliardi di macchinari con un progetto ridicolo di due pagine. La regionalizzazione può portare molteplici risultati positivi! In primo luogo è possibile una più attenta lettura del territorio in modo da poter costruire progetti più mirati al bisogno che quel territorio esprime (speriamo finiscano quei 140 progetti presentati assolutamente uguali su tutto il territorio nazionale da parte di qualcuno delle realtà nazionali, assolutamente uguali da Canicattì a Bolzano. Bisogna uscire da questa stupida contrapposizione su cui ci hanno portato anni di ideologizzazioni molto spesso strumentali e fittizie. Un secondo elemento, questo un po' meno positivo riguarda la riorganizzazione della USL e del servizio sanitario che sta producendo anche dei grossi danni, perchè spesso molti dei nostri servizi vengono misurati sotto l'aspetto economico della resa, e allora si decide di mandare delle persone in comunità o non mandarle semplicemente a seconda della disponibilità della USL o per posizioni preconcrete.

Sono dati provati, ma credo che possa essere comunque utile ripensare in modo forte a un servizio per le tossicodipendenze, che da parte nostra possa diventare come proposta un reale dipartimento delle dipendenze. Che quindi possa articolare servizi diversi, che vanno dall'alcool a tutte le tematiche delle droghe leggere che non ho affrontato, ma che sicuramente rappresentano un problema sociale, alle dipendenze più gravi rispetto alle nuove sostanze. L'altro elemento è una riflessione che sta cercando di ottimizzare e di regolamentare le comunità terapeutiche, l'atto d'intesa Stato-Regione che inizia a dare delle prime regole, da migliorare, su cui riflettere, ma che comincia a chiedere una professionalizzazione, delle verifiche. Credo che questa potrebbe essere una grossa occasione per riflettere insieme su quali servizi.

Sicuramente tutte le nuove tematiche e le esperienze che molte delle nostre realtà stanno facendo: molte sono le nuove frontiere: il lavoro di strada, tutta questa filosofia di riduzione del danno, ma non soltanto; tutti questi progetti di bassa soglia

che aumentano l'accesso e di cui le nuove progettazioni sembrano avere un discreto spazio, avere una certa attenzione.

E infine due elementi su cui credo non possiamo più aspettare. Uno: la tematica carceraria. La situazione all'interno delle carceri è scandalosa, soprattutto quella relativa ai tossicodipendenti. I dati ci dicono che abbiamo da anni la possibilità di strutturare servizi tra l'esterno e l'interno del carcere, ma chi lavora in questo campo sa benissimo la fatica di poter entrare in strutture come quelle.

Per ultima tutta la tematica AIDS che riguarda sia il carcere al suo interno che l'inapplicabilità in questo momento di una serie di indirizzi che sono il poter ricostruire servizi anche sulla tematica AIDS sul territorio, fondi in questo momento ancora fermi, assistenza domiciliare che raramente riesce a partire, strutture di piccola residenzialità del territorio in molte situazioni ancora pochissimo supportate o addirittura in qualche momento ostacolate non solo dalla popolazione, ma anche dai servizi.

## **INDAGINE SULLE CARATTERISTICHE PSICOSOCIALI DEL TOSSICODIPENDENTE DETENUTO**

Dott. Carlo Alberto Romano

Criminologo, dottore di ricerca in medicina legale, Prof.a.c. Università degli Studi di Brescia Facoltà di Giurisprudenza e Giudice Esperto Tribunale di Sorveglianza di Brescia.

### INTRODUZIONE

Da sempre l'uomo ha cercato di migliorare la propria esistenza attraverso l'ausilio di sostanze alle quali attribuiva un carattere di dono più o meno divino. Esse dovevano servire per guarire le malattie, migliorare le prestazioni, indurre euforia, permettere il raggiungimento di livelli estatici di comunicazione con la realtà trascendentale, lenire il dolore, stimolare l'umore, accentuare le potenzialità percettive e agevolare innumerevoli prerogative di matrice magica o comunque soprannaturale.

Con il trascorrere del tempo e l'aumentare delle conoscenze, buona parte di queste esigenze sono state esaudite mediante metodiche definite dalla scienza.

Rimane invece nella storia attuale la tendenza dell'uomo ad assumere sostanze esogene per scopi voluttuari, cioè indipendenti da finalità terapeutiche e rivolti ad una specifica volontà di agire sulla psiche e sul fisico.

Queste sostanze si definiscono droghe. Il termine etimologicamente ci riporta alle spezie e ai medicinali con azione stimolante sulla mente o sul corpo.

Si usa frequentemente riferirsi alla distinzione fra droghe lecite ed illecite, intendendo con le prime sostanze la cui commercializzazione è consentita dalle leggi di uno stato e con le seconde sostanze vietate da apposite norme.

Il concetto di liceità/illiceità è dunque un concetto relativo, mutevole in base a parametri socioculturali, ambientali, temporali.

Determinate sostanze sono illegali in certi paesi e non in altri, e nello stesso paese, ma in epoche differenti, in base al contesto culturale le stesse sostanze si considerano legali o illegali.

Le motivazioni che spingono l'uomo ad assumere droghe sono difficilmente riassumibili. Malizia (1985 e 1994) propone un elenco del tutto stimolante rispetto ai fini che ci siamo preposti:

1. mezzo di inserimento in gruppi che già fanno uso o atto di coraggio per acquisire prestigio
2. antidoto contro stress e noia
3. fuga dalle difficoltà e responsabilità
4. evasione dalla realtà
5. rifugio
6. piacere
7. soluzione a tutti i problemi

8. contrasto a frustrazioni e insicurezze
9. creazione di interesse
10. atto di ribellione e contestazione.

Ovviamente numerose altre spinte motivazionali possono essere individuate, o possono anche nascere dalla combinazione di due o più fra quelle sopra definite.

Indipendentemente dai motivi, l'uomo si pone nei confronti della sostanza secondo modalità di approccio ben descrivibili. È un assaggiatore chi ha avuto un contatto sporadico con la droga, o per curiosità o su spinta del gruppo sociale di appartenenza. È un consumatore chi fa esperienze saltuarie, con possibilità di interrompere l'uso non alterando in alcun modo la propria struttura psichica e i propri rapporti sociali. È tossicofilo chi pur avendo forte desiderio di assumere droghe e un certo grado di dipendenza psichica e/o fisica riesce a mantenere interessi validi e buoni rapporti interpersonali, tali da permettergli di condurre una vita pressoché normale.

Infine è tossicomane chi versa in uno stato di intossicazione periodica o cronica originato dal consumo ripetuto di una sostanza naturale o sintetica. Tale stato si caratterizza per:

- a) un desiderio invincibile o una necessità di continuare a consumare la droga e di procurarsela con ogni mezzo
- b) una tendenza ad aumentare le dosi
- c) una dipendenza di ordine psichico e (talvolta) fisico come conseguenza degli effetti della droga
- d) un effetto lesivo per l'individuo e la società

Alcune di queste definizioni necessitano di una precisazione. Secondo l'OMS per dipendenza psichica intendiamo quella situazione nella quale una droga produce sensazioni di benessere e una pulsione psichica o spinta incontrollabile a consumarla in maniera periodica o continuata, al fine di ottenere un piacere o di impedire sensazioni spiacevoli.

Dipendenza fisica invece è l'attitudine o assuefazione alla droga che si manifesta con la comparsa di disturbi fisici violenti allorché la somministrazione si interrompe. Questi disturbi prendono il nome di sindrome di astinenza e variano secondo la sostanza consumata.

È comunque da sottolinearsi che la distinzione tra dipendenza psichica e fisica negli ultimi anni ha assunto un valore sempre meno rigido e imperativo.

La tolleranza è un fenomeno biologico per cui il consumatore deve aumentare progressivamente le dosi di una sostanza per ottenere gli stessi effetti gratificanti. L'organismo si trova così a tollerare quantità sempre più elevate, spesso al di sopra delle dosi ritenute pericolose o addirittura letali.

L'assuefazione è lo stato biologico psicofisico in base al quale l'organismo si adatta alla presenza della sostanza/e somministrata, consumandola/e a intervalli più o meno frequenti.

Spesso nel linguaggio comune si usa il termine "drogato" con intenti spregiativi nei confronti dell'individuo assoggettato. È evidente che da un punto di vista scientifico tale situazione è inaccoglibile.

Corre l'obbligo di specificare che anche rispetto al termine di tossicodipendenza l'OMS ha raccomandato la sostituzione con quello di farmacodipendenza, ma tale definizione non è stata universalmente accettata e a tutt'oggi si preferisce di gran lunga usare ancora quello di tossicodipendenza.

In effetti la tossicodipendenza è un argomento sul quale, di recente, si è scritto molto, in tema medico, psicologico, sociologico e criminologico. Il tema nei confronti del quale la letteratura propone il più ampio consenso è invece quello dell'identità del tossicodipendente.

Tutti gli autori da noi consultati tendono infatti a rilevare alcuni tratti comuni nella personalità del tossicodipendente, anche se sostanzialmente concordano sull'improponibilità di una "personalità-tipo" del tossicodipendente stesso (Zuchermann et al.. 1975; Maremani et al.. 1983; Cavalieri e Chiozza, 1985; Perrone, 1985; Meri Palvarini et al.. 1989; Quadrio, 1991).

La tendenza odierna della ricerca si sposta verso l'individuazione di omogeneità e diversità al fine di poter meglio applicare i diversi modelli di struttura deputati al recupero del tossicodipendente, siano essi originariamente creati e destinati a ciò oppure provvisti di tutt'altre finalità ma opportunamente investiti da compiti informativi e di aggancio.

La presente ricerca si prefigge l'obiettivo specifico di individuare la relazione esistente tra l'identità personale di soggetti tossicodipendenti che entrano in contatto con il carcere e la percezione della stessa che essi manifestano.

Il CARCERE costituisce una realtà da sempre complessa e contraddittoria, nella quale negli ultimi 15 anni è andato progressivamente aumentando il numero di soggetti coinvolti nel problema della droga, sia per ciò che concerne i soggetti, tossicomani e no, detenuti per reati di spaccio, sia per coloro che ricorrono a reati comuni per procurarsi il denaro necessario per l'acquisto di stupefacenti (Castellani, 1983).

Per tali ragioni il fenomeno tossicomano in carcere si è dilatato enormemente, coinvolgendo il carcere stesso nell'esecuzione di misure giudiziali, penitenziarie e alternative. Questo fatto ha portato ad un sempre maggior riconoscimento del ruolo del carcere come una delle strutture che collaborano al trattamento del tossicodipendente (Fornari, 1983).

Nel marzo del 1994 il Ministero di grazia e giustizia ha pubblicato un fascicolo intitolato "Cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e/o alcolodipendenti coinvolti nell'area penale - linee di indirizzo, convenzioni, protocolli operativi" e articolato in quattro parti:

- linee di indirizzo in materia di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e/o alcolodipendenti coinvolti nell'area penale;
- complesso degli interventi attivati o attivabili nell'area delle cosiddette "misure penali esterne";
- disciplina degli interventi ordinati alla cura e alla riabilitazione delle persone tossicodipendenti e/o alcolodipendenti ristrette nelle strutture penitenziarie a custodia attenuata;

- disciplina degli interventi ordinati alla cura e alla riabilitazione delle persone tossicodipendenti e/o alcolodipendenti ristrette negli istituti Penitenziari.

Lo scopo del documento è di “rendere la condizione privativa e limitativa della libertà del soggetto parte integrante del programma terapeutico e socioriabilitativo del SERT” (Gatti e Torre, 1993).

Questo maggior coinvolgimento ha fatto sì che la struttura carceraria acquistasse caratteristiche specifiche e modalità del tutto proprie nei processi interattivi con la popolazione tossicodipendente presente; tali peculiarità si riflettono conseguentemente sulla tipologia della popolazione detenuta tossicomane e sulle modalità di approccio da parte degli operatori verso la stessa.

## METODOLOGIE DELLA RICERCA

La ricerca è stata effettuata mediante la somministrazione di questionari autovalutativi. Il numero dei questionari distribuiti all'interno della Casa Circondariale di Brescia è stato deciso sulla base di una stima approssimativa, concertata con la Direzione Penitenziaria, riguardante la popolazione di tossicodipendenti presenti in carcere. La distribuzione è avvenuta con l'ausilio del Direttore sanitario della Casa suddetta.

Dal totale di ritorno dei questionari ne sono stati estrapolati 46, considerati validi e completi e su tale numero è stata effettuata la lettura dei dati.

Questo campione può pertanto essere considerato sufficientemente rappresentativo del fenomeno tossicomane nell'Istituto bresciano, anche se, come afferma Valentini (1995), questi soggetti “...non sono assolutamente un campione casuale, né in questo tipo di ricerche si può pensare di ottenere un campione casuale perché chi compila il questionario è comunque un soggetto disponibile a farlo”.

Il questionario era composto da 30 domande suddivise in quattro parti.

La prima riguardava le caratteristiche socio-anagrafiche.

La seconda l'anamnesi della tossicodipendenza.

La terza i dati di rilievo criminologico.

La quarta, infine, le opinioni riguardanti il proprio vissuto sia tossicomane che carcerario.

La decisione di effettuare la ricerca con la tecnica della autosomministrazione nasce, come facilmente intuibile, dalla volontà di essere il meno suggestivi possibile nelle risposte, soprattutto laddove si pensi all'obiettivo proposto che era quello di evidenziare i sentimenti autopercettivi. In questo senso una valutazione proficua dei dati emergenti può realizzarsi solamente in presenza di risposte sincere (auspicabili) ma soprattutto autonome.

Per ciò che concerne il lavoro di redazione e realizzazione del questionario, lettura, archiviazione e confronto dei dati si è fatto uso di apposito software.

## CASISTICA

I dati sono stati riassunti nelle tabelle riportate in appendice, sia per i singoli valori emergenti sia per quanto concerne alcune correlazioni ritenute maggiormente congruenti. La lettura dei questionari somministrati al campione ha permesso di rilevare alcuni dati classificativi.

In primo luogo l'età dei soggetti, che per comodità di rilevazione, è stata suddivisa in 3 fasce.

Dai 20 ai 29 anni vi sono 18 persone  
dai 30 ai 39                      26 persone  
dai 40 ai 49                      2 persone.

Il sesso è un dato risultato ovviamente omogeneo, essendo l'indagine svolta in un Istituto al momento privo della sezione femminile.

Il titolo di studio dichiarato è stato:

la licenza elementare per 13 persone;  
diploma di scuola media inferiore per 27 persone;  
diploma di maturità per 6 persone.

La posizione di stato civile ha visto delinearsi:

10 persone coniugate;  
30 persone non coniugate;  
6 persone separate o divorziate.

La professione dichiarata nell'intervista è stata:

in 22 casi quella di operaio;  
in 10 casi di muratore;  
in 8 casi di artigiano;  
2 camionisti e 1 risposta ciascuna per le professioni di agente. di commercio, programmatore, invalido civile e disoccupato.

Il campione ha riferito una situazione abitativa:

con la famiglia in 18 casi;  
con il coniuge o il convivente in 13 casi;  
da solo in 5 casi.

Per quanto concerne l'età di primo approccio agli stupefacenti le risposte sono state le seguenti:

13 anni: 1 persona  
14 anni: 6  
15 anni: 7  
16 anni: 11  
17 anni: 4  
18 anni: 3  
19 anni: 4  
20 anni: 4  
26 anni: 2  
27 anni: 1  
28 anni: 1

La sostanza di primo approccio è stata:

eroina in 3 casi  
cocaina in 5 casi  
hashish in 30 casi  
anfetamine in 8 casi

La sostanza di uso attuale invece è:

eroina per 29 persone  
cocaina per 6 persone  
hashish per 1 persona  
nei restanti 10 casi il campione non è stato in grado di fornire una risposta univoca, essendo in corso un poliabuso.

La quantità di assunzione dichiarata relativamente alla sostanza di abuso è stata:

1 gr. in 19 casi  
2 gr. in 15 casi  
3 gr. in 6 casi  
4 gr. in 2 casi  
5 gr. in 1 caso  
8 gr. in 2 casi  
10 gr. in 1 caso

Alla richiesta di svolgere una riflessione sul rapporto con i familiari al momento di approccio agli stupefacenti, il giudizio degli interventi è stato:

inesistente per 5 persone  
mediocre per 13 persone  
buono per 19 persone  
ottimo per 9 persone.

La stessa richiesta di valutazione contestualizzata all'attualità ha prodotto le seguenti risposte:

inesistente, 5 persone  
mediocre, 16 persone  
buono, 14 persone  
ottimo, 11 persone

Alla domanda sulla percezione di una volontà di colpevolizzazione da parte della propria famiglia i soggetti coinvolti hanno risposto positivamente in 12 casi e negativamente in 34 casi.

Invece relativamente alla richiesta di individuare, in base a un proprio giudizio, una responsabilità causale i soggetti del nostro campione hanno risposto:

la società in 3 casi  
gli amici in 4 casi  
la famiglia in 2 casi  
se stessi in 37 casi

Agli intervistati è stato anche chiesto di formulare un giudizio, supponendo di non essere tossicodipendenti, su di un amico che li contatta al fine di parlare dei propri problemi legati agli stupefacenti. Essi hanno risposto:

se lui proprio volesse si tirerebbe fuori, 7 volte;  
cerco di aiutarlo, ma non c'è niente da fare, 14 volte;  
con l'aiuto giusto potrebbe smettere, 19 volte;  
gli starei vicino e basta, 6 volte

L'attualità dei rapporti con il Servizio per le Tossicodipendenze è stata affermata in 38 casi e negata in 8.

Alla richiesta di individuare l'istituto più utile per intervenire nei confronti dei problemi dei tossicodipendenti, gli intervistati hanno risposto:

SERT in 23 casi

Comunità Terapeutiche in 16 casi

Gruppi di auto-aiuto in 2 casi

Tribunale di Sorveglianza in 1 caso

Prefettura, Polizia, Magistratura e Tribunale per i Minori non hanno ricevuto segnalazioni

Non hanno risposto in 4 casi.

Il giudizio sulle capacità di comprensione dei problemi che li infliggono individuate negli operatori con cui solitamente interagiscono, è stato espresso dai soggetti rispondenti in questo modo:

Mi capisce: 15 risposte

Mi ascolta, mi crede ma non mi giustifica: 14 risposte

Mi ascolta ma non mi crede: 12 risposte

Non mi ascolta neppure: 3 risposte

Nessuna risposta in 2 casi.

L'età di primo ingresso in carcere è così distribuita:

fascia 14/18, 15 persone

fascia 18/25, 17 persone

fascia >25, 12 persone.

La durata della carcerazione in essere al momento dell'intervista è di:

2 mesi per 1 persona

3 mesi per 1 persona

4 mesi per 2 persone

9 mesi per 1 persona

1 anno e 6 mesi per 1 persona

1 anno e 8 mesi per 1 persona

1 anno e 9 mesi per 1 persona

2 anni per 12 persone

3 anni per 14 persone

4 anni per 5 persone

5 anni per 1 persona

4 anni per 6 persone

non hanno risposto 4 persone.

Sulla situazione dell'esecuzione della pena il campione risponde di essere definitivo in 35 casi e ancora ricorrente (o imputato) in 7 casi. Non rispondono 4 persone.

Il giudizio degli intervistati sull'adeguatezza dell'informazione in carcere relativamente ai problemi delle tossicodipendenze è positivo in 6 casi e negativo in 40 casi.

Alla domanda sulla opportunità di sanzionare con il carcere una persona che delinque per motivi legati alla tossicodipendenza, le risposte positive sono 4 a fronte di 42 risposte negative.

Il beneficio dell'affidamento particolare (47 bis) è stato già goduto da 15 intervistati mentre 31 persone non l'hanno mai ottenuto.

Pensano di farne richiesta in tempi prossimi 44 persone e 2 lo negano.

Il giudizio espresso dagli intervistati riguardo l'efficacia dell'intervento posto in essere dalle istituzioni è riportato nelle seguenti risposte:

32 individuano in CSSA

7 il Tribunale di Sorveglianza

2 la magistratura

1 la Polizia Penitenziaria

1 la Direzione Penitenziaria

3 non forniscono alcuna risposta.

Il giudizio espresso dal campione sull'individuazione di una causa relativamente all'aver commesso dei reati è definito con queste risposte nei confronti di:

sé stessi, 36 volte

la società, 7 volte

gli amici, 2 volte

la famiglia, 1 volta.

Le persone da noi interpellate, a proposito della loro condizione di tossicodipendenti, esprimono sul loro modo di stare in carcere i seguenti giudizi:

come tutti gli altri, 40 risposte

i tossici sono un gruppo a parte, 5 risposte

io mi sento diverso dagli altri, 1 risposta.

Le figure di riferimento individuate come utili per lo svolgimento di colloqui in carcere sono:

il medico in 8 casi

lo psichiatra in 4 casi

lo psicologo in 18 casi

l'educatore in 13 casi

non hanno risposto in 3 casi.

Infine è stato proposto al campione una scelta di comportamenti illeciti da ricomporre in ordine di gravità da 1 a 10.

Le risposte hanno fornito questo quadro:

l'abuso sessuale è stato messo per 29 volte al 1° posto e per 15 al 2°

il maltrattamento verso i bambini 17 volte al 1° posto, 27 al 2° e 1 al 3°

rapinare 2 volte al 2°, 11 al 3°, 12 al 4°, 4 al 5° e 1 al 6°

spacciare 17 volte al 3°, 2 al 4°, 6 al 5° e 1 al 6°

danneggiare 5 volte al 3°, 2 al 4°, 5 al 6°, 1 al 7°, e 1 all'8°

portare un'arma 3 volte al 3°, 3 al 5°, 1 al 4°, 1 al 7° e 1 all'8°

rubare uno stereo 9 volte al 4°, 1 al 3°, 5 al 4°, 7 al 5°, 2 al 6° e 2 al 9°

ubriacarsi o farsi 2 volte al 4°, 2 al 6°, 1 al 7° e 1 all'8°

truffare lo stato 1 volta al 5°, 1 al 6°, 1 all'8° e 1 al 10°

evadere le tasse(\*) 3 volte al 10°, 2 al 3°, 1 al 4° e 1 al 7°

(\*) poiché gli intervistati non hanno sempre completato la scala di valori, il fatto che per ben tre volte questo comportamento sia stato esplicitamente identificato come il

meno grave in assoluto ne fa discernere una diffusa percezione di scarso allarme sociale se non di malcelato plauso.

Interessante anche l'immissione spontanea di una risposta non prevista da parte di due intervistati, posizionata da entrambi al 2° posto: trattasi della risposta "infettare". Questa particolarità sembra confermare l'opinione di Pigato e Lionello (1995) per i quali i tossicodipendenti hanno una forte paura dell'AIDS ma non abbastanza da influire sul consumo.

## COMMENTO E CONCLUSIONI

Il campione intervistato si è dimostrato ben rappresentativo delle caratteristiche generali della popolazione carceraria.

Il 56.5% appartiene infatti alla fascia 30/39, notoriamente la più frequentata fra i detenuti; evidentemente il cofattore tossicodipendenza non costituisce variabile apprezzabile del contesto anagrafico carcerario. Infatti appare utile ricordare che per quanto concerne la popolazione tossicodipendente, la fascia generalmente più rappresentativa è quella 20/30. I riferimenti più recenti in tema di letteratura sulla tossicodipendenza da noi individuati sono Coluccia, 1994 per quanto riguarda gli aspetti descrittivi e Bregoli et al., 1991 per gli aspetti di sovrapposibilità territoriale.

Il rimanente campione si distribuisce nella fascia 20/29 (39.1%) e 40/49 (4.4%). La mancanza di soggetti di età superiore è invece da individuarsi proprio nella presenza del cofattore tossicodipendenza come elemento elettivo.

Si è già detto in precedenza a proposito del sesso (vedi anche Guasti et al., 1995).

Il titolo di studio è risultato essere nel 58.7% dei casi il diploma di scuola media inferiore, nel 28.3% la licenza elementare e nel 13% il diploma di maturità. Anche in questo caso i valori riscontrati non si discostano significativamente dalle medie statistiche della popolazione carceraria. La popolazione tossicomane presenta invece un valore più elevato riguardo i diplomati.

La posizione di stato civile vede una netta prevalenza dei non coniugati (65.3%), in linea con i campioni confrontati. I coniugati sono il 21.7% e i separati o divorziati il 13%.

La professione indicata con scelta maggioritaria è quella di operaio (41.8%), muratore (21.7%) o artigiano (17.4%).

Non rilevano le altre indicazioni se non a livello descrittivo; curiosa la bassa percentuale (2.2) dei disoccupati indicata dal nostro campione sia rispetto alla popolazione in generale sia a quello dei tossicodipendenti in particolare (contra: Perone et al., 1995)

La maggior parte degli intervistati (60.9%) vive con la famiglia di origine. Il 28.2% con il coniuge/convivente (il dato confrontato con quello dello stato civile conferma l'attendibilità del test) e il 10.9% invece vive da solo.

Un primo elemento degno di riflessione è l'alto valore riferito ai soggetti tuttora viventi con la famiglia di origine, indubbiamente in contrasto con il mito ricorrente del gruppo sottoculturale allo sbando.

Fra le varie età di primo approccio indicate agli intervistati, il valore più elevato (23.9%) si riscontra in corrispondenza dei 16 anni, seguito (15.2%) dai 15 anni e (13.1%) dai 14; in questa fascia si concentra oltre il 50% delle diverse età di approccio indicate, confermando, se mai ce ne fosse bisogno, la precocità di questo fenomeno.

Come era logico attendersi una ampia parte del campione (65.2%) afferma di aver iniziato con il consumo di cannabinoidi. Il 19.6% ha avuto il primo approccio con l'eroina, il 10.9% con la cocaina e un residuo 4.3% ha cominciato con le anfetamine.

La sostanza invece in uso al momento dell'indagine era per il 63% l'eroina, per il 13% la cocaina, il 2.2% canapa e il rimanente 4.8% non ha saputo dichiarare un'unica sostanza di abuso. Verosimilmente trattavasi di poliabuso.

Si tenga presente che in un'indagine come questa, realizzata in un contesto specifico per le tossicodipendenze, ci si imbatte in soggetti in situazioni differenti rispetto al percorso tossicomane, come ben descritto da Maremmani (1993) e con orientamenti motivazionali del tutto particolari (cfr: Bandura, 1989).

Il 41.3% afferma di aver consumato di recente in media 1 gr. di sostanza. Il 32.7% 2 gr. e il 13% 3 gr.; le altre risposte si insediano in valori fino a 8 gr. Un soggetto ha dichiarato un consumo di 10 gr.

Rispetto al rapporto con la famiglia ben il 41.3% del campione lo definisce come "buono" al momento dell'approccio. Il 28.2% "mediocre". Il 19.6% "ottimo" e il 10.9% "inesistente".

Questo è certamente uno dei dati di maggior rilievo della nostra ricerca. Infatti oltre il 60% del campione si esprime in termini di positività definendo il rapporto con la famiglia. Tale situazione è ulteriormente rafforzata dai dati sulla definizione del rapporto con la famiglia in attualità.

In questo caso la risposta più frequente è stata "mediocre" con il 34.8%. Non può non evidenziarsi come la somma dei giudizi positivi "buono e ottimo" sia ancora una volta superiore al 50% delle risposte. Evidentemente il vissuto da tossicodipendente influisce sull'evolversi del rapporto con la famiglia (aumento di circa 6 punti della risposta "mediocre"), ma visto che la percentuale di risposte "inesistente" è immutata (10.9%) il calo complessivo del giudizio positivo è senz'altro inferiore ad ogni più rosea previsione.

In definitiva possiamo affermare che pur rimanendo nell'esiguità del nostro campione, il dato emergente sulla realtà familiare del tossicodipendente così come è percepita dagli stessi soggetti è di gran lunga contrastante con quello stereotipo diffuso e radicato che vuole il tossicodipendente fortemente contrapposto alla propria matrice familiare.

Altrettanto interessante è un altro dato rilevato e relativo all'autopercezione dell'indennità tossicomane nei soggetti coinvolti. Il nostro campione nel 73.9% dei casi afferma che nella propria famiglia non vi è una tendenza a colpevolizzarlo per essere diventato un tossicodipendente. Pur non essendo sorprendente come il dato precedente costituisce anche questo un forte stimolo alla riflessione, soprattutto laddove si sia sempre ritenuto che il vissuto del tossicodipendente fosse carico di

sensi di colpa, perlomeno riferiti a un presunto sentimento di esclusione dalla propria famiglia.

Le proiezioni autoperceptive rilevate con la nostra ricerca hanno invece individuato come fonte di attribuzione causale per i tossicodipendenti intervistate “se stessi” in misura preponderante (80.5%). Evidentemente le cosiddette tendenze deresponsabilizzatrici che dovrebbero essere tipiche del vissuto tossicomane non agiscono così autoritariamente come comunemente la dottrina ritiene, perlomeno nel nostro campione. Comunque queste tendenze si indirizzano verso gli amici (8.7%), la società (6.5%) e la famiglia (4.3%).

L'orientamento tendenzialmente ottimistico del nostro campione emerge dalle risposte date alla domanda “se non fossi tossico, cosa penseresti di un amico che ti viene a parlare delle sue storie legate alla roba?”.

La maggior parte afferma che con un aiuto giusto potrebbe smettere (41.3%). Cerco di aiutarlo ma non c'è niente da fare lo pensa il 30.4%. Se lui proprio volesse si tirerebbe fuori il 15.2% e infine il 13.1% afferma gli starei vicino e basta.

Come può notarsi la somma delle risposte alla prima e alla terza domanda costituisce il trend di maggioranza assoluta (56.5%) cui si faceva cenno.

Le persone intervistate all'interno delle casa circondariale hanno per l'82.6% dei casi un contatto attuale con il SERT.

Questa risposta si collega idealmente con la seguente, in base alla quale richiedendo di individuare l'istituzione che può intervenire con maggior proficuità verso un tossicodipendente, il 50% degli intervistati afferma il SERT. Il 34.8% le Comunità Terapeutiche. Altre risposte riguardano il Tribunale di Sorveglianza e i gruppi di self-help.

Nessuna indicazione per Prefettura, Polizia, Magistratura e Tribunale per i Minorenni, evidentemente vissuti più come agenti di controllo che come fonti di sostegno.

Complessivamente rassicurante è la percentuale non elevata (8.7%) di persone che non hanno fornito alcuna risposta, esplicitando conseguentemente di fatto una totale sfiducia verso il panorama istituzionale.

La percezione delle capacità operative dei vari referenti professionali che essi incontrano è ben rappresentata dalle risposte fornite dal campione.

Il 32.6% afferma di essere capito. Il 30.4% di essere ascoltato, creduto ma non giustificato. Il 26.2% ascoltato ma non creduto e infine il 6.5% neanche ascoltato. Non risponde il 4.3%.

L'età di primo ingresso in carcere è nella fascia 18/25 per il 36.9% del campione. Nella fascia 14/18 per il 32.6% e oltre i 25 anni per il 26.1%.

L'ingresso nello scenario penale è indubbiamente precoce, così come lo era l'approccio all'abuso.

La durata della carcerazione non presenta peculiarità di rilievo se si eccettua il fatto che comunque una carcerazione breve (inferiore all'anno) riguarda solo l'11% del campione, a testimonianza di un carico sanzionario piuttosto pesante (Palazzolo, 1993).

Il 76.1% degli intervirsati è defio1tivo. È

Sono poi stati effettuati alcuni confronti fra i valori emergenti dalle risposte, al fine di cogliere correlazioni significative.

Il primo è quello fra tipo e quantità di sostanza usata abitualmente. Non si evidenziano particolarità di rilievo.

È stato posto a confronto il rapporto attuale con la famiglia rispetto alla percezione di colpevolizzazione proveniente dalla stessa; i dati si distribuiscono secondo un criterio che appare assolutamente congruo:

infatti al  $>$  grado di positività corrisponde un  $<$  grado di percezione del sentimento di colpevolizzazione e viceversa.

Ciò conferma l'attendibilità delle risposte fornite al questionario e la validità del metodo di somministrazione.

Il rapporto fra la frequentazione dei SERT e la percezione delle capacità di comprensione degli operatori evidenzia un dato confortante. I valori più elevati di risposte positive sono fra i soggetti che affermano la frequentazione, mentre al contrario opinioni maggiormente pessimistiche appartengono ai non frequentatori.

Le correlazioni nel rapporto con la famiglia oggi e al momento dell'approccio agli stupefacenti originano alcuni spunti di interesse.

Fra le persone che lo avevano definito "mediocre" all'approccio, oggi lo ritengono ancora tale solo nel 25% dei casi. I rimanenti lo definiscono "buono" nel 50% dei casi, inesistente nel 18.75% e "ottimo" nel 6.25%.

Le persone che lo avevano definito "buono" oggi lo ritengono ancora tale al 58%, "mediocre" al 29% e "ottimo" i restanti.

Infine fra coloro che lo definivano "ottimo", oggi il 55% è ancora dell'avviso, il 18% lo ritiene "buono" e "mediocre" e i rimanenti "inesistente".

La tendenza come può chiaramente evincersi, è indubbiamente di segno positivo, vale a dire che la percezione del rapporto è andata migliorando con il proseguo del percorso tossicomano, contrariamente ad ogni opinione preconcepita.

Sarebbe estremamente interessante poter confrontare la percezione dei soggetti intervistati con quelle dei loro familiari; potrebbe questo essere uno spunto suggestivo per ulteriori e specifiche ricerche.

Il confronto fra la frequentazione del SERT e la percezione dell'istituzione più utile per il tossico mostra che solo il 47% dei frequentatori risponde il SERT. I rimanenti individuano soprattutto le comunità (37%). Invece fra i non frequentatori la maggioranza (62.5%) ritiene lo strumento più utile il SERT.

Il confronto tra l'età di primo approccio e la percezione del rapporto con la famiglia in quel momento ci permette di rilevare almeno due particolarità. La totalità dei consumatori iniziali 13enni ha espresso una percezione del rapporto in termini di "mediocrità". I consumatori iniziali oltre i 26 anni per 2/3 persone che hanno definito il rapporto come "buono".

Non ci lasceremmo certamente andare alla tentazione di formulare improbabili teorie attribuzionistiche; lasciateci però dire che questo dato è estremamente affascinante.

Invece il confronto fra quantità attuale di assunzione e rapporto con la famiglia non mostra rilievi di analogo interesse.

La distribuzione infatti appare piuttosto omogenea: ad esempio fra i consumatori minimali che si dividono equamente fra percettori di rapporto positivo e negativo con la famiglia.

Il rapporto fra la sostanza di primo approccio e la quantità di assunzione attuale non riserva sorprese. Era infatti del tutto attendibile la distribuzione venutasi ad evidenziare.

Infine il rapporto fra l'età di primo approccio in carcere e la fruizione del 47 bis mostra una tendenza all'omogeneità per la risposta negativa e una concentrazione nell'età di approccio precoce al sistema giudiziario, delle risposte positive. Certamente non può trattarsi solo di casualità. Più è lungo il "curriculum criminale", maggiori sono le risorse normative esperite (Cfr.: Castellani, 1985; Quadrio, 1991; Romano et al., 1994).

Riassumendo questa nostra indagine sul tossicodipendente detenuto ci pare opportuno sottolineare come complessivamente questa figura, pur acquisendo elementi caratteristici di entrambe le categorie, mantenga una sua specifica connotazione nel panorama della popolazione tossicomana.

Si evidenziano infatti alcune aderenze rispetto agli stereotipi della devianza.

Sono però numerosi e marcati gli esempi di distacco dallo stereotipo del tossicodipendente, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti autopercezionali del rapporto con la famiglia di origine.

Altrettanto inusitati appaiono i dati emergenti a proposito della percezione di sé nel contesto sociale e relazionale di appartenenza.

Del tutto attendibili sono gli aspetti concernenti la relazione tra quantità e sostanze assunte anche se alcune letture si rivelano particolarmente suggestive in ordine al rapporto con l'età di approccio.

Infine le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti intervistati appaiono in linea con quelle di altri campioni analoghi sul versante tossicomano e carcerario.

## **DAL CURARE ALL' AVER CURA**

**(strategie di presa in carico dei tossicodipendenti)**

Dott. Piergiorgio Guizzi

Psicologo del SERT dell'USSL 18 di Brescia

La presentazione dell'attività del SERT dell'USSL 18 di Brescia, dei bisogni emergenti dall'osservatorio del Servizio, delle necessità portate dagli utenti, richiederebbe una discussione ampia ed organica ed un confronto aperto a contributi ed integrazioni. Lo spazio ed il tempo a disposizione comportano necessariamente di lavorare per sintesi ed in termini schematici; per questo verranno valutate le seguenti tre aree, rimandando ad altri momenti le possibilità di approfondire quanto sinteticamente presentato:

1. L'utenza del SERT;
2. La trasformazione della filosofia del Servizio
3. Le prospettive degli interventi riabilitativi e terapeutici

### **1. L'utenza del SERT**

Una prima pista di riflessione deve muovere dalla valutazione della realtà dell'utenza in carico al SERT di Brescia.

Anche solamente da un'analisi descrittiva a livello quantitativo è possibile cogliere il costante maggior afflusso di utenti al Servizio negli ultimi anni; è evidente nella tabella seguente la progressione continua degli utenti in accoglienza ed in carico dal 1991 al 1996.

<b>SOGGETTI IN CARICO AL SERVIZIO</b>			
<b>ANNO</b>	<b>MASCHI</b>	<b>FEMMINE</b>	<b>TOTALE</b>
1991	385	78	463
1992	515	111	626
1993	608	139	747
1994	563	144	707
1995	590	151	741
1996	620	145	765

L'attività di accoglienza di nuovi utenti tossicodipendenti o di riammessi ha comportato per il 1995 n° 270 interventi, mentre per il 1996 gli interventi di accoglienza a favore di soggetti tossicodipendenti sono stati complessivamente 306.

Dalla seguente tabella è invece evidente come aumenti il numero di soggetti che rimangono in carico al Servizio negli anni, per il prolungarsi del programma terapeutico, riabilitativo assistenziale e sanitario:

SOGGETTI IN CARICO AL SERVIZIO				
	NUOVI		GIÀ' IN CARICO O RIAMMESSI	
ANNO	M	F	M	F
1993	180	50	428	89
1994	122	26	441	119
1995	129	24	461	127
1996	147	29	473	116

Non è facile avere elementi certi del perchè sia presente un trattenimento così evidente di utenza all'interno del Servizio; alcuni fattori possono dipendere dal tipo di impostazione del Servizio stesso, ad esempio aver dato spessore e rilevanza all'attività di accoglienza, oppure l'aver accettato la filosofia della riduzione del danno e degli interventi a bassa soglia; altri fattori, come la sieropositività e le ricadute dopo programmi terapeutici, hanno contribuito ad interventi prolungati nel tempo, spesso sine die.

## 2. La trasformazione della filosofia del Servizio

Una seconda area di attenzione riguarda la trasformazione, il cambiamento e la modulazione della filosofia del Ser.T.

Si è passati, pur con incertezze e difficoltà, da una dimensione prevalentemente centrata sul CURARE ad una impostazione e ad una organizzazione che ha dovuto farsi carico dell' AVER CURA. La storia del Servizio (dal 1978 quando è stato aperto come C.M.A.S. per poi trasformarsi negli anni ottanta in N.O.T. e dal 1990 in SERT.) è stata attraversata da filosofie diverse e da esigenze diverse: il bisogno di creare un filtro-selezione anche attraverso l'attribuzione di una forte rilevanza agli aspetti motivazionali del soggetto, la proposta di "interventi forti" e "radicali" nei confronti del tossicodipendente e della sua famiglia, l'offerta di pacchetti di programmi terapeutici standardizzati e precostituiti, sono alcuni elementi che concretizzavano il bisogno di curare; mentre invece l'aver cura mette in risalto soprattutto la dimensione dell'aggancio, dell'accudimento e della riduzione del danno.

Il rischio per i SERT attuali è l'oscillazione tra i due poli: o il lasciare che una delle due filosofie prevalga sull'altra o che ne annulli una.

Nella fantasia non solo degli operatori ma anche del legislatore o di amministratori talvolta emerge l'idea del SER.T. COME SISTEMA TOTALMENTE APERTO (basta ricordare l'indicazione contenuta nella legge 162/90 che prevedeva l'apertura a 24 ore dei SERT capoluogo di Provincia) che però corre il rischio di accogliere un numero elevato di utenza senza avere le risorse interne necessarie per attivare un servizio efficace per una cura.

Altre volte, magari di fronte all'esplosività di una domanda eccessiva e debordante, prevale il desiderio di un SER.T. COME SISTEMA CHIUSO, con

utenza selezionata, ridotta, con la quale fare interventi di qualità, pagando però lo scotto di un ingrossamento del sommerso e di una scarsa risposta alle emergenze sociali.

Da qui la necessità di integrazione delle filosofie del CURARE e dell'AVER CURA in una organizzazione di servizio che sappia offrire sia interventi a bassa soglia, non immediatamente centrati sul cambiamento, che interventi "specialistici" o meglio interventi centrati sulla possibilità di far evolvere la situazione.

### **3. Le prospettive degli interventi riabilitativi e terapeutici**

Rispetto ai bisogni dell'utenza e alla valutazione delle esigenze che il SERT coglie nell'approntare percorsi terapeutici e nell'attivare unità di offerta specifiche, è possibile, mutuando dal gergo automobilistico, pensare a degli interventi "di nicchia" che vadano a completare le attuali offerte presenti nella rete dei servizi per tossicodipendenze.

- A) Diviene sempre più urgente un Centro di Pronto Intervento e/o di Pronta Accoglienza, sia per maschi che per femmine, che possa essere utilizzato per situazioni di crisi acuta (post-astinenza, post-ricovero ecc.). Non a caso si è costretti sovente a chiedere alle comunità o alle precomunità di avviare inserimenti urgenti, dove non è possibile frapporre tempi lunghi o attese prolungate.
- B) E' da valutare attentamente la possibilità di avviare progetti sperimentali residenziali o semiresidenziali per soggetti borderline che difficilmente riescono a tollerare la rigidità del progetto comunitario classico, ma che hanno bisogno di modulazione di regole e di tempi, e soprattutto di attenzione relazionale "particolare" da parte degli operatori, con un grosso impegno di accudimento e di contenimento strutturati.
- C) Nell'area del post-comunità, del reinserimento dopo un percorso terapeutico adeguato, per il mantenimento della condizione di drug-free e di un equilibrio personologico a fronte di difficoltà e problemi legati all'impatto con la realtà, si possono ipotizzare interventi specifici quali:
  - C1. gruppo di supporto e di confronto: a tal riguardo si comunica che presso il SERT di Brescia è stato attivato a partire dal mese di novembre '96 un gruppo di supporto per soggetti che stanno avviando il percorso di sganciamento dalla comunità;
  - C2. psicoterapia di gruppo, a partire dalla fase residenziale del progetto comunitario per poi poterla proseguire in fase di reinserimento: tale ambito, già sperimentato in taluni servizi, consente di mantenere un forte aggancio e un contesto di decisa elaborazione emotiva durante il percorso di sganciamento dalla comunità;
  - C3. progetto reinserimento con l'arricchimento delle unità d'offerta già presenti (es. cooperative di lavoro ecc.) e l'integrazione di nuove risorse ambientali (gruppi, associazioni, rete di servizi ecc.) ; tale progetto richiede necessariamente una mappatura delle risorse esistenti e uno spazio di investimento in termini progettuali.

Queste appaiono essere alcune necessità dell'utenza del SERT di Brescia: è chiaramente opportuno ripensare e ricollocare tali necessità all'interno delle unità d'offerta presenti sul territorio e delle prestazioni già erogate dal SERT.

### **TOSSICODIPENDENZA E SIEROPOSITIVITA'**

di Maria Luisa Albera

Responsabile settore AIDS dell'Associazione A77 di Milano

Sono Maria Luisa Albera, faccio parte dell'associazione A77 di Milano, vivo in una comunità per tossicodipendenti e mi occupo in particolare del problema sieropositività e AIDS. Ho chiesto chi eravate e mi hanno detto che siete tutte persone competenti perciò mi trovo un po' inadeguata. Volevo fare una premessa veloce: io non sono un tecnico di questi due campi, ma lavoro come operatrice all'interno della comunità e quindi ho più un'esperienza su cui ho riflettuto. Non sono imparziale, le cose che vi dico non sono assolute ma relative e opinabili; io personalmente penso che sia assolutamente importante vivere le cose, sperimentare, riflettere e poi condividere affinché si costruisca il pensiero e si riesca ad essere sempre più adeguati rispetto ai problemi che ci vengono posti.

Di fronte a una situazione di sieropositività in compagnia della tossicodipendenza saltano le certezze: si innesca l'angoscia per la paura della morte, si va verso l'assenza dei rapporti e tutto può declinare come rimessa in discussione del senso del proprio lavoro, come perdita di significato, come entrata in una depressione che non ha mai fine. Si rischia di colludere sulle reciproche paure, operatore-utente, per cui diventa più facile evitare il discorso. Ciascuno di noi ha fatto questa esperienza. L'incertezza del proprio ruolo, con la paura della morte scatena un'aggressività che l'operatore deve saper controllare. In questa situazione, qual'è la strategia da adottare? Bisogna imparare a riconoscere i limiti positivamente non per nascondersi, ma per creare un contesto che dia valore e senso alla vita, andando oltre la morte.

Oggi c'è il rischio di creare nelle comunità una scissione tra chi è sieropositivo e chi è sieronegativo e di ritrovarsi con una figura della persona tossicodipendente che rischia di presentarsi ancora una volta come sconosciuto, come pericolo, come portatore di un destino di morte. C'è la necessità di rinnovare il progetto, gli obiettivi e la funzione stessa della comunità. Bisogna che noi impariamo a stare nel paradosso, "dobbiamo attrezzarci ad un accompagnamento alla vita, che può essere anche un accompagnamento alla morte, ma non per questo deve perdere di senso". Bisogna poter offrire alle persone sieropositive che sono in comunità, l'attribuzione di significati che noi abbiamo il dovere di riconoscere, rivalutare la storia di ognuno di loro facendo emergere il senso della sofferenza, costituendola sia come forza che come memoria di sé. A grandi linee questo era il percorso che io volevo seguire.

In genere si semplifica molto il problema della tossicodipendenza, se ne fa un problema di causa-effetto e si tende a parlare in maniera semplice e dare delle

risposte facili. Se così fosse, e soprattutto noi corriamo questo rischio, non si spiegherebbe come a più di 20 anni dalla presenza della tossicodipendenza in Italia stiamo ancora contando gli interventi di cui nessuno sembra essere adeguato; provate a pensare ad un intervento che voi ritenete adeguato. A questo punto si pone il problema del modello di fondo, in questo “mare magnum” di tentativi. Modello di fondo per potere avere in mano uno strumento di comprensione del problema che una persona vive, in questo caso della persona tossicodipendente e sieropositiva. Io mi riferisco ad un modello nel quale personalmente mi ritrovo di più, però è uno dei tanti modelli, non è né il migliore né il peggiore, ma è quello che in questo momento ho scelto, con il mio gruppo, mi riferisco alla tossicodipendenza da eroina: le altre tossicodipendenze non hanno infatti gli stessi effetti.

Io penso che presupposto di fondo per qualsiasi tossicodipendenza sia che la tossicodipendenza esista nella misura in cui una persona ha strutturato la propria vita interiore e quindi dopo, ma solo dopo, anche quella esteriore intorno ad un polo fondante, quello dell'eroina. E' anche vero che dietro ad ogni situazione di tossicodipendenza, che perduri da almeno due o tre anni, ci sia sempre una grave e particolare sofferenza. E' una sofferenza personale che ha una dinamica all'interno delle persone e queste dinamiche non nascono solo dall'uso della sostanza, ma ci sono già prima e vengono cambiate e rivoluzionate dall'eroina la quale ha presa sulla persona nella misura in cui questa persona porta queste sofferenze: altrimenti non diventerebbe dipendente da eroina.

L'eroina ha la capacità di coprire uno spettro di situazioni molto ampio, non è racchiudibile in una definizione, cambia lo stato psichico, l'esperienza personale di una persona. Quindi da uno stato vissuto come sgradevole, negativo sofferente ecc., alla capacità di far passare la persona in uno stato tranquillo, meno angosciato meno confuso meno doloroso per l'incontro con la realtà.

Questo è un punto cruciale perchè accettando questo modello di fondo si esce da un altro modello che è quello della causa e dell'effetto. Io, ma penso tutti noi, riteniamo che la realtà sia molto più complicata di causa-effetto, e la legge 162 lo insegna. Io credo che in rapporto alla sieropositività ci sia una cosa molto importante rispetto a questo tipo di lettura: è che con l'assunzione di eroina viene a mancare il patire come meccanismo psicologico necessario per crescere, proprio perchè l'eroina ha una sua potenza, una sua globalità di azione tale che da un minuto all'altro riesce a cambiare radicalmente il proprio modo di vivere, che però è un modo di vivere molto particolare. Riesce ad abolire l'aspetto emotivo dell'esperienza interiore quotidiana. La sofferenza trova una risposta nell'eroina. Passato l'effetto dell'eroina poi si ricomincia e si forma questa spirale cui difficilmente si riesce ad uscirne.

Domanda: qual è il danno più grande che l'eroina produce? Se fosse libera e garantita, se non ci fosse il problema di trasmettere malattie, se non ci fosse il problema economico, quale sarebbe comunque il danno che produrrebbe l'eroina? Il circolo vizioso che instaura rispetto a dolore e liberazione dal dolore, l'autodistruzione nel senso di non stima. Tutte queste cose sono vere ma i tossicodipendenti, di che cosa hanno paura? Io credo che contrariamente a quella che

è una mitologia dal mio punto di vista, inesatta, il tossicodipendente non è fragile, povero, debole, forse è dimostrabile esattamente il contrario.

Pochi di noi sarebbero in grado di affrontare le prove e i disagi che loro affrontano per farsi. Questa è una cosa molto pratica che tutti noi conosciamo e che potrebbe farci riflettere. Allora, ma di che cosa hanno paura? Hanno paura della sofferenza. Io penso perchè le altre cose le affrontano tutte. Io credo che questo sia il punto. Penso che la persona tossicodipendente preferisca essere delinquente, si senta meglio ad essere delinquente che una persona sofferente.

Preferisce essere etichettato come disgraziato, ribelle, vizioso, tutti i modelli che conosciamo, come uno che insegue la morte, un'altra mitologia, piuttosto che mettersi in gioco su alcune questioni fondamentali che sono propriamente questioni di sofferenza. Dal punto di vista psicologico, credo che fondamentale sia che la sofferenza dopo l'eroina non sia più la stessa. Cambia completamente l'esperienza di quella persona che sta soffrendo. Cambia il mondo mentale, che purtroppo non sarà più lo stesso di prima e, paradossalmente, è come se quel mondo fosse morto. Infatti chi lavora nelle comunità sa quanto sia pesante il problema della persona che si è fatta per dieci-quindici anni. Il problema del lutto per la morte del tempo, del suo tempo.

Il danno fondamentale che l'eroina (non la cocaina, non altre droghe) darà sempre alla persona è proprio l'incapacità di avere a che fare con la complessità delle cose, dell'esperienza quotidiana. Quindi di vederle, di coglierle, di interagire e di valorizzare le differenze. Si finisce che si ha la stessa risposta per una gamma di stimoli diversi. Lo stimolo finisce poi con l'essere uno solo, e vengono abolite le differenze, uno dei mezzi più grandi che l'uomo ha di arricchimento e di maturazione. Questo è il danno grosso perchè produce il blocco del tempo. La sensazione di nullità, quindi la mancata acquisizione di nuove conoscenze, di nuove realtà, di valorizzazione delle proprie e altrui risorse, è uno dei drammi e dei danni del tossicodipendente.

La comunità va a rispondere a questo tipo di modello. La comunità è il luogo per eccellenza della valorizzazione di sé. Una domanda che viene spontanea a tutti noi: quali sono le dinamiche da un punto di vista relazionale che collegano la complessità della sofferenza del tossicodipendente alla complessità di mezzi, obiettivi, funzioni che le comunità propongono e veicolano. Ogni comunità vorrebbe costruire una specie di appello-richiamo reale e prioritario all'individuo affinché l'individuo scelga la propria autodeterminazione, perchè si impegni con modalità autocentrate a risolvere i problemi che vive. Quindi in comunità si deve scegliere continuamente, si deve sapere rispettare le regole in un contesto predefinito.

Ogni atto e ogni relazione in comunità tende a questo obiettivo, lo presuppone, lo produce anche: l'obiettivo è la valorizzazione di sé, è l'allargamento dei rapporti. Tutti noi sappiamo quanta fatica facciamo per aiutare la persona tossicodipendente ad allargare piano piano i rapporti. Il rapporto fondativo con la comunità, perchè è un rapporto fondativo questo, è il riconoscimento e la restituzione di dignità e di potere

al tossicodipendente. Gli operatori fanno fatica a restituire potere al tossicodipendente perchè ne hanno paura.

E questo è un problema degli operatori. Aderire ad un programma comunitario è un atto volontario ed è un atto prioritario che dà significato ad una serie di comportamenti. In comunità la persona è poi aiutata a riconoscere i propri tempi, a rispettare quegli degli altri, imparare a scandirli, a modularli, a non lasciarsi sommergere dall'ansia dell'attesa del vuoto, del tempo libero. Dovrebbe imparare a sapere attendere, imparare a costruire, imparare ad apprendere e ad ascoltare. Ascoltare per creare nuove risposte e immaginare nuovi contesti. A sapere costruire nel tempo, ricostruendo la trama del tempo. Saper dare senso al tempo e saper dare senso al qui ed ora. Si tenta di trovare degli spazi in cui la persona trova la sua capacità ad esprimersi per farsi capire. Un'altra cosa fondante della comunità è il confronto costante nella relazione e con il contesto.

Le proposte del tossicomane di ripercorrere circuiti di sfida, di delega, di bisogno nella comunità non vengono accettate. Ed egli viene costantemente rimandato, se non ci prendono per sfinimento, a sperimentare rapporti non manipolativi, non ambigui, ma rapporti responsabilizzanti. E' difficile riuscire a fare questa operazione. Quindi è un cambiamento radicale del proprio modo di porsi e di vivere e lì bisogna coinvolgere anche la famiglia. Queste sono alcune considerazioni sulla comunità, che per altro costituisce solo un pezzo del percorso della storia della persona tossicodipendente.

In questo contesto si inserisce la sieropositività quasi a smentire ogni sforzo ed ogni teoria fin qui elaborata in rapporto ad un percorso terapeutico e ad un futuro di sperimentazione diverso da quello sperimentato per la tossicodipendenza. Si diceva tempo fa che i medici hanno provato una grande frustrazione perchè loro prima erano abituati a curare meningiti, epatiti, malattie infettive meno gravi. Ad un certo punto si sono trovati di fronte al problema dell'AIDS, inguaribile, per cui loro hanno dovuto radicalmente cambiare la loro impostazione mentale, etica e professionale. Io credo che agli operatori per comunità di tossicodipendenti sia capitata la stessa cosa.

Con l'AIDS si è modificato il meccanismo fondante della comunità, l'AIDS purtroppo va ad incidere alla radice di qualunque progetto e cambia il senso del tempo. Sono cambiati i significati di appartenenza, di scambio, di produzione dell'essere insieme. Si è rotto un piano che sembrava acquisito. L'AIDS ha introdotto nella comunità un'inversione di programma. Non è che ha modificato un po' la situazione, ha proprio modificato la rotta. Le comunità prima erano uno spazio di costruzione di felicità possibile. Erano anche uno spazio dove la vita veniva recuperata, veniva rigenerata, veniva percorsa all'interno di un progetto solo propositivo e tutto positivo, concretamente destinato al successo e all'affermazione. Un'altra cosa che ha modificato è la rappresentazione della comunità stessa.

Quindi ora non è più un ambito che assicura il successo, non è più uno spazio in cui si costruisce solo la vita. I rischi e le incertezze che prima non c'erano, ora ci sono. Ci sono delle minacce che tolgono la sicurezza e mescolano le carte del futuro.

Il non detto diventa parte fondante della comunità. Non è più il luogo dove si celebra una vittoria e la vittoria non è più a portata di mano. Prima si pensava alla morte solo per overdose e quindi era fuori dalla comunità.

La vita ora, con l'AIDS rischia di essere ritrovata per poi essere perduta. Quindi la morte non è più fuori le mura, ma dentro le mura. L'AIDS ha riportato le grandi questioni dell'esistenza dentro le mura della comunità e dentro le mura del nostro cuore. E qua si apre il grosso problema dell'accettazione dei limiti. Noi siamo bravissimi a parlare dei limiti alle persone che accogliamo, però siamo meno bravi a riproporci la stessa domanda noi. Questi limiti che la sieropositività porta dentro le mura sono i limiti che essa porta a noi, e noi possiamo subirli o possiamo scegliere di attraversarli facendocene carico per intero, con un'assunzione che sia attiva per costruire su di essi, per inserirli comunque in una rete di rimandi, di progetti e di valore. Accettare questi limiti io credo che sia destituirli della morte.

Questi limiti li si attraversa vivendo il dolore. Io ricordo una ragazza che è architetto e ha detto in relazione ai limiti: "io, sarò una deformazione professionale, non posso che partire dai limiti, prendo un foglio di carta e mi chiedo quali sono i limiti del terreno, i limiti del finanziamento economico, ecc. Io su questi limiti costruisco il progetto. Se io non partissi dai limiti, non potrei costruire il progetto o comunque ne costruirei uno fallibilissimo." Quando noi pensiamo alla sieropositività facciamo l'operazione inversa. Diciamo che la sieropositività è un dramma, un limite infinito: però semplicemente abbiamo sbagliato il polo.

Abbiamo messo alla fine quello che è all'inizio. Cosa comunica l'operatore con il suo silenzio, con la rimozione del problema? Il silenzio e la rimozione comunicano l'insuperabilità del limite, l'inevitabilità della morte. Noi ci dimentichiamo di essere mortali. Con questo silenzio tolgono a sé e agli altri la possibilità di partire dal limite per arrivare alla creatività. Questa secondo me è una colpa in senso esistenziale. Quindi ci sono due direzioni: una è la rimozione della persona sieropositiva, l'altra è la rimozione dell'operatore.

I tossicodipendenti sono bravissimi a ridurre al silenzio, a banalizzare quello che viene detto dall'interlocutore, diventano ricattatori e minacciosi, perchè l'alleanza sul silenzio non può che sfociare in un ricatto per poi dire magari dopo: ma tu che cosa hai fatto per me? Tu perchè hai fatto finta di non sapere? Questa è una difficoltà enorme tra operatore e utente quando c'è la sieropositività. Tutti e due si mantengono in un silenzio contagiato dalla paura dell'impotenza; questo non può che generare paura, impotenza: tutti questi sono gli aspetti per i quali noi lottiamo. La difficoltà tra operatore e utente che già vive una situazione di lutto per il suo tempo è dannosa. Se noi mettiamo in atto questo, blocchiamo la possibilità di comunicare e di condividere. Nella comunità c'è una realtà nuova che sempre più teme e che assume un andamento più circolare, si avvita su se stessa fino a che finisce nel punto centrale che coincide con la morte.

Quindi è la crisi dell'idea del progetto questa, di evoluzione progressiva, di emancipazione. Il tempo si introverte e non guarda verso lo schiudersi all'esterno

della rinascita. Il percorso è invertito: dalla rinascita si va verso il crepuscolo. La strada percorribile è difficile, non c'è più certezza per il futuro.

La comunità diventa uno spazio che può anche essere terminale e non più di rinascita. La strada unica percorribile per gli operatori è l'accettazione responsabile della morte. Deve essere la strategia di fondo che noi, prima di parlare con una persona sieropositiva in comunità, dobbiamo avere. Prima di tutto dobbiamo applicare noi stessi quello che vorremmo che fosse realizzato all'interno della comunità perchè la sieropositività destabilizza il ruolo e nel dialogo e nella relazione di aiuto con una persona sieropositiva non è più sempre una relazione di aiuto da operatore a utente, a volte la carta che si gioca è la ricerca da persona a persona. E' una comune ricerca di senso e di tempo che non ha una strada prestabilita. Non c'è più il ruolo che ci salva, in certi frangenti, e questo ci fa scoprire, ci costringe a scoprirci, fa saltare i confini, i ruoli, le maschere, mette a nudo le incapacità, innesca la nostra angoscia per l'incertezza su di noi, dentro di noi per l'altro che muore e per noi che moriamo. Quindi bisogna provare e non si può non provare su di sé ciò che si chiede agli altri.

Credo comunque sia meglio che mi fermi adesso, anche se siamo solo all'inizio di un lungo discorso.

## GLI INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO

Dott. Leopoldo Grosso  
Psicologo del gruppo Abele di Torino

Il primo punto sono gli obiettivi della riduzione del danno. Sugli obiettivi della riduzione del danno si registra sempre un consenso abbastanza unanime. Difficilmente vengono messi in discussione, quando si dice che gli obiettivi della riduzione del danno sono:

- 1 ridurre la mortalità;
- 2 ridurre le infezioni e quindi le malattie;
- 3 ridurre la carcerazione;
- 4 ridurre le conseguenze negative sulla famiglia e sulla popolazione;
- 5 ridurre l'emarginazione.

Il dibattito vivace e a volte anche un po' strumentale si realizza nel momento in cui si dice che la riduzione del danno è in contrapposizione con le strategie riabilitative. Nulla di così falso nel senso che riduzione del danno e strategie riabilitative non sono affatto poste l'una contro l'altra, ma giocano l'una a favore dell'altra. Solo se noi presentiamo la riduzione del danno totalmente schiacciata su una linea antiproibizionista rischiamo questa contrapposizione, e non c'è nulla che faccia peggio alla riduzione del danno (ma anche alle strategie riabilitative) del fatto che vengano messe in contrapposizione.

Il primo obiettivo quando parliamo di riduzione del danno è chiarire che non è assolutamente un'altra strategia, che non è nessuna nuova soluzione al problema droga, è semplicemente un insieme di strumenti che è utile operare perchè possono servire come ultima analisi anche alle strategie riabilitative. Bisogna dimostrare che c'è non solo assoluta compatibilità tra riduzione del danno e emancipazione dalle sostanze, ma anche possibilità di forte integrazione e forte sinergia.

Può riuscire ed essere opportuna questa metafora. Sappiamo che uscire dalla droga non è facile, che ci si mette mediamente tre anni e mezzo per riconoscere il problema; dal primo buco, oggi primo sniffo in tempo di AIDS, alla richiesta di aiuto presso una comunità o un servizio passa un periodo di tre anni e mezzo di semi clandestinità; con i genitori che sanno e non sanno, che non vogliono sapere, con il lavoro ancora compatibile, ancora un po' di buone compagnie tenute a galla, ecc..

I conti cominciano a non tornare più dopo un periodo di tempo estremamente significativo: tre anni e mezzo. Dalla prima richiesta di aiuto a mettere in moto un percorso efficace di uscita dalla dipendenza il cammino è ancora altrettanto lungo. Chi conoscete voi che è uscito al primo tentativo? Io nessuno.

Se vengono fatti dei buoni tentativi, vale la regola che un buon tentativo prepara il tentativo successivo. Noi abbiamo una comunità di pronta accoglienza e ci siamo visti arrivare uno che è alla sua nona comunità, utilizzava le comunità per

svernare, faceva un suo uso delle comunità, sicuramente non era motivato. Però quanti fanno il primo passo, la disassuefazione e poi c'è la ricaduta dietro l'angolo nel senso che a volte è questione di giorni, a volte di settimane ecc. Il vero problema è prevenire la ricaduta. Questo per dire quindi che la prima richiesta di aiuto non è ancora una richiesta di cambiamento, ma è una richiesta di tregua: "sono in una situazione difficile, datemi una mano che devo stare a galla". Allora la maturazione per riuscire a fare una scelta decisiva è ancora altrettanto lunga tendenzialmente, basta guardare certe iscrizioni ai SERT di persone che sono arrivate ai SERT negli anni 70 e per fortuna sono ancora ai SERT, però non sono ancora usciti dal problema; certo per fortuna ci sono quelli che sono più svelti!

Questo per dire quanto sia lungo e difficile il percorso di uscita dalla tossicodipendenza. Se paragoniamo, qui sta la metafora, il tentativo di uscita dalla tossicodipendenza, a quell'equilibrista che deve imparare ad arrivare al di là della corda, prima che impari, anche se ha imparato, qualche volta cade. La riduzione del danno è la rete che attutisce la caduta. Non so se questa metafora rende, però è possibile rifare un altro tentativo, magari non subito, perché magari uno deve guardarsi dentro, deve capire meglio che cosa vuol fare, magari un tentativo di altro tipo.

Fuori dalla metafora, possiamo dire che la riduzione del danno è una strategia profondamente morale, ed è quella di non abbandonare le persone che stanno male o perché non riescono ad uscire dal loro problema o perché non intendono uscirne. Lo slogan è che è possibile curare un tossicodipendente vivo, non un tossicodipendente morto. Il primo obiettivo della riduzione del danno è mantenere in vita le persone. C'è una famosa ricerca, quindi andate a vedere quello che è successo dopo l'intervento, non quello che è successo nella storia del soggetto prima, una famosa ricerca di un ente americano un po' datata, risale agli anni 80, che ha cercato di vedere quello che è successo su una popolazione di tossicodipendenti della California 20 anni dopo al trattamento.

Hanno scoperto che un terzo non c'era più, un altro terzo ne era uscito, un terzo era ancora lì 20 anni dopo che si sbatteva tra periodi di remissione, ricaduta, un po' di compatibilità, infognamento duro e così via. Allora vedete che una strategia di riduzione del danno è utile ad almeno 2/3 dei tossicodipendenti, nel senso che 1/3 è impegnato seriamente in un percorso riabilitativo, gli altri 2/3 ancora no. Li lasciamo a loro stessi pensando che prima o poi toccano il fondo e quindi maturano una scelta riabilitativa o cerchiamo di fare in modo che nel frattempo si facciano meno male?

E' questo il punto fondamentale della riduzione del danno: organizzare degli interventi di aiuto, di non abbandono, che non mirano alto, alla emancipazione dalla tossicodipendenza, ma mirano a mantenere la relazione, a tenere in piedi un circuito di integrazione sociale e a tenere aperta la porta alla possibilità di decisione del cambiamento. L'importante è che noi siamo d'accordo su questo, perché se vediamo la riduzione del danno in senso quasi fatalistico e nichilistico, ci sembrerà fallimentare, ghettizzante e non possibilista. Se lo vediamo invece nei termini di una strategia che aiuta l'altra, allora ne rivalutiamo tutti gli aspetti di grossa potenzialità.

Se accettiamo questa impostazione, il dibattito più difficile, ma anche il più importante, passa sugli strumenti della riduzione del danno, che poi è il titolo della relazione che avete richiesto oggi. Sugli strumenti della riduzione del danno ne abbiamo sperimentati oggi in Italia fondamentalmente tre. Il primo strumento sono le cosiddette unità mobili: pullman, pulmini, gippini, qualcosa che si muove, che possa contenere due o tre operatori, che abbia uno spazio minimo per fare un colloquio o due all'interno, per far bollire ogni tanto un thermos di caffè e per distribuire del materiale. Le unità mobili oggi in Italia non sono più di una ventina, soprattutto concentrate nelle grandi città: Roma, Genova, Milano, Torino, Bologna, ecc.. Le unità mobili hanno il loro raduno per confrontare le esperienze ecc.

Il lavoro dell'unità mobile non è solo distribuire siringhe pulite in cambio di siringhe sporche, o distribuire siringhe pulite anche senza lo scambio con le siringhe sporche, non è solo fare educazione sanitaria ai ragazzi che vengono a chiedere aiuto, ma è anche soprattutto un altissimo volume relazionale nel senso che al di là dell'elemento materiale che ti porta a frequentare l'unità mobile, sull'unità mobile non converge soltanto una domanda di tipo sanitario e quindi di prevenzione da una serie di rischi, ma converge tutto il sommerso della tossicodipendenza, soprattutto il sommerso più duro.

Non so chi di voi ha presente Torino, tra l'uscita o l'entrata dell'autostrada per Milano e il centro, c'è un grosso rettilineo che si chiama Giulio Cesare, alla fine di questo rettilineo c'è un posto che si chiama Porta Palazzo, che è una zona franca nel senso che lì si compra, si vende di tutto. Noi abbiamo messo l'unità mobile sul ponte Mosca, un ponte sulla Dora ed era guardava caso una posizione azzeccata. Prima di mettere in piedi l'intervento, ovviamente abbiamo fatto le nostre brave inchieste e le persone che abbiamo intervistato di più sono le persone tossicodipendenti le quali ci hanno detto dove erano le concentrazioni maggiori, i movimenti ecc.

Quella era la posizione ideale perché prendeva sia il sommerso della tossicodipendenza più emarginato, sia perché essendo il corso di grande frequentazione, tutti coloro che al mattino presto, all'ora di pranzo, nella pausa pranzo o sulla strada per il lavoro, si fermavano, prendevano la siringa pulita e ritornavano alle loro attività. Nel giro di 6 mesi abbiamo conosciuto 900 persone, metà delle quali non conosciute dai servizi. Quindi abbiamo scoperto che la prima funzione dell'unità mobile non era quella più istituzionale di fare educazione sanitaria e di distribuire materiale sanitario sterile, ma è stato quello di entrare in contatto con una popolazione tossicodipendenza nascosta, che non si iscriveva ai servizi, che non aveva intenzione di andare in comunità, che però un po' di bisogno di relazione lo esprimeva.

Quindi un grosso lavoro dell'unità mobile è stato quello di dare spazio a questa richiesta di relazione e in qualche modo di svilupparla e di portarla ad altre richieste. Tra le tante sconcertanti richieste cui abbiamo assistito in questo anno di attività con l'unità mobile, una che sicuramente ci ha colpito è stata la richiesta di tregua. Gente che dice: "io sono anche disposto a smettere, però se vado al servizio non mi mettono subito in mantenimento metadonico, e io non riesco a smettere subito ne mi fanno

subito la disintossicazione." Oppure gente che chiedeva: "io stasera dove vado a dormire? Io riesco ad arrangiarmi a dormire solo se sto in questo giro, se esco da questo giro devo anche arrangiarmi a dormire".

Quindi un'alta domanda assistenziale, un'alta domanda di relazione, un'alta volontà di tregua che io non definisco volontà o intenzione di uscire dalla tossicodipendenza, ma smettere un momentino. Tregua che a un purista della riabilitazione può non apparire legittima, ma che nelle tossicodipendenze è bene acchiappare perchè da quel momentino può nascere un altro percorso, e comunque in quel momentino c'è la possibilità di fare dell'informazione, di stringere una relazione e di portare a casa forse da parte di entrambi qualche cosa. Quindi vedete che il lavoro dell'unità mobile è andato ben oltre: si è configurato come un laboratorio sulla strada.

Certo noi non distribuiamo metadone, distribuiamo invece Narcan, farmaco salva vita, lo diamo ai ragazzi tossicodipendenti stessi e nello spazio in cui l'unità mobile lavora c'è stato intervento diretto in casi di overdose per 70 volte in un anno, proprio perchè l'unità mobile gira in aree a rischio. La funzione fondamentale è quella di contattare il sommerso, di ricontattare il risommerso. Voi sapete che la maggiore probabilità di uscirne dalla droga è quella di ragazzi che per più tempo sono rimasti in contatto con i servizi. Chi in qualche modo ha saputo per più tempo mantenersi in una relazione di aiuto è risultato un pronostico favorevole per l'uscita dalla stessa situazione di tossicodipendenza.

L'aggancio, il riaggancio, lo sviluppare un rapporto oltre tutto l'aspetto di tutela sanitaria, c'è tutto quest'aspetto imprevisto. Chi pensava di salire su un camper e pensava di fare il distributore automatico di siringhe o di preservativi, si sbagliava. Il lavoro era quello di confrontarsi con tutta una serie di richieste da strada. Primo strumento: l'unità mobile. Contestata, perché ci sono molte difficoltà. Quella posizione secondo noi strategica sul ponte Mosca di cui vi dicevo, l'abbiamo dovuta abbandonare. Era così buona che noi ci stavamo 4 giorni la settimana.

I commercianti della zona ci hanno detto che noi eravamo un'unità mobile e dovevamo muoverci, loro avevano i negozi e la gente non ci andava più. Si è aperta una vertenza, 2 assemblee di circoscrizione, una serie di incontri, interrogazioni in Consiglio Comunale, alla fine ci ha chiamati il prefetto e ci ha detto che dovevamo muoverci di più pena la chiusura dell'unità mobile. Allora abbiamo fatto il compromesso: non ci stiamo più 4 giorni, ma 2 di cui uno la domenica quando i negozi sono chiusi. E infatti un po' di calo dell'utenza l'abbiamo avuto. Ci sono tutta una serie di resistenze, metà lavoro lo dobbiamo fare con i residenti della zona. L'accusa era: "se tutti i tossici di Torino arrivano qui nel nostro quartiere?!". Che poi non era vero perchè poi i ragazzi erano tutti del loro quartiere anche se un po' più disseminati.

Il secondo strumento della riduzione del danno, su cui c'è dibattito e polemica è l'uso del metadone. Voi sapete meglio di me che il metadone ha due usi, è il farmaco principe per le disassuefazioni e l'altro uso, "americano", come sostitutivo delle dosi

giornaliere di eroina e quindi non a scalare ma a mantenimento. Sul metadone a mantenimento c'è polemica. Il problema è che la polemica rischia di diventare ideologica e mai relativa al tipo di uso che si deve fare del metadone a mantenimento.

Se si pensa ad alcune persone che hanno fatto molti tentativi per smettere e non ci sono riuscite, che sono ricadute in continuazione, ricominciando uno scalare dietro l'altro, magari anche alla barba di alcuni patti terapeutici un po' punitivi, per cui se hai fallito uno scalare puoi tornare solo sei mesi dopo e dove se il ragazzo dice: "ma io come faccio adesso?", la risposta è: "fai come hai sempre fatto!". Se queste persone non ci sono riuscite con i tentativi usuali, pur continuando a chiedere aiuto, si può comprendere come il metadone a mantenimento assuma un suo significato, perchè li toglie dalle unghie del mercato nero, perchè li toglie da una vita tutta schiacciata sulla piazza dove ci si alza al mattino e si pensa come rimediare le 150 mila lire per farsi il buco e ricominciare il ciclo per tutta la giornata.

Importante è sottolineare che il metadone a mantenimento non si dà a categorie, questo è un rischio grandissimo, ma a una selezione attenta di ragazzi. Nei servizi, senza voler fare alcuna polemica, una questione che si dice sul metadone è: "sì, il metadone noi lo diamo ai cronici". Già non è di per sé una bella definizione, i più gentili dicono gli "storici". Ma chi sono i cronici? Se andiamo a vedere ci sono una serie di criteri per definirli. Primo criterio: età d'uso.

Quindi se usi eroina da cinque anni per alcuni criteri sei già sulla soglia della cronicità. Secondo criterio: numero di tentativi fatti per uscirne. Terzo criterio, quello che a me fa più paura di tutti, la copresenza di una malattia infettiva. Molto spesso alcuni ragazzi combinano tutti e tre questi criteri. Mi sembra che ragionare così in astratto per categorie e non mettere al centro la persona, non vedere il suo singolo percorso, le sue singole potenzialità e quelle del suo intorno, sia un errore grave.

Per prima cosa definire cronica la tossicodipendenza, quando la stessa definizione di tossicodipendenza che dà l'O.M.S. dice: "la tossicodipendenza è una malattia che ha una caratteristica: la recidiva.", quindi la definizione di cronicità è già nella definizione di tossicodipendenza. Inoltre, alcuni hanno sempre detto che più aumentano gli anni della tossicodipendenza, più la persona ne percepisce i costi, sul bilancino costi-benefici percepisce più i costi e meno i benefici, e continuano a farsi solo per non stare male. Quindi gli anni devono passare. Se arriva un tossicodipendente da un anno e mezzo, due, accompagnato per le orecchie dai genitori, hai voglia di tirarlo fuori, nel gergo diciamo che sono un po' acerbi nel senso che a volte devono purtroppo maturare ancora un po' di tossicodipendenza, riuscire a trovare la motivazione anche se questo non vuol dire che non bisogna provare l'intervento precoce, è però difficile: non so quanti ne riuscite a tirarne fuori in quella situazione.

Anche il criterio dell'anzianità della tossicodipendenza è un criterio molto relativo, perchè al limite aumenta la motivazione; lo stesso vale per il criterio dei tentativi fatti. Il tentativo fatto diventa una palla al piede solo se in qualche modo bollato come fallimento. Ad esempio, pensate alle nostre comunità. Un ragazzo che

dopo sette mesi decide di andarsene lasciando a metà il percorso, rendendo vani tutti i tentativi per farlo rimanere, lo consideriamo un successo o un fallimento? Tendenzialmente un fallimento, perchè non è neanche a metà del programma ecc., e gli rimandiamo questa comunicazione e quindi interiorizza il fatto che non ce la fa. In realtà questa è una parte del discorso, ma non è tutto il discorso.

Ogni trattamento della tossicodipendenza bene o male è sempre, purtroppo, un trattamento coatto perchè una parte della persona vuole uscirne sinceramente, ma l'altra parte vuol rimanere. E quindi c'è sempre una parte contro l'altra. Noi ci alleiamo con una parte, quella che vuole uscire e ci alleiamo contro l'altra. La dinamica è questa e non c'è niente da fare. E' sempre una lotta contro se stessi. Se questo è il quadro, la definizione di cronicità che noi diamo rischia di diventare un'etichetta ulteriore di emarginazione dentro l'emarginazione. E sicuramente non aiuta, l'esempio più lampante lo abbiamo con le persone in AIDS.

Io qui potrei raccontarvi moltissime storie di tante persone in AIDS con 15-20 anni di tossicodipendenza alle spalle che di fronte alla malattia hanno trovato risorse impensate per ridefinire diversamente la loro vita. Questo criterio, secondo cui tutte le persone malate bisogna metterle sotto metadone a mantenimento, mi sembra assolutamente arbitrario.

Io fra l'altro sono favorevole al trattamento a metadone a mantenimento perchè in alcuni casi ha i vantaggi che vi dicevo prima. Toglie la gente dalla piazza, riduce sicuramente la microcriminalità, da una stabilizzazione, consente un'integrazione sociale. Per stabilire per chi va bene e per chi no, bisogna vedere caso per caso, persona per persona, situazione per situazione.

E' questo il concetto principale che ci deve entrare in testa a noi tutti, operatori del privato sociale, operatori del pubblico. Perchè se invece ragioniamo per categorie abbiamo la formuletta che applichiamo e sappiamo che non funziona. I programmi di metadone a mantenimento sono ostacolati anche da un punto di vista legislativo.

Terzo strumento: le case-alloggio. E' uno strumento fondamentale di riduzione del danno. Le case alloggio che ospitano le persone in AIDS conclamato e tossicodipendenti si sono rivelate uno strumento utile contro l'emarginazione. Un'inchiesta dell'Università di Roma Due dice che l'11% delle persone in AIDS conclamato sono senza fissa dimora. L'11% tradotto in termini assoluti vuol dire che alla fine del '95 le persone in AIDS conclamato erano totalizzate in 34.000 di cui leggermente meno della metà ancora in vita, quindi mettiamo 16.000 persone, l'11% è poco più un migliaio di persone che si aggirano soprattutto nei grandi centri urbani e che se va bene entrano nei dormitori pubblici.

Le case-alloggio hanno soccorso gli ospedali delle malattie infettive, i SERT. Non sono tante: ve ne sono circa 50 in tutta Italia e si rivolgono a persone per le quali non è pensabile un intervento di assistenza domiciliare, perchè senza dimora. Per cui questo tipo di intervento da la possibilità: di ricevere assistenza, di avere una vita di relazione, di proseguire le cure di tipo sanitario e di fare dei progetti. Non vogliamo che diventi il cimitero degli elefanti come qualche ragazzo dice. Sono case che ti

ospitano perchè esci dall'ospedale e non sai dove andare e vuoi continuare un percorso di cura, e sappiamo che sono più elastiche sul problema tossicodipendenza di quanto non siano le comunità.

Le case alloggio consentono una permanenza con mantenimento metadonico e siccome i ragazzi sono liberi, è chiaro che se ogni tanto scappa qualche pera, si fanno i conti in chiave educativa, ma non è che gli puoi dire ti butto fuori. Le case-alloggio vengono dimenticate, ma sono uno strumento fondamentale, io penso molto più importante di quello che il Ministero della Sanità ha intenzione di fare.

C'è una proposta forte che viene dagli infettivologi che dice: abbiamo tutta una serie di reparti che vanno chiudendo, utilizziamoli come reparti di cure intermedie, mettiamo dentro tutte le persone in fase di malattia non acuta, che hanno bisogno di una ospedalizzazione. Non si rendono conto di quanto saranno difficili da gestire e che in realtà poi non possono essere la risposta al problema.

Sostanzialmente i concetti che ne vengono fuori sono: la riduzione del danno non deve avere una valenza solo sanitaria, bisogna integrare il sanitario con il sociale, perchè abbiamo visto che là dove ci sono proposte di integrazione tra più circuiti c'è la possibilità di aiuto.

Noi per risolvere il problema di quelli che escono dalle comunità a Torino come gruppo abbiamo dovuto inventare otto cooperative di solidarietà sociale. Chi esce dalla comunità a trent'anni, magari sieropositivo, senza nessuna professionalità, ha una forza contrattuale sul mercato uguale a zero.

Però se vuoi fare il reinserimento il lavoro diventa una cosa fondamentale. Anche per offrire opportunità di integrazione sociale. Qualsiasi programma di tipo farmacologico che non abbia il suo correlato sociale di possibilità di percorsi di integrazione è destinato alla lunga al fallimento. E infatti chi studia i risultati dei trattamenti dicono che i risultati migliori li hanno gli integrati globali, dove c'è tutto, l'aspetto psicologico, l'aspetto farmacologico, l'aspetto di integrazione sociale. L'equazione da cui bisogna stare in guardia è che più emarginazione produce più solitudine, più solitudine produce inevitabilmente più disperazione, più disperazione produce meno responsabilità per sé e per gli altri.

E' fondamentale capire che l'intervento decisivo è quello sull'integrazione sociale perchè con gli interventi solo sanitari si tampona qualcosa, ma non si riesce a fare una buona riduzione del danno. Ci sarebbero ancora quattro strumenti da analizzare che però non sono utilizzati in Italia e quindi li possiamo mettere da parte. Il dibattito è ora sulle droghe leggere. La legalizzazione delle droghe leggere può considerarsi uno strumento di riduzione del danno? Chi la pensa così, tra cui devo dire parzialmente anche noi con molto travaglio, ci vede tre aspetti positivi: 1) La separazione dei mercati: mercato delle droghe leggere, contiguità con le droghe pesanti.

Quanti ragazzi ci hanno detto che hanno cominciato cercando fumo in piazza e hanno offerto loro qualcos'altro. Vero, non vero, un po' di palla c'è, però sicuramente

la contiguità dei mercati non aiuta. Quindi la legalizzazione avrebbe il merito di separare.

Secondo argomento a favore della riduzione del danno è usare una droga contro l'altra. In Alaska ci hanno provato. Hanno legalizzato la marijuana per combattere l'alcolismo.

Noi lo vediamo un po' dall'esperienza di molti ragazzi. Un gran numero di quelli che riescono a fare un percorso anche riabilitativo sull'eroina, spesso compensano col fumo. Qui si tratta di capire quanto compensano, se il fumo è di nuovo la via di accesso propedeutica alla ricaduta o se il fumo è il baluardo su cui si attestano. Terzo argomento è che legalizzare, e quindi creando dei parziali luoghi di consumo tipo i coffee-shop olandesi, avrebbe il vantaggio di favorire fondamentalmente quelli che poi spinellano tutto il giorno. Sui presunti tre milioni di spinellatori in Italia ce n'è una quota che sicuramente non si fa la canna il sabato sera insieme agli amici, ma la usa ripetutamente e quotidianamente. La cannabis ha tre effetti negativi:

- 1) Rallentamento mentale;
- 2) E' cancerogena come il tabacco;
- 3) In alcuni ragazzi alla ricerca di se stessi, gli spinellatori pesanti possono giungere ad una sorta di sindrome demotivazionale, che può essere ad esempio: chiusura in camera tutto il giorno ad ascoltare musica o crisi con la scuola per un certo periodo.

Sicuramente alcuni aspetti negativi li ha, ma se facciamo una comparazione (anche se è brutto ragionare in termini comparati), e ci rapportiamo all'ecstasy, se si dovesse pensare a togliere dalle tabelle verrebbe più da togliere la cannabis e non l'ecstasy, nel senso che i morti per ecstasy noi li abbiamo già avuti. Ha infatti una funzionalità sui nostri organi molto più negativa che non la cannabis.

Poi ci sono due rischi che si riuscirebbero ad evitare con la legalizzazione della cannabis: uno è il rischio carcerazione per chi detiene e per chi vende. La polizia è abbastanza intelligente, se ti trovano con meno di tre grammi non ti arrestano. E poi c'è la questione dei venditori che è andata in Corte Costituzionale poc' anzi. Tu puoi consumare, puoi detenere, ma non puoi vendere; se tu la passi all'amico è reato grave, non è depenalizzato.

Quindi ogni tanto qualcuno per la cannabis in carcere ci va. Poiché chi consuma cannabis non si percepisce come tossicodipendenza, quest'esperienza carceraria può portare a risultati anche gravi. C'è un altro rischio che si può evitare, con la legalizzazione, poiché l'uso della cannabis è diventato un fatto giovanile, si evita di mettere al di là della legalità centinaia di migliaia di giovani.

Questi giovani, sviluppano una tolleranza rispetto all'illegalità che non è certamente positivo e quindi si pone tutto il problema con il rapporto con la legge, con le istituzioni ecc.. Queste sono le argomentazioni che vengono portate contro due grosse problematiche. Non sappiamo valutare bene il rischio dell'aumento dei consumatori nel momento in cui viene legalizzata, perché per alcuni il divieto è un

incentivo a trasgredire, con il rischio di aumento dei consumatori, per altri il divieto è un freno, ovviamente.

L'alcool ci ha insegnato che se aumentano i consumatori, aumenta anche il numero degli alcolisti. Inoltre la legalizzazione di per sè non risolve nulla, neanche probabilmente il problema del mercato nero del fumo. Sulla prescrizione controllata di eroina, sull'esperienza svizzera e tedesca, vi dico solo una cosa molto importante a sostegno dei discorsi precedenti che in primo luogo è fatta su numeri molto piccoli e che non viene solo prescritta eroina tre volte al giorno, viene data casa e lavoro con un progetto di integrazione sociale fortissimo. I risultati non sembrano essere negativi.

Gli ultimi due interventi di riduzione del danno, che non abbiamo importato sono, una sorte di ostelli per le persone tossicodipendenti e le shooting-gallery, dove la gente si va a fare.

Molte ricerche dicono che farsi sulla strada è molto più rischioso che farsi in luoghi protetti, per il rischio di infezione, per il fatto che non ci sono a disposizione le siringhe giuste ecc., per il fatto che se c'è l'overdose è più difficile trovare qualcuno che ti aiuti.

Quindi in Svizzera e in Inghilterra hanno inventato questi posti che avrebbero anche il vantaggio di eliminare la scena della droga dalla strada. Sulle shooting-gallery potremmo parlare a lungo, ma visto che in Italia non ce ne sono è meglio che mi fermi qui.

## **IL MONDO INTERNO DEL TOSSICODIPENDENTE: ALCUNE CONSIDERAZIONI.**

Dott. Daniela Mariotto

Psicologa Responsabile del Servizio di Psicologia della Cooperativa Sociale di Bessimo

Nel pensare a questo incontro e nel preparare questa relazione mi sono trovata in difficoltà poichè essendo rivolta ad operatori già esperti del settore, il rischio era di riproporre riflessioni già note e quindi di scarso interesse o di non poter certo essere esaustiva trattando una problematica così complessa. Ho pensato così di concentrare il mio intervento su alcune riflessioni che derivano dalle mie esperienze formative e professionali nello scambio con i colleghi, che si sono rivelate per me preziose nel quotidiano tentativo di comprensione della sofferenza dei pazienti con i quali lavoro.

Ho scelto questo argomento perchè ritengo che per individuare “come” poter intervenire in modo adeguato, “come” poter entrare in relazione con un paziente bisogna aver prima compreso “chi é” e cosa ci sta dicendo attraverso le sue modalità difensive, i sintomi con i quali si presenta, le angosce o la negazione delle stesse. Al contempo non siamo altrimenti in grado, come operatori che intervengono nei diversi ruoli, di comprendere ciò che il paziente con cui siamo in rapporto sta suscitando “in noi” o sollecita “di noi” e se tale consapevolezza è assente, è più probabile il fraintendimento o una reazione nostra ai limiti dell’agito a certe sue modalità .

Parto dal presupposto che la tossicodipendenza può essere definita come una malattia della dipendenza, della relazione (intrapsichica e intersoggettiva) e del narcisismo (inteso come difesa da una frustrazione intollerabile).

Ho individuato nell’approccio psicoanalitico che integra la teoria delle relazioni oggettuali con il concetto di pulsione, una chiave di lettura, una strada per la comprensione profonda del mondo interno del tossicodipendente. Con questo non intendo dire che la tecnica psicoanalitica sia poi l’unico modello di intervento psicologico possibile e utile nel trattamento del tossicodipendente, perchè al contrario ritengo necessario nell’occuparsi di una problematica così complessa poter individuare per il singolo caso, l’intervento più adeguato e utile in quel momento (psicoanalisi individuale o di gruppo; tecniche psicodinamiche, sistemiche, umanistiche, cognitivo-comportamentali; interventi assistenziali, sociosanitari, preventivi) integrando le risorse del pubblico e quelle del privato nelle diverse competenze (S.E.R.T., C.P.S., Comunità terapeutiche, Progetti per la riduzione del danno, Psicoterapeuti del privato, C.A.R.T. di Mi, Centri di prima accoglienza...).

La mia cornice psicoanalitica di riferimento teorico si rifà al pensiero di Mauro Mancina che posso sintetizzare attraverso le sue parole: “...abbiamo assistito ad un conflitto tra vecchie teorie fondate sulla biologia e l’innatismo che davano grande risalto alla pulsione e scarso risalto all’oggetto (la madre o la coppia di genitori che si prendono cura del bambino) e teorie che rifiutavano il modello pulsionale e proponevano un modello relazionale e interattivo che dava la massima importanza

all'oggetto e alle sue capacità di sintonizzazione affettiva con il bambino... Parlare di relazione d'oggetto implica una revisione del concetto di pulsione e una sua possibile integrazione con il modello relazionale e interattivo della mente. Considero quindi essenziale mantenere il concetto di pulsione, intesa anche come motivazione interna dominata dal bisogno e dal desiderio, poichè è l'unica a dar vita all'oggetto e alla relazione...

E' possibile, allo stato delle nostre conoscenze cliniche, integrare la teoria delle relazioni d'oggetto con la teoria pulsionale, se si prende in considerazione il desiderio come motivazione interna tesa al piacere che vivifica l'oggetto dell'investimento, dal quale esso può trarre gratificazioni e frustrazioni... la mente viene vista come il risultato di un complesso processo adattativo che nasce dall'incontro della pulsione (desiderio e bisogno) con l'oggetto.

Questa teoria della mente infantile fortemente centrata sulla relazione con l'oggetto e sulla interazione della coppia madre-bambino, non può prescindere, io credo, dalla presenza di una motivazione interna condizionata dal bisogno e dal desiderio che il bambino cercherà di soddisfare nel suo incontro con l'oggetto e la realtà. Il desiderio senza oggetto è inconcepibile e così l'oggetto è privo di vita se non è investito dal desiderio... Tuttavia le fantasie e gli affetti che scaturiscono dall'incontro della pulsione con l'oggetto, sono fortemente condizionati dalle relazioni primarie e cioè dai genitori capaci o meno di sintonizzarsi affettivamente con il bambino e devono quindi essere visti come le risposte complesse alle frustrazioni e delusioni che il bambino incontra nel soddisfare bisogni e desideri. Un ruolo importante in queste risposte è giocato dall'equipaggiamento interno del bambino che gli permetterà di tollerare, elaborare e trasformare queste frustrazioni oppure lo costringerà ad evitarle mettendo in moto difese patologiche” (pag. 1/5/19/20 dispensa del seminario: Amore, odio e identità; pag. 35/83 “Dall'Edipo al sogno” ed. Raffaello Cortina '94).

Con Bion si è arrivati a ritenere che il processo fondante l'organizzazione dell'affettività, della simbolizzazione e del pensiero è legato non più alla rimozione, ma alla frustrazione del desiderio. Il modello bioniano a cui mi sto riferendo ritiene che il neonato venga al mondo con una struttura innata che chiamiamo “equipaggiamento” con il quale si troverà a dover affrontare le frustrazioni inevitabili derivanti dall'incontro con la realtà.

Col concetto di “reverie” viene sottolineato il ruolo della madre in tale fase che deve poter accogliere le identificazioni proiettive fisiologiche del suo bambino e favorire una loro trasformazione metabolica, ritornandole bonificate a lui perchè possa così introiettarle. Il bimbo manifesta ciò che chiamiamo “bisogno” , motivazione interna che ha radici nella natura e deve essere soddisfatto, per evitare la morte del bambino o la comparsa di gravi traumi e “desiderio” , motivazione interna più slegata dalla biologia, dalla quale dipende la qualità degli affetti che caratterizzano la relazione.

Sappiamo che il desiderio del bambino è relativo al possesso esclusivo dell'oggetto, al desiderio di confondersi con esso con modalità onnipotenti e totalizzanti; è senza limiti e per questo determina delusioni e frustrazioni certe, poichè nessuna madre, neppure la più attenta ed amorevole potrà soddisfare interamente tale desiderio del suo bambino. Per alcuni bimbi l'insoddisfazione del desiderio può essere tollerata e trasformata, mentre per altri può determinare effetti e dolori intollerabili.

Se il bimbo riuscirà a far fronte alle frustrazioni e all'assenza dell'oggetto, trasformando le sue angosce con l'aiuto della madre e supportato dal proprio equipaggiamento interno, potrà avviarsi verso uno sviluppo cognitivo e affettivo relativamente normale; se sarà costretto ad evitarle, attiverà delle difese che costituiranno la sua patologia relazionale da adulto.

Sappiamo che affetti e cognizioni insieme, partecipano alla formazione delle rappresentazioni che contribuiscono alla creazione di quello spazio metaforico che chiamiamo "mondo interno", dove le figure più significative (in particolare i genitori) in relazione tra loro e con sè, consentiranno al bambino di vivere una vita relativamente soddisfacente, sana o un'esistenza con pesanti angosce e sofferenze; nel primo caso faciliteranno l'organizzazione di aree della mente simboliche capaci di apprendimento, conoscenza, elaborazione e trasformazione delle esperienze e la costituzione di uno "spazio mentale", dove pensiero ed emozioni siano integrate e quindi anche gli affetti più dolorosi siano tollerati.

Sappiamo bene quanto il tossicodipendente sia mancante di uno spazio mentale adeguato ad accogliere le emozioni, le angosce, i desideri..., che renda possibile una elaborazione di questi perchè possano venire trasformati o resi più tollerabili se accompagnati da una frustrazione sentita come insopportabile e sappiamo anche quanto la strada conseguente a tutto questo sia quella dell'agito e un esempio ne è il "farsi".

L'uso delle sostanze:

- ha anche la funzione in questo senso di una risposta immediata che si opponga alla frustrazione del doverla procrastinare per es. quando si desidera chi non è immediatamente presente o disponibile e che quindi viene vissuto come oggetto totalmente cattivo, quindi allontanato dal soggetto che si chiude in un arrocco narcisistico anche attraverso appunto le sostanze-rifugio idealizzate;
- rappresenta una difesa autarchica-narcisistica nel senso che il soggetto nega così di dover dipendere da alcunchè perchè "si basta" attraverso il ricorso alle sostanze;
- è una modalità onnipotente e in questo senso tranquillizzante relativamente alla paura di riconoscere l'importanza dell'oggetto unitamente alla separatezza però da esso, nel senso che è preferibile dipendere da una sostanza che non dall'oggetto amato perchè secondo il tossicodipendente quella si può controllare, gestire ed avere quando si vuole...basta pagarla e procurarsela!.

Una delle conquiste più travagliate che impegna il bambino nel corso della sua evoluzione, è la capacità di essere solo ed è anche il segno di uno sviluppo affettivo adeguato raggiunto.

Scrivono Winnicott che con il passare del tempo il bambino diventa capace di rinunciare alla presenza reale della madre se è stato possibile per lui istituire un ambiente interno abitato da oggetti buoni, dove le relazioni tra gli oggetti interni sono abbastanza strutturate e protette perché egli possa sentirsi fiducioso circa il presente e il futuro. Con la Klein possiamo dire che perché questo sia raggiunto è necessario un buon livello di integrazione tra parti buone e cattive del sé e questo è facilitato dalla presenza di una felice relazione con l'oggetto primario che è stato possibile interiorizzare.

Si entra a questo punto nella dimensione di uno spazio interno metaforico abitato da oggetti in una relazione dinamica tra loro che promuovono nel bimbo (e nelle sue parti infantili del Sé che operano anche nell'adulto poi) la capacità di affrontare sia la separazione dall'oggetto, che la separatezza intesa come processo di differenziazione Sé-oggetto che consente il raggiungimento di una propria identità separata. Il processo di separazione e quello di separatezza sono strettamente collegati tra loro; quello di separazione e quello di differenziazione sono legati a quello della disidentificazione e all'elaborazione del lutto.

Soltanto una volta che questa "identità separata" è vissuta come sopportabile e il dolore psichico che accompagna questo processo è tollerabile, allora è possibile la crescita psichica, l'evoluzione del soggetto in maniera adeguata. È necessario che il bambino sviluppi la capacità di ricordare la madre assente, affinché l'ansia di separazione non raggiunga, seguendo il pensiero di Bowlby, un'intensità patologica ingenerando anche sentimenti di ostilità per l'oggetto amato che si allontana; sentimenti che successivamente aumenterebbero altrimenti nel bambino la paura di essere abbandonato e rifiutato, creando così un circolo vizioso di tipo persecutorio.

Il risultato di tale incapacità si evidenzierà in certe modalità difensive patologiche nella clinica degli adulti, così come anche forme patologiche di assenza totale di ansia da separazione determineranno modalità difensive rigide nell'adulto. Ciò che accomuna queste due possibilità è che il bambino non ha avuto la possibilità di attraversare questa tappa esperienziale fondamentale per uno sviluppo evolutivo relativamente normale.

Solo se il bimbo infatti riceve cure materne sufficienti potrà tollerare l'assenza della madre nelle separazioni riuscendo a rappresentarsela e solo se il suo equipaggiamento innato e una madre capace di una buona reverie lo aiuteranno ad elaborare gli affetti emergenti da tali assenze, in quei momenti di solitudine potrà esplorare il mondo degli oggetti e interessarsi a loro. Solo nel caso in cui il bimbo è accompagnato a sperimentare sia esperienze di separazione che di dipendenza in modo equilibrato, può imparare a tollerare le ansie di separazione e quelle edipiche, potendo così maturare.

E' spesso evidente come sia difficile per il tossicodipendente accettare con l'altro una relazione non totalizzante che presuppone l'accettazione della separatezza, la tolleranza della mancanza nella separazione, l'attesa e il procrastinare la realizzazione di un incontro che per essere sano prevede che tra le due persone in relazione sia possibile riconoscere l'importanza dell'altro pur senza essere un tutt'uno con lui (confuso) quindi una dipendenza sana (cioè: accetto di avere bisogno dell'altro per esempio come bimbo per crescere, per realizzarmi affettivamente in un rapporto d'amore da adulto, per vivere in modo completo la mia sessualità nella relazione con l'altro) e un'indipendenza adeguata (cioè: riconosco che siamo separati, diversi...posso autonomamente fare certe esperienze per poi dividerne alcune con l'altro ora assente...) che non va certo confusa con la reazione difensiva che lo porta invece a confondere questa possibilità sana con il "bastarsi narcisisticamente" (cioè: se non posso dipendere da te totalmente, faccio totalmente a meno di te) naturalmente col supporto delle sostanze. Questa comprensione è possibile se pensiamo che nella personalità narcisistica naturalmente l'illusione di autosufficienza è accompagnata da una situazione diametralmente opposta: estrema dipendenza e vulnerabilità.

L'intolleranza alla separazione può condurre all'assunzione di modalità difensive che possono costituire l'essenza della patologia narcisistica: con le parole di Mauro Mancina "Ogni bambino è in grado di affrontare in maniera diversa la separazione dalla madre, in rapporto al proprio equipaggiamento che può essersi organizzato sia sulla base di condizioni genetiche, sia sulla base di esperienze relazionali ... Un buon equipaggiamento emotivo per affrontare la frustrazione e il dolore mentale prodotti dalla separazione permetterà al bambino di trasformarli, di acquisire la capacità di rappresentarsi la madre assente e dare così inizio ai processi di simbolizzazione e organizzazione del pensiero. Un difetto di equipaggiamento non consentirà al bambino di tollerare ed elaborare queste angosce primarie che si renderanno responsabili di modalità relazionali di tipo narcisistico. Parallelamente, il processo di simbolizzazione sarà disturbato e sarà così snaturata la trasformazione simbolica dell'esperienza e l'organizzazione del pensiero" (Dall'Edipo al sogno pag. 66).

Mancina sostiene che "l'evento strutturante per eccellenza lo psichismo umano è la perdita dell'oggetto, evento che permette al bambino un nuovo rapporto con la realtà. E' la separazione dall'oggetto a favorire la sua rappresentazione, che occuperà come oggetto interno lo spazio metaforico del mondo interno che si sta organizzando nella mente del bambino" ("Nello sguardo di Narciso" pag. 35).

Perché questa rappresentazione sia consistente ed in una buona relazione con il Sé del bimbo, è necessario che l'oggetto primario sia in grado di trasmettere la vita al piccolo e di elaborarne le ansie restituendogliela bonificata. Se questo non accade ciò che il bimbo si rappresenta è il vuoto di un oggetto inanimato, depresso, insensibile, lontano mentre le attese sono di forza, fiducia, vicinanza, amore, presenza, sicurezza. Questa madre interna è in tale caso un oggetto deludente, un oggetto trauma che lo porterà a crearsi i suoi "oggetti protesici", ovviamente di tipo narcisistico poiché

volti al “fare da solo”, al “bastarsi” e tesi ad attaccare l’oggetto deludente e traumatico.

La delusione del bambino è originata dalla scoperta dell’esistenza del terzo, il padre, che secondo il bambino è la causa del disinvestimento della madre. Tale scoperta determina un’intensa angoscia per il disinvestimento materno e di gelosia per l’esclusione. Torna l’importanza della madre a questo punto che si potrà definire “edipica” se riuscirà ad accompagnare il bambino nel processo di separazione e ad affrontare e superare le angosce edipiche o “confusiva/simbiotica” se impedirà inconsciamente il processo di separazione, facilitando nel bimbo la messa in atto di modalità difensive legate alla scissione e alla identificazione proiettiva massiva. In questo momento il padre partecipa come elemento che fa parte del mondo psichico della madre nel rendere la madre più capace o meno di affrontare tale delicato momento relazionale col bambino. Molto poi dipenderà anche dal ruolo che il padre avrà avuto, con la sua presenza o assenza concrete, nell’assistere la coppia madre-bambino nell’affrontare le ansie e il dolore mentale di questo delicato processo maturativo.

Se c’è quindi una relazione con una figura materna che non prevede confini e non sostiene la separatezza col proprio bambino, questi anche in futuro tenderà a cercare una relazione fusionale anche con i suoi futuri oggetti d’amore...e nello stesso tempo avrà molta paura di questo desiderio verso la madre poichè non lo ha potuto elaborare e superare con l’aiuto della madre e del padre nella fase edipica. Il risultato è che tenderà a ritirarsi attraverso la messa in atto di difese narcisistiche ed a questo punto potrà emergere “la malattia della dipendenza” come ricerca di un sostituto d’oggetto.

Nel caso del tossicodipendente può realizzarsi attraverso una dipendenza dalle sostanze che poi diventa coatta anche perchè il sostituto d’oggetto (le sostanze appunto) non nutre in realtà e la frustrazione costantemente ripetuta porta ad una ripetizione coatta del comportamento tossicomano come chiusura narcisistica (mi basto! non ho bisogno di nessuno! meglio dipendere da una sostanza che posso avere quando voglio...basta pagare; che posso avere subito senza procrastinare l’attesa e dover tollerare l’assenza...come accadrebbe se dipendessi da una persona che non essendo in una relazione totalizzante con me può mancare quando ne ho bisogno!). Le sostanze forniscono l’illusione di quella relazione totalizzante cercata per l’intolleranza alla separatezza.

Per approfondire il concetto di narcisismo nell’accezione difensiva con cui vi sto facendo riferimento per comprendere meglio il tossicodipendente, mi appoggio al pensiero di Rosenfield che se ne è occupato per la comprensione e il trattamento delle psicosi. Scrive Rosenfield “nei rapporti oggettuali narcisistici, hanno una parte preminente le difese contro qualsiasi riconoscimento di separazione tra il Sè e l’oggetto. La coscienza di separazione porta a sentimenti di dipendenza dall’oggetto e quindi ad angoscia. La dipendenza dall’oggetto comporta amore per l’oggetto e riconoscimento del valore dell’oggetto e questo porta ad aggressività...Inoltre la dipendenza stimola invidia nella misura in cui viene riconosciuta la bontà

dell'oggetto. I rapporti oggettuali di tipo narcisistico ed onnipotente permettono perciò di sfuggire tanto ai sentimenti aggressivi provocati dalla frustrazione quanto alla presa di coscienza dell'invidia" (Comunicazione ed interpretazione).

I rapporti oggettuali narcisistici sono dominati da onnipotenza e da identificazioni introiettive e proiettive con lo scopo di negare la separatezza e le separazioni e per Rosenfield sono espressione di parti onnipotenti del Sè che hanno la loro origine nella prima infanzia "in una fase in cui l'individuo si sente inerme, piccolo e incapace di far fronte alla realtà di essere al mondo e a tutti i problemi ad essa connessi. Da quando è nato non solo ha costruito la fantasia di un Sè onnipotente, ma ha anche creato, in chiave onnipotente, degli oggetti (dapprima oggetti parziali) che siano sempre presenti per soddisfare i suoi desideri" (Comunicazione ed interpretazione pag. 88). Secondo Mauro Mancina gli oggetti interni di cui parla Rosenfield si possono definire come "oggetti protesici" o "sostitutivi", nel senso che sono stati creati con il compito di compensare una mancanza affettiva e di far fronte ai sentimenti di impotenza, esclusione e solitudine, inadeguatezza e incapacità di affrontare la realtà e il mondo.

Aggiunge che la triangolazione edipica può determinare precocemente alcune difese, tra le quali la necessità del bambino di crearsi un seno posticcio o protesico, un falso seno con caratteristiche autarchiche e megalomaniche. Siamo così parlando di un'organizzazione del Sè megalomanica e difensiva, tipo falso Sè di Winnicot, rispetto alla vulnerabilità narcisistica del soggetto nell'area centrale della sua mente: la vita affettiva. Rosenfield parla di "stile di vita narcisistico" indicando il prevalere nell'individuo (psicotico o nevrotico), di questi oggetti sostitutivi, autarchici e compensatori che sostengono la sua fantasia onnipotente di non aver bisogno di nessuno e la sua credenza delirante in queste sue capacità megalomaniche.

Così ogni evento che possa condurlo a capire la natura sostitutiva e protesica dei suoi oggetti, verrà vissuto come pericoloso perchè capace di smantellare tale costruzione difensiva onnipotente e il soggetto lo ostacolerà, svaluterà, saboterà, distorcerà...per esempio in analisi tutto questo va a costituire l'essenza della reazione terapeutica negativa.

Io penso che per il tossicodipendente tali oggetti sostitutivi- protesici- autarchici siano individuati e identificati nelle sostanze o che comunque queste sostengano fortemente la costituzione di tale mondo interno narcisistico. Seguendo le riflessioni suddette diventa anche comprensibile l'ambivalenza, fatica, contraddittorietà nel tentativo del tossicodipendente per esempio di allacciare una buona relazione (alleanza) con chi lavora con lui per comprendere il suo mondo interno e le sue modalità difensive per uscire dalla tossicodipendenza, e questo anche se lui stesso ha richiesto tale aiuto. Quanto espresso ci aiuta anche a capire quanto sia utile per l'operatore (educatore, psicologo, assistente sociale...) comprendere il mondo interno del tossicodipendente perchè con le sue modalità difensive (scissione, identificazione proiettiva) mobilita risposte-reazioni-spinte ad agire...se non ci si dà uno "spazio per pensare" (supervisione).

A questo proposito ci è nuovamente di aiuto Rosenfield con la sua intuizione raggiunta nel lavorare con gli schizofrenici, secondo cui è in atto un conflitto tra parti della personalità: la parte del Sè infantile, narcisistica e onnipotente che cerca di attirare nella propria trappola distruttiva la parte del Sè libidica dipendente, più sana, facendogli perdere il senso della realtà e la sua capacità di pensare.

Rosenfield partendo da una scissione del Sè in un aspetto onnipotente-narcisistico e un altro dipendente-libidico intende collocare nel primo l'invidia e la distruttività legate alla paura di riconoscere la separatezza dall'altro e di avere bisogno di lui e che questo sia assente, non subito disponibile sentendosi incapace, il paziente, di sopravvivere e nella parte infantile-dipendente la capacità d'amore e quindi la dipendenza nei suoi confronti. Gli aspetti libidici derivano dall'identificazione con oggetti buoni, quelli distruttivi hanno il compito di impedire i rapporti oggettuali dipendenti ( e quindi di crescere) e di mantenere svalutati gli oggetti esterni. Quando nei pazienti narcisistici gravi, come in alcune psicosi, prevalgono nettamente gli aspetti distruttivi, dominati dall'invidia, dal desiderio di distruggere l'oggetto libidico e da impulsi autodistruttivi, Rosenfield rappresenta il Sè distruttivo con metafore molto espressive: come una banda criminale che con le minacce e l'intimidazione mantiene il Sè libidico infantile in stato di schiavitù; ogni volta che questi vuole esprimersi o liberarsi o ogni volta che riesce a fare un passo evolutivo positivo, aggiungo io, ricompare la banda di teppisti o la mafia che lo vuole sottomettere e schiacciare. Quando prevalgono queste organizzazioni interne pericolose del Sè, chiedere aiuto, dover ammettere la propria dipendenza dall'altro, per es. dall'analista, viene sentito come un fallimento completo della propria organizzazione megalomantica, con sentimenti anche di grave umiliazione.

Da questa concezione del disturbo narcisistico deriva una condotta terapeutica volta ad offrire al paziente interpretazioni che gli chiariscano il ruolo distruttivo, perverso della sua parte narcisistica e l'inganno e la falsità con cui opera dentro di lui mettendo a tacere la sua parte vitale, libidica, che accetta di dipendere seppur non in relazioni totalizzanti e per questo quindi di crescere, evolvere...

Con le parole di Rosenfield posso meglio spiegare come il metodo di lavoro che lui propone consista nell'offrire al paziente interpretazioni capaci di aiutarlo "a capire come in lui sia operante una forza che con una propaganda interna esercita una potente suggestione e gli impedisce di pensare e osservare quel che avviene. Questa impostazione mobilita gradualmente l'auto-osservazione" (Comunicazione e interpretazione pag. 91) e consente così al paziente di liberare la parte dipendente e sana del Sè dalla trappola di quella narcisistica del Sè spaventata totalmente dall'idea di rinunciare al desiderio di relazioni totalizzanti e che per negare la separatezza e quanto abbiamo prima espresso parlando del narcisismo come modalità difensiva dalle angosce relative è disposta a tanto. E' nella parte sana e libidica che si trova la possibilità di relazioni oggettuali positive con l'analista e con il mondo ( R. Horacio Etchegoyen pag. 830).

Nella mia esperienza con pazienti tossicodipendenti ho trovato di grande utilità proporre questa comprensione del proprio mondo interno attraverso il riconoscimento

di tali parti del Sè potendo sollecitare la parte sana, libidica, vitale del soggetto ad allearsi con me nel tentativo di affrontare le angosce di fondo e di trovare modalità più sane per tollerarle, attraverso una trasformazione della relazione che gli oggetti interni hanno tra di loro e con il Sè; per favorire una maturazione e crescita mentale del soggetto, bloccata se la parte narcisistica-distruttiva tiene intrappolata quella sana e libidica. Inoltre ho potuto notare come per certi pazienti sia stato prezioso poter riconoscere come propria e naturalmente appartenente alla parte narcisistica onnipotente, la “spinta al buco”; come propria “la febbre del farsi” che altrimenti pareva totalmente incontrollabile, quasi non appartenesse loro e non potessero quindi fare nulla per combatterla.

Un’ultima considerazione è dedicata alla possibilità di aiutare i pazienti tossicodipendenti a costruire e/o ampliare la funzione dell’Ideale dell’Io come introiezione di oggetti genitoriali protettivi, rassicuranti, tolleranti, capaci di fornire un sostegno adeguato nel processo di crescita e maturazione, anche rispetto all’elaborazione del sentimento di colpa che si presenta in seguito alla rabbia e aggressività suscitate dalla frustrazione di desideri delusi (di un rapporto totalizzante con la madre nella relazione diadica precoce, nella risoluzione dell’Edipo con la rinuncia all’accoppiamento col genitore di sesso opposto) e che è accompagnato dall’angoscia di aver distrutto tale oggetto d’amore.

Mi riferisco in questo senso alla possibilità di ridimensionare la funzione punitiva, proibitrice, colpevolizzante, severa, rigida e pesante del Super Io, che è tale se questi soltanto è presente nel mondo interno del soggetto. E’ importante invece che il paziente venga accompagnato a poter integrare queste funzioni interne genitoriali, perchè l’uso di norme, limiti, proibizioni abbia una funzione protettiva, maturativa e creativa nell’adattamento alla realtà e non unicamente punitiva-paralizzante.

A questo proposito è possibile pensare che quando nel tossicodipendente c’è una svalutazione di Sè totale (ciò che per altro determina una reazione megalomane onnipotente perchè è intollerabile sentirsi impotente, dipendente...), un Super Io potente con un Ideale dell’Io inesistente, un senso di colpa che non consente di “riparare” (fase depressiva)...il ricorso alle sostanze determina un circolo vizioso anche perchè le esperienze legate alla tossicodipendenza (prostituzione, furto, figli in istituti, relazioni negative in famiglia...) non fanno altro che caricare il senso di Sè di attributi negativi che vanno a loro volta a nutrire la parte distruttiva e narcisistica del Sè. Così la sostanza che inizialmente ha, tra le altre, la funzione illusoria di alleviare un dolore mentale intollerabile...non fa altro poi che aumentarlo perchè anche l’essere tossicodipendente diventa un’esperienza negativa confermando il pensiero di non valere nulla...e il ricorso alle sostanze torna ad essere l’unica via per addormentare tali vissuti dolorosi, in un circolo vizioso che va a costruire la ragnatela dalla quale è difficile liberarsi.

Non serve sottolineare quanto i vissuti legati alla sieropositività e all’AIDS contribuiscano ad aumentare la parte distruttiva del Sè e a far sentire quella “vitale” assolutamente inutile e senza alcuno spazio, alcun senso. Infine il concetto di colpa totalizzante se presente in un soggetto che usa la scissione e l’identificazione

proiettiva come modalità preminenti sia nel momento in cui viene attribuito totalmente a sè stesso che quando viene proiettato totalmente sull'altro (genitori, compagno, società, tribunale dei minori, SERT, analista...) e quindi ciascuno è o vittima o aggressore paralizza ogni cosa. Quindi il circolo vizioso e la ragnatela si rinforzano. Se invece con l'introduzione di oggetti interni più buoni in relazione tra loro e col Sè in modo costruttivo, grazie anche alla funzione dell'Ideale dell'Io accanto al Super Io, il concetto di colpa lascia il posto a quello di responsabilità, allora si aprono delle chance trasformative, riparative, maturative che restituiscono al paziente la possibilità di accettare i propri errori, i propri limiti, quelli dell'altro e delle esperienze tollerandoli meglio e di attivare delle modalità comportamentali e relazionali nuove, più sane.

## BIBLIOGRAFIA

- W. Bion (1962) "Apprendere dall'esperienza" ed. Armando Roma 1972
- L. Cancrini "Psicopatologia delle tossicodipendenze : una revisione " riv Attualità in Psicologia, vol. 8,1993
- L. Cancrini " La lucidità Inutile della struttura borderline: Genitrix di Francois Mauriac" riv. Ecologia della mente vol. 17, n.1, 1994
- R. Horacio Etchegoyen (1986) "I fondamenti della pratica psicoanalitica" Casa ed. Astrolabio 1990
- Mauro Mancia "Dall'Edipo al sogno" Raffaello Cortina Editore 1994
- Mauro Mancia "Nello sguardo di Narciso" Biblioteca di Cultura moderna Laterza 1990
- Mauro Mancia (a cura di) "Super-Io e Ideale dell'Io" Casa editrice Astrolabio 1990
- Herbert Rosenfield (1987) "Comunicazione e interpretazione" Bollati Boringhieri 1989
- F. Tagliagambe "Il cambiamento nella tossicomania" riv. Gli Argonauti, settembre 1987
- F. Tagliagambe " La Psicoanalisi nella cura delle tossicodipendenze" da Nuovi Pazienti in Psicoanalisi, ed. Franco Angeli
- C. Zucca Alessandrelli "La malattia della differenza: l'indifferenza" riv. Gli Argonauti, marzo 1982
- C. Zucca Alessandrelli "Relazione analitica e tossicodipendenti: la modulazione del setting" riv. Gli Argonauti n.18, 1983
- Altre articoli da riviste del settore e/o appunti di seminari relativi a interventi dei seguenti autori:
- L. Cancrini, P.G. Guizzi, F. Fagnani, M. Mancia, F. Tagliagambe, C. Zucca Alessandrelli.

Ottobre 1996

Daniela Mariotto

Via Val Daone n. 23 - 25123 Brescia

## **SECONDA PARTE: LE RISPOSTE POSSIBILI, DALLA STRADA AL REINSERIMENTO**

### ***IL PROGETTO STRADA: DATI E INTERVENTI***

di Gabriella Feraboli

Responsabile del Progetto Strada della Cooperativa Sociale di Bessimo

Nell'autunno del 94 la Cooperativa Sociale di Bessimo, in collaborazione con il SERT dell'USSL 18 di Brescia, il Comune di Brescia, la Caritas Diocesana e la Cooperativa Sociale il Calabrone ha attivato un servizio di bassa soglia nel centro storico di Brescia (zona Carmine), avviato operativamente nel Gennaio 95.

Nel corso del 1996 il continuo confronto dell'equipe del Progetto Strada, coordinata dalla responsabile Gabriella Feraboli, ha evidenziato in modo sempre più preciso i significati e i possibili interventi di riduzione del danno nella tossicodipendenza attiva, ipotizzando e concretizzando percorsi sempre più strutturati: gruppi mirati, counseling individuale, accompagnamento ed invio a diversi servizi specifici, attività ludiche, somministrazione di questionari all'utenza e ai farmacisti.

Nel maggio 96 con delibera del Comune di Brescia sono state installate in forma sperimentale per sei mesi i distributori di acquisto e scambio siringhe. L'iniziativa è stata presentata alla popolazione attraverso un'assemblea pubblica, con la presenza del Prof. Carosi, infettivologo dell'Ospedale Civile di Brescia e del dott. Leopoldo Grosso, psicologo del Gruppo Abele.

Gli operatori hanno sempre mantenuto i rapporti con istituzioni e territorio, in particolare con gli abitanti della zona, attraverso la partecipazione alla festa del quartiere, il torneo di calcio, la distribuzione di materiale informativo, la cena natalizia aperta a tutti alla mensa ACLI.

Dal gennaio 1995 al maggio 1996 (i dati per tutto il 1996 sono ancora in fase di elaborazione) il numero complessivo dei contatti è stato di 9.986, riferiti a 672 utenti (532 maschi e 140 femmine), mediamente tra i 25 e i 30 anni (leggermente più giovani le ragazze).

Relativamente alla provenienza risiedono a Brescia il 29.2% dei 570 soggetti che hanno riferito il dato, il 42.6% risiede in provincia, mentre il 28% proviene da altre province della Lombardia e da altre regioni italiane; 25 persone, pari al 4.4% sono extracomunitari o nomadi.

Il 30% dei soggetti vivono in strada o in situazioni di precarietà (alberghi, amici, dormitori), il 45% vive in famiglia o in abitazione propria (per il restante 25% il dato non è stato rilevato).

Lavorano con continuità 127 soggetti (pari al 22% del totale), 443 (pari al 77%) vivono di espedienti o di attività illecite: in particolare 97 di questi (68 donne e 29 uomini) ricorrono alla prostituzione come fonte di reddito.

Circa la metà delle persone (315) ha riferito di non aver rapporti con i servizi al momento della rilevazione, di queste 69 sono state inviate ai SERT per una presa in carico complessiva con incremento degli invii nel 1996 rispetto al 1995 del 100%.

Il dato relativo al partner (raccolto solo per 257 soggetti), conferma la difficoltà del lavoro di strada ad entrare nel merito di aspetti intimi. Emerge comunque che solo il 31% di questi ha una relazione affettiva stabile.

Sono sieropositivi 179 dei soggetti contattati, pari al 39.3%. La proporzione dei soggetti infetti è maggiore nel sesso femminile (il 45% contro il 37% rilevato tra gli uomini).

Permangono i comportamenti a rischio in 231 soggetti, di questi 168 fanno uso promiscuo di siringhe, 33 hanno rapporti sessuali non protetti, 30 non adottano costantemente le misure preventive nè nei rapporti sessuali nè nelle autosomministrazioni di sostanze per via endovenosa.

Sul totale delle persone che si prostituiscono 32 non usano costantemente il profilattico, e di queste 6 sono sieropositive all'HIV, evidenziando ancora una volta il problema della trasmissione dell'infezione per via sessuale.

Il numero complessivo delle prestazioni del Progetto Strada è di 15.708, con un numero medio di 23 prestazioni a utente. Le richieste più frequenti hanno riguardato la siringa sterile (sono state distribuite 39.000 siringhe e ritirate 13.650 siringhe usate, pari al 35%). I profilattici sono stati richiesti in 1.085 contatti, distribuendone 8.708. È considerevole il numero di servizi assistenziali diretti (beni di conforto, servizi di lavanderia, guardaroba, servizio docce, rapporti epistolari durante la detenzione, supporto in occasione di ospedalizzazione, accompagnamento ai servizi ecc.) ed indiretti (informazioni ed invio ad altri servizi). Questo evidenzia di fatto le condizioni di disagio, emarginazione e solitudine vissuti da molti dei soggetti contattati.

Hanno richiesto informazioni sulla presa in carico al SERT e sull'ingresso in Comunità Terapeutica 209 persone; in 473 contatti gli operatori hanno fornito informazioni riguardanti la prevenzione da HIV, la possibilità di eseguire accertamenti sanitari specifici, la profilassi dell'overdose.

## **DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

I committenti del progetto sono:

- Comune di Brescia;
- U.S.S.L. 18;
- Regione Lombardia;

con ruoli di finanziamento, collaborazione e verifica.

Gli attuatori del progetto sono:

- La Cooperativa di Bessimo e la Cooperativa Il Calabrone;
- Caritas;
- SERT;

I destinatari di questo progetto sono i tossicodipendenti

Il territorio la IX circoscrizione (centro storico cittadino).

Gli obiettivi del progetto sono:

- 1- Stimolare nei soggetti tossicodipendenti un comportamento preventivo che possa produrre atteggiamenti più consapevoli ed attenti ai rischi connessi alla diffusione del virus HIV e altre patologie correlate.
- 2- Instaurare relazioni individuali e di gruppo con soggetti tossicodipendenti che vivono prevalentemente la strada.
- 3- Favorire l'accesso ai servizi e alle risorse del territorio delle persone con carenza- assenza di riferimenti familiari e sociali.
- 4- Ascolto, informazione e supporto necessari per definire la domanda d'aiuto.
- 5- Conoscenza del fenomeno.
- 6- Informazione alla popolazione sulla tematica AIDS.
- 7- Contribuire a gestire insieme alla popolazione i disagi che possono derivare dalla difficile convivenza con alcuni tossicodipendenti.

## **METODOLOGIA**

### **1- Mappatura territoriale con:**

A- *Servizi territoriali* come dormitori, mense, guardaroba, pronto intervento e altre realtà che lavorano nel disagio.

La collaborazione con i servizi del territorio è importante in quanto l'operatore di strada può svolgere al meglio la propria funzione solo se interagisce con le risorse del territorio giungendo da ponte tra queste e l'utente.

B- Mappatura dei luoghi di aggregazione dei tossicodipendenti: spaccio, rito; attraverso l'osservazione dei tabulati ASM (raccolta scambiasiringhe) e il 118 (overdose).

**2- Opera di mediazione** con cittadini, commercianti, rete dei servizi istituzioni locali (amministrazione comunale territoriale IX circoscrizione, forze dell'ordine).

## **AZIONI**

### **1 lavoro di strada con utenza:**

- aggancio e costruzione di relazioni con tossicodipendenti
- relazione con alcuni figure chiave (baristi)
- - diffusione di materiale informativo
- - scambio e distribuzione di siringhe, distribuzione di profilattici e Narcan.

### **2 lavori in sede con utenza:**

- prestazioni assistenziali (caffè, doccia, lavanderia, accompagnamento ai servizi....)
- prestazioni mediche, appuntamenti per visite e analisi.
- colloqui individuali
- gruppi mirati
- momenti ludici

### **3- lavoro di équipe:**

- confronti tra operatori di strada e operatori di SERT
- diario di bordo

- scheda di rilevazione.

**TEMPI:** 03/10/94 - 30/09/95 Comune  
01/10/95 - 31/01/97 U.S.S.L. 18

**RISORSE:**

- operatori di strada per 72 ore settimanali (attualmente due operatori un maschio e una femmina).
- SERT 20 ore mensili nelle figure di medico, assistenti sociali psicologo
- CARITAS volontari
- Comune finanziamento e sede

**FORMAZIONE:**

La figura dell'operatore di strada rappresenta lo snodo cruciale del progetto, una figura nuova che richiede una professionalità "diversa" per il contesto in cui si muove. La regione Lombardia ha attuato un percorso di formazione con le agenzie formative:

- LILA
- Scuola di psicologia di analisi transazionale
- Università di Pavia
- Coop. Lotta contro l'Emarginazione

**DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA**

- aggancio
- chiarezza di scopi
- promuovere un'attenzione ai problemi della prevenzione e della salute (*HIV, EPATITE, OVERDOSE*).

Il farsi istruire dalle "piazze", per quanto riguarda comportamenti, abitudini, modi di farsi, sostanze, luoghi e gruppi di appartenenza, ha permesso di non calare un progetto dall'alto, rispettando le persone e quindi la persona con problemi di tossicodipendenza come risorsa (es. costruzione insieme del volantino "buco pulito" ubicazione dei distributori scambia siringhe, overdose).

**TIPOLOGIA DELLA STRADA**

**Storici:** persone con esperienze di carcere, di comunità, che non lavora, agganci saltuari con i servizi, no legami familiari, non relazioni oltre il mondo tossicodipendenza, no espedienti, sieropositivi.

**Saltuari:** fanno uso occasionalmente.

**Compatibili:** soggetti con casa, lavoro, famiglia

**Tossicodipendenti con problematiche psichiatriche**

**Tossicodipendenti con problemi di alcool**

**Politossicodipendenti** (cocaina eroina psicofarmaci)

**Giovani** 18/23 anni vivono in famiglia la usano saltuariamente, lavorano, assuntori di psicofarmaci, piccolo spaccio.

## **Le coppie**

**ragazze tossicodipendenti** che si prostituiscono

**Extracomunitari** che fanno uso di sostanze e in parte gestiscono lo spaccio

**Soggetti in trattamento metadonico** che continuano a farsi

**Spacciatori non tossicodipendenti**

## **RICHIESTE:**

Siringhe, profilattici, Narcan, metadone,

*bisogni primari* ascolto, comunità (informativa e presa in carico)

informazioni varie, disintossicazione, lavoro, fermarsi.

## **RISPOSTE:**

*Iniziali:* siringhe, profilattici, informazioni sanitarie e no, ascolto relazioni Narcan.

*Attivate oltre le iniziali:* doccia, lavanderia, accompagnamento ai servizi, rapporti con il carcere, visite ospedale, casa, costruzione di rete con servizi territoriali, visite mediche e prelievi per conto del SERT di (BS), prelievi settimanali nel centro storico, momenti informativi mirati.

**LA FIGURA DELL'OPERATORE** come ponte tra:

Servizi, famiglia, territorio (popolazione).

## **NODI PROBLEMATICI:**

1- Discrepanza tra un intervento di strada e i SERT

2- Mancanza di strutture (dormitori, mense in particolare per le donne, interventi e servizi a bassa soglia)

3- Extracomunitari con problemi di lingua, cultura diversa, tutti clandestini

4- Overdose

5- Abuso di psicofarmaci

6- Precarietà del progetto

7- Sensibilizzazione, informazione alla popolazione

8- Difficoltà ad affrontare la tematica del contagio per via sessuali.

## **POSITIVI:**

Il lavoro di equipe (operatori del SERT e delle due cooperative) se inizialmente è stato faticoso e burrascoso oggi si può definire buono. Con l'utente c'è un buon aggancio e il "tam tam" della piazza ha permesso di entrare continuamente in contatto con un maggior numero di soggetti.

Il lavoro di rete con il territorio è in continua espansione e di buona collaborazione.

## **IL CENTRO DI ACCOGLIENZA: Come e perché**

di Suor Daniela Giovanelli

Responsabile Casa di Accoglienza di Passirano

Nel 1992 c'è stato un incontro felice tra una richiesta che partiva da alcune suore delle poverelle che volevano mettere in atto un'esperienza significativa del vivere la loro vita consacrata al servizio di persone con disagio e la Caritas diocesana che aveva una struttura devoluta per delle finalità non precisate. Ci hanno messo a disposizione questa struttura che era un lascito del Sig. Bendiscioli e la Caritas si è presa l'incarico delle ristrutturazione e noi della disponibilità delle persone.

Il primo anno è stato un po' di conoscenza dei bisogni, di cosa c'era di maggiormente scoperto; la casa doveva diventare un punto di riferimento per i bisogni e per l'animazione pastorale. Così abbiamo visto questa latitanza della Chiesa rispetto ai bisogni; allora non avevamo in mente un ambito preciso di persone a cui rivolgersi; quindi siamo partite disponibili un po' a tutto ma ci siamo accorte che il bisogno dirompente era proprio quello della tossicodipendenza. Ci siamo impostate giuridicamente dal 1993 in poi, iniziando le accoglienze di alcune persone che in un primo tempo venivano preparate all'ingresso in comunità; per molti siamo diventate un sostegno nel passaggio dalla strada ad un accompagnamento alla disintossicazione, ai colloqui, fino all'ingresso in comunità.

Altre richieste ci vennero dal carcere, un ambiente pieno di bisogni, lontano dall'attenzione della società, della Chiesa, a volte anche dalle organizzazioni di volontariato.

Il nostro progetto rappresenta una scommessa, dare una mano il più competente possibile a persone che sono in grave difficoltà e che vivono situazioni di crisi acuta, oppure che si trascinano da tempo in una vita sulla strada della quale avvertono pesantemente la stanchezza e l'emarginazione. La nostra disponibilità vuol essere una risorsa, un'accoglienza aperta; non accogliamo solo le persone che ci garantiscono, ci giurano che vogliono uscire dal problema ma proprio per quelle persone che, data la loro storia, forse non ci garantiranno mai di uscire definitivamente dal problema e che in termini umani sociali e cristiani hanno pieno diritto a trovare una risposta, qualche porta aperta se decidono anche solo per qualche mese di riprendere fiato.

Il nostro fine è quello di sperimentare un modo diverso di vivere insieme, un sentirsi di qualcuno, sentirsi amati; prima di aver bisogno di regole queste persone necessitano di amore, del supporto di persone interessate alla loro vita mentre sulla strada contano solo se hanno in tasca qualcosa, se possono comunque barattarsi. Mettersi a disposizione con gratuità con interesse nel valorizzarli come persone per quello che sono al di là delle proprie difficoltà che possono essere affrontate oppure no. Proprio in occasione del trentennale della morte di Don Milani e il suo motto "I CARE" deve diventare sempre più nostro.

La nostra posizione giuridica da giugno 1995 è collocata come centro di pronto intervento associato all'Associazione Mamré di Clusane. Inizialmente si era parlato di costituire un'associazione di parrocchie perché fosse coinvolta anche la Chiesa bresciana.

Le persone che si rivolgono a noi sono di diverso genere: c'è chi chiede accoglienza per un periodo di pausa, c'è chi si prepara per entrare in comunità. Per quanto riguarda l'assistenza nell'ambito carcerario abbiamo riscontrato il buon funzionamento del modulo degli arresti domiciliari mentre sono diventati più problematici gli affidi sociali forse perché non filtrati da noi a sufficienza, sia per il tipo di richiesta sia perché si chiedeva l'affidamento.

Si dimostrano più motivate le persone che hanno il fine pena, diventa una scelta più motivata in quanto hanno finito di scontare e si trovano nelle necessità di chiedere un aiuto; si instaura allora una serie di incontri per definire che cosa si aspetta da noi e cosa possiamo offrirgli. Solitamente ci viene chiesto di aiutarli a trovare un lavoro, una casa, ma questo non è sufficiente a risolvere il problema; vogliamo anzitutto aiutare queste persone a guardarsi dentro a vedere qual'è il problema a monte che li ha portati a perdere queste relazioni, queste risorse che avevano: da ciò si parte per costruire insieme un progetto per il futuro. Chiediamo in genere che permangano e lavorino all'interno della casa almeno per 2-3 mesi in quanto soprattutto i ragazzi che escono dal carcere e che non hanno problemi legati a sostanze stupefacenti non trovano appoggi in servizi sociali.

Seguiamo inoltre persone con problemi di etilismo alle quali abbiamo dato sostegno ed evidenziato la necessità anche per loro di un percorso comunitario; abbiamo scoperto una comunità in provincia di Cuneo che funziona molto bene e quindi alcune persone hanno fatto un percorso per entrare e fare un ciclo terapeutico. Per altri abbiamo creato un sostegno dopo la disintossicazione ospedaliera per riattivare alcune risorse all'interno del loro paese.

L'accoglienza non avviene in modo immediato in quanto, oltre ad essere limitato lo spazio, preferiamo fare delle valutazioni a priori sulle reali motivazioni della persona e se noi come struttura siamo in grado di dare una risposta al suo problema; esiste quindi un incontro preliminare di conoscenza in cui spieghiamo come siamo organizzati e cosa siamo in grado di offrire. Alla penuria di posti di accoglienza stiamo ovviando attraverso una formula di accoglienza diurna attraverso anche un programma di impegno con lavori presi da alcune aziende in quanto per molti di loro è ancora difficile rientrare in impegni di tipo continuativo che prevedano orari.

I tempi di permanenza variano dai 4-6 mesi per dare opportunità anche ad altre persone, ovviamente con le debite eccezioni per persone che hanno bisogno di tempi più lunghi. Siamo inoltre arrivate in alcuni casi a dover dire a certe persone che avevano bisogno di un aiuto ulteriore o che non avevano raggiunto una maturazione sufficiente per affrontare il percorso comunitario da noi proposto. Abbiamo cercato di

affrontare queste situazioni non con i termini dell'espulsione ma nella concorde necessità di altre esperienze o di altro tempo per maturare maggiormente nella scelta.

Un'altra grande difficoltà è quella di creare una buona rete esterna con condizioni di buon vicinato, ma è sempre più difficile da realizzare in una società sempre più individualista che tende ad escludere ed allontanare; negli ultimi anni abbiamo visto la necessità di crescere un gruppo di giovani esterni che costituiscano la rete oltre agli amici di queste persone che diversamente rischierebbero di tornare alle vecchie amicizie; si è dunque attivato un gruppo di volontari molto attivo molto dinamico con i quali facciamo degli incontri di formazione e di organizzazione; a loro abbiamo delegato quasi del tutto la gestione del tempo libero, delle serate e dei fine settimana.

Nella casa dunque ci sono tre suore, un gruppo di obiettori della Caritas e appunto questa risorsa di volontari. Non vogliamo essere una casa ospitante in termini solo fisici, ma sempre di più vediamo la necessità di avere una relazione profonda, di condividere le proprie fatiche, le proprie gioie; questa relazione, che parte in termini amicali anche se con chiarezza di ruoli, produce frutti di confidenza e di richiesta di aiuto. La gestione della casa è comune a tutti.

Noi investiamo energie e tempo anche per andare nei gruppi di volontariato, nelle associazioni, nei gruppi ecclesiali per dire che solidarietà e carità significano non solo dare, bensì **dare qualcosa di sé**, di investire qualcosa di se stesso, se vuole dirsi solidale, perché l'offerta non si fermi solo al denaro ma nel mettere in gioco quello che uno ha dentro. L'organizzazione delle giornate non è troppo intensa ma piuttosto graduale in modo che nessuno si senta frustrato all'interno della struttura.

Ci siamo posti un regolamento interno per le persone che chiedono ospitalità in modo che sia orientativo della nostra caratteristica: non uso di sostanze né di alcolici, che non ci sia violenza fisica o psicologica, il rispetto degli orari, la partecipazione alla gestione della casa e per il primo periodo chiediamo che i ragazzi escano soltanto accompagnati da obiettori o volontari, poi man mano si acquista una maggiore autonomia vengono concordate i tempi e le modalità di uscita da soli. Abbiamo due laboratori: in uno assembliamo cinture che ci vengono fornite da una ditta e nell'altro icone che poi vendiamo nelle fiere e nei mercatini che organizziamo.

## **LA COMUNITA' TERAPEUTICA TRA MITO E REALTA'**

di Don Pietro Verzeletti

Presidente della Cooperativa Sociale Il Calabrone - Brescia

"La realtà ha fatto scoppiare il pallone del mito, camminiamo coi piedi per terra". Esprimo un mio stato d'animo ogni volta che devo considerare alcuni argomenti che toccano le persone che soffrono: io faccio fatica perché la sofferenza non è qualcosa che va recintato, non è un errore da correggere, è sempre un segno faticoso da leggere. Una prima considerazione quando si relaziona con una persona: mai teoria senza prassi, senza l'esperienza; d'altra parte mai la prassi senza la teoria.

Dall'analisi delle cronache passare alle idee che trasformano la cronaca per approfondire quali possono essere i concetti che sostengono l'operare, perché siamo convinti che il solo operare con la laurea del cuore è una gran cosa ma non è sufficiente, bisogna aggiungere un tasso di professionalità.

I processi di risocializzazione sono alla base del compito delle comunità che si attivano quando una persona, con determinati comportamenti, si accorge di vivere una situazione di malessere accentuato (sofferenza), per situazioni di fatto in cui è inserito, come la strada ecc.. Una situazione di questo tipo incontra un gruppo portatore di una definizione alternativa di realtà, di punti di vista nel considerare la vita e ciò dà luogo ad una elaborazione personale con un intenso coinvolgimento doloroso ed emotivo e che a volte porta ad una vera e propria disorganizzazione del proprio io, del proprio sé.

L'inserimento in un gruppo può permettergli di riorganizzare questa sua identità. C'è chi si interroga sul futuro delle comunità per tossicodipendenti. Ci sono tante piccole comunità che stanno dando ora i frutti migliori del loro operare e che costituiscono un'esperienza preziosa da analizzare, da interpretare sulla base di una conoscenza consolidata; considerare esaurite queste esperienze soltanto perché si va chiudendo una fase iniziale confusa mentre si sta definendo una fase metodologica più precisa, più attenta ai bisogni espressi dalle persone, pensare che debbano chiudere perché si sta chiudendo una fase pionieristica equivale a chiudere un laboratorio scientifico. Ma allora quale futuro per le comunità, quali sono le ragioni per le quali oggi ci si pone questo interrogativo?

Dapprima è intervenuto l'evento AIDS nel 1992: sono morte più persone di AIDS che di overdose. L'idea che permane in ogni tossicodipendente che entra in comunità è che magari un giorno tornerà alla vita normale, nel caso di un tossicodipendente sieropositivo quest'idea va spegnendosi e le comunità devono riflettere sulla differenziazione dei percorsi anche per persone sieropositive; poi si è diversificata di molto l'utenza e c'è anche una specie di omologazione degli atteggiamenti dei tossicodipendenti per strada, c'è inoltre una forte diversità nelle fasce d'età dai diciottenni ai trentacinquenni: oltre al fatto che le forme della tossicodipendenza coprono un'infinità di disagi, dai non vedenti ai disabili, dai

sordomuti agli handicappati; sono percorsi diversi da quelli che in genere si era abituati a definire, ed è da questa differenziazione che parte in qualche modo una crisi della comunità che non può più dare la stessa risposta a soggetti così differenti. La comunità ormai non è lo strumento risolutivo.

Anche l'attenzione ai messaggi, al "Tam tam" tra i giovani serve per riconoscere e valutare la percezione della comunità dall'esterno. Alcuni effetti di quello che possiamo definire un punto unitario di considerazione sul finire degli anni '80, cioè la delega totale alle comunità, è stato sicuramente un esempio di generosità ma per poi accorgersi che mancavano le verifiche degli strumenti per seguire tutte queste persone con i loro problemi così diversificati; poi ci si è accorti della grande selezione dei giovani durante il percorso di comunità.

Oggi è diminuito questo fenomeno forse perché c'è una valutazione più attenta delle risorse e degli stessi problemi della persona. Una delle osservazioni importanti è quella che riguarda l'economia di scala, ovvero l'atteggiamento di alcune comunità che si sono ingrandite a dismisura con il rischio di diventare dei collegi diventati anonimi dove il tutto è tenuto insieme dalle norme. Ecco alcune delle cause delle crisi del modello comunitario. L'introduzione del concetto di riduzione del danno inteso come non abbandonare le persone che non ce la fanno, è un tentativo di autocorrezione da parte della comunità ad una logica che nei fatti è risultata essere altamente selettiva. In questo momento è importante chiamare le comunità ad una riflessione sui dati e quindi sui percorsi di uscita dei giovani dalla comunità, quella che viene chiamata "ipotesi salvifica", per mettere in luce sia le potenzialità che i difetti delle comunità stesse.

Una seconda riflessione riguarda il superamento dei concetti di comunità come trattamento compiuto, e quindi di per sé riabilitativo dello stato di tossicodipendenza. Una terza riflessione per le comunità riguarda la presenza di un'utenza fortemente diversificata, c'è bisogno quindi di trattamenti diversificabili e forse di differenziare anche le comunità stesse, necessità che si sviluppa nel rivolgersi a gruppi omogenei. E' importante anche saper dire di no, non in senso dispregiativo, ma riferendosi a persone che hanno ad esempio un certo limite di età, oppure al minore magari spinto in qualche modo da altri ad entrare in comunità, quale relazione, quale aggregazione o convivenza si può impostare con un gruppo troppo disomogeneo?; no alla tossicodipendenza di copertura, il cosiddetto disagio psichico.

E' onesto ammettere l'impreparazione o l'impossibilità di dare una risposta a certi problemi. No all'AIDS conclamato, persone con prospettive di vita molto ridotte; no alle proposte dal carcere se sono incompatibili con il percorso definito con i vincoli preposti; no agli alcoolisti. Tutto questo per sottolineare che la comunità, rispetto alla varietà dell'utenza, in qualche modo si difende perché non riesce a seguire tutti: la comunità non è il luogo assoluto della riabilitazione.

Una riflessione fondamentale riguarda il lavorare in maniera mirata su gruppi più omogenei possibile in modo che si possa mettere in moto una certa logica di auto-mutuo-aiuto; le comunità non devono forse rispondere solo all'ipotesi del

cambiamento, quindi con progetti comunitari detti "a bassa soglia"?. Un ultimo aspetto di riflessione riguarda il dovere di contestare l'equazione: discontinuità, ricadute = fallimento. Il programma continua comunque sia per il "Drop Out" sia per chi ricade anche se per quest'ultimo si crea un clima difficile di affetti traditi, un senso di incapacità e vergogna anche per chi ha tentato di aiutare questa persona. Attenzione nelle distinzioni perché dal punto di vista teorico alcuni sostengono che è la droga che prende la persona, altri invece sostengono che comunque è la persona che prende la droga; allora l'approccio cambia molto a secondo del punto di vista poiché esistono persone che prendono droga e in qualche modo rimangono capaci di gestirsi.

Quali sono le condizioni perché una comunità possa assicurare l'attivazione di tale processo di risocializzazione? Questa è la sfida del nostro tempo. Non è più il momento di tentare, è finita l'epoca del pionierismo, magari diventeremo pionieri in altra maniera, in qualche altro aspetto del problema; le prospettive nuove ci sono come pure l'esperienza, si tratta di passare da una raccolta di esperienze ad un discorso di metodo più scientifico proprio perché indichi le possibilità di procedere. Intanto dobbiamo intenderci sul significato stesso della nozione di comunità: perché non introduciamo invece il termine di ambiente terapeutico?

Non è una riflessione secondaria ma si tratta di concepire il modo di lavorare, il modo di intervenire; il termine comunità può riferirsi ad una struttura sociale di convivenza che porta alla riabilitazione, al reinserimento sociale delle persone. Per avere queste caratteristiche la struttura è costituita da un gruppo di persone che convivono nel corso di una tappa particolarmente significativa per chi accede e quindi dev'esserci continuamente la possibilità di interagire in modo diretto tra loro. Nella relazione tra coetanei conviventi con lo stesso problema e tra chi interviene, ovvero gli operatori, c'è un interagire mantenendo una chiarezza di ruoli. Io non credo nell'educatore amico, credo all'operatore serio, che non si confonde, e questo non per alterigia professionale.

E' importante come la comunità interpreti il sorgere della tossicodipendenza e interpreti le modalità in cui si prefigura l'uscita. Ogni esperienza di comunità dovrebbe fondarsi su una solida teoria per avere sufficienti garanzie che operando in quel modo si fa carico dei problemi di colui che chiede di entrare a far parte della comunità e quindi sarà in grado di superare il suo stato di tossicodipendenza proprio perché gli è stato prospettato un progetto; ne consegue che sempre la comunità deve avere un progetto di recupero, non statiche procedure ma osservazione continua dei dati di valutazione, tenendo conto sia dei contributi che vengono dalle persone che vivono quel problema sia di ciò che ha funzionato in interventi precedenti (pre-comunità, accoglienza, progetto strada, la famiglia, l'ambulatorio ecc.).

Sul come uscire in particolare dalla tossicodipendenza occorre che la comunità indichi come intende affidarsi l'apparato psicologico-sociale-umano della persona che ospita e dichiarare gli obiettivi finali che si intendono perseguire insieme alla persona; si può ipotizzare anche nell'ambito della tossicodipendenza lo strumento chiave che definiamo "ambiente terapeutico". La qualifica di quest'ambiente deriva

dall'accesso alla comunità assolutamente volontario e consapevole, l'attenzione a tutti gli aspetti: dello spazio, della modalità organizzativa, della disposizione di tutti gli oggetti che costituiscono l'ambiente di vita, proprio perché il soggetto si possa sentire in qualche modo a casa propria in un ambiente in cui conta e in cui può muoversi liberamente, ma occorre anche che tutti i momenti della giornata abbiano una rilevanza terapeutica e siano considerati per quello che possono significare per le persone. La giornata è rigida, ordinata, programmata, contrapponendosi a quella che il soggetto ha vissuto altrove in modo che il tempo sia scandito, per riappropriarsi della percezione del tempo: non più il tempo della notte ma il tempo del giorno, non più il tempo dei sogni ma il tempo della quotidianità.

Ogni attività rappresenta un'occasione per il cambiamento, l'organizzazione dell'attività varia e si caratterizza per l'obiettivo che si dà perché quell'obiettivo non è scarno ma ricco di significato. La vita interna del gruppo come contesto in cui il soggetto può stabilire o è costretto a stabilire relazioni di identificazione con persone che come lui condividono questo percorso, questo travaglio. Quindi è importante la sollecitazione alla partecipazione magari anche forzata. Non insisto sull'importanza dell'impegno lavorativo in quanto costituisce un elemento centrale per favorire il cambiamento perché può favorire sentimenti di appartenenza, di efficacia, di competenza ed anche di assunzione di responsabilità.

La presenza di regole diviene, in ultima analisi, condizione indispensabile per salvaguardare la convivenza reciproca ma anche per fare i conti coi propri limiti perché ci si muove dentro dei confini. La maggiore difficoltà del tossicodipendente sta proprio nell'instaurare, il più liberamente possibile, la relazione. L'incontro tra tutti è sempre possibile; forse è questa una delle grandi risorse della convivenza. Le regole costituiscono per il soggetto un indicatore importante nel processo di cambiamento, permettono di capire come e perché e a quali livelli si verificano le trasgressioni: ciò che si può imparare o ciò che si deve dimenticare per riuscire ad accettare i confini senza sentirsi schiacciati. La regola ad un certo punto diventa un valore per la persona. Il punto di arrivo di un percorso di comunità è quello del cambiamento nel soggetto.

## **INTERVENTI CON NUCLEI FAMILIARI**

di Egidio Zoni

Responsabile della comunità per nuclei familiari della Cooperativa di Bessimo a Pontevico

La cooperativa di Bessimo ha cercato di rispondere a questo problema che emergeva sin dagli anni '84-'85 aprendo una casa a Gabbioneta poi trasferita a Pontevico e successivamente aprendo una seconda realtà a Gabbioneta trasformata da centro di prima accoglienza a comunità per coppie. Ultimamente è stata aperta la casa di Rogno convertita da comunità per maschi singoli a comunità per coppie. Intendo con questo evidenziare particolarmente il significato che la Cooperativa di Bessimo ha dato al valore del nucleo familiare.

Per quanto concerne la nostra esperienza, la presa in carico di un nucleo familiare è un'impresa che si dimostra certamente difficile, ma se affrontata nel modo adeguato può dare grandi soddisfazioni. Tra i problemi che dobbiamo affrontare troviamo: la difficoltà di inserimento in comunità per il tossicodipendente quasi disintossicato; la motivazione al programma comunitario; problemi sanitari, giudiziari, rapporto con le regole, le relazioni con gli altri.

Il primo problema della coppia si evidenzia nel momento in cui l'effetto della sostanza viene meno e i due si scoprono diversi da come si conoscevano; se all'inizio la disintossicazione può essere un motivo che spinge entrambi all'ingresso in comunità, poi, man mano che prosegue il percorso-programma comunitario emerge la loro diversità e chiaramente possono crearsi situazioni di conflitto. Altro problema è quello della presenza di figli dei quali si devono prendere cura in modo totale quando magari prima erano altri ad occuparsene; nel caso siano affidati a strutture pubbliche o ai nonni, si prevede l'investimento nel programma, tramite il servizio per minori, per poter recuperare la loro presenza a condizione che i genitori seguano con scrupolo il programma comunitario.

Spesso le coppie tossicodipendenti sono forzate nella scelta comunitaria e questo li porta a considerare come tiranni i servizi pubblici e lo stesso tribunale dei minori ma poi, nella maggior parte dei casi, le stesse coppie li ringraziano di questa costrizione ad entrare in comunità. Esiste inoltre il problema di coordinare i diversi servizi alla persona in modo che possano interagire nel programma: ad esempio può accadere che marito e moglie arrivino da territori diversi quindi abbiamo in riferimento due SERT; il servizio ai minori ed il tribunale per i minorenni, il Centro di Servizio Sociale per Adulti per gli affidati.

E' vero che non siamo noi a dover fare da coordinatori, ma spesso se non corre una buona intesa tra i vari servizi dobbiamo noi farci carico di coordinarli. Nel caso in cui sopraggiunge una gravidanza si cerca innanzitutto di preparare le coppie a tale decisione restando loro il più vicino possibile, comunque non veicolando mai una tale scelta che viene comunque rispettata. Esistono anche casi in cui la convivenza tra i

due risulta più distruttiva che costruttiva; in tal caso affrontiamo la situazione attraverso una separazione che può essere anche solo momentanea dove chiediamo alla coppia di dividersi in due nostre diverse comunità singole (maschile e femminile) per fare un momento di riflessione e recuperare senza la presenza dell'altro una parte di se stessi, per poi rimmetterli ancora insieme per continuare il programma in coppia.

La relazione con le famiglie di origine è un aspetto particolare: generalmente nel programma dei singoli c'è una forte relazione con le famiglie ma nel nostro programma no. Dal momento che noi puntiamo sull'autonomia di questa famiglia, sul riconoscimento di questo nucleo familiare, le famiglie di origine vengono contattate solo per sancire questo nucleo comunque in grado di gestirsi in modo autonomo, quindi senza interagire in maniera particolare salvo i normali rapporti tra familiari.

Di fronte a tutte queste problematiche noi ci poniamo comunque in un approccio di estremo rispetto e considerazione soprattutto della loro scelta di sentirsi coppia; il nostro intervento non mira mai ad una separazione tra i due, anche se dai nostri elementi emerge l'assenza di presupposti per l'esistenza stessa della coppia: lavoriamo affinché siano loro stessi a riconoscere tale situazione e nell'eventualità giungere ad una separazione.

In realtà sono state poche le coppie che sono arrivate alla separazione, solo 2 o 3 sulle 208 che stiamo o che abbiamo seguito. Risulta perciò evidente come nella dinamica della coppia vi è una forte risposta che deve a nostro avviso essere considerata; può succedere che già a monte dai servizi da cui provengono parta la considerazione che i due non possono essere inseriti in coppia perché la lettura che viene data è di una coppia che si è formata per la sostanza e non una vera coppia di fatto come richiesto dai presupposti per l'ingresso in comunità.

Dal nostro punto di vista è comunque meglio iniziare in coppia e eventualmente arrivare ad una separazione temporanea ma consenziente rispetto alle loro dinamiche, piuttosto che iniziare un programma separatamente per poi arrivare alla riunificazione; questo perché si rischia di illudere i soggetti con un cammino separato di arrivare ad acquisire un equilibrio che puntualmente, al momento della loro riunione, viene meno col pericolo di sprecare comunque del tempo. Nel momento della riunificazione l'equilibrio che ha raggiunto il singolo nella dinamica di coppia, viene stravolto; non possono più pensarsi come singoli ma devono necessariamente pensarsi come coppia.

Se è vero che il raggiungimento del riconoscimento come coppia è difficoltoso per chi non ha il problema della tossicodipendenza, immaginate come sia difficile per chi non ha definito un "io" personale. La dinamica della coppia permette di arrivare ad un "noi" tenendo ben presente che per arrivare a questo risultato c'è bisogno di un buon "io" personale; man mano che cresce questo "io" cresce anche il "noi". Sul piano emotivo - affettivo essi trovano le risposte proprio nella coppia e la vita insieme permette loro di sperimentarle in modo diretto; se sono genitori, il ritorno positivo nella gestione dei figli li gratifica enormemente.

Anche l'intervento dello staff educatori è estremamente importante per il conseguimento di questi obiettivi. La lettura di tutte queste dinamiche che intervengono durante il percorso comunitario necessita di una buona interazione dello staff operatori, di un buon equilibrio e unità di intenzioni nel perseguire ciò che è meglio per i soggetti; anche in questo caso la diversità dei componenti dello staff diviene risorsa nella lettura delle realtà per le conseguenti scelte educative da prendere. Un operatore segue nelle varie fasi evolutive la coppia, ma è tutto lo staff che sostiene l'atteggiamento educativo nei loro confronti facilitando così la continuazione nel tempo di agiti che nei primi momenti di comunità non sono riempiti di significato ma che ne acquistano col passare del tempo.

Volendo citare a conferma di quanto detto alcuni dati in nostro possesso diciamo che da noi sono passate, contando le attuali presenze, 208 coppie di cui 173 hanno finito il programma, di queste 106 (circa 65%) stanno bene ed hanno risolto perlomeno il problema relativo alla tossicodipendenza. Entrando nello specifico scopriamo che di 173 solo 80 coppie hanno terminato completamente il programma e di queste 80 quasi il 90% funziona, stanno bene; delle altre 93 coppie che non hanno terminato il programma, includendo anche quelle che si sono fermate una sola giornata in comunità, 34 vanno avanti bene lo stesso pur non avendo terminato in percorso. Anche questo è un elemento che ci permette di affermare come nella risorsa stessa, una volta recuperato il loro equilibrio di coppia, possono mantenerlo in qualsiasi altro ambiente.

## **INTERVENTI CON RAGAZZE MADRI**

di Beatrice Fona responsabile della comunità di Cividate della Cooperativa di Bessimo

## **EVOLUZIONE STORICA**

La relazione che viene presentata riassume l'esperienza che la Cooperativa di Bessimo ha elaborato in questi anni nell'intento di offrire una specifica risposta terapeutica alle madri tossicodipendenti con i loro bambini.

La Cooperativa Sociale di Bessimo, che nel 1976 iniziava a gestire Comunità terapeutiche, nei primi anni 80 dispose la strutturazione di un programma per donne tossicodipendenti.

Fin dai primi inserimenti si trovò di fronte alle richieste di quelle donne che erano anche madri, di avere tempi e spazi per gestire il rapporto con il proprio figlio, collocato perlopiù presso i nonni.

Il percorso educativo, allora, non prevedeva l'immissione di bambini che vennero mantenuti fuori dal programma e dalla Comunità, fatto salvo per gli incontri ritenuti allora indispensabili affinché si conservasse un minimo di rapporto relazionale-affettivo tra madre e figlio.

La gestione di queste situazioni, ma soprattutto alcuni inserimenti di donne gravide che partorirono in Comunità, resero inevitabile anche l'accoglienza dei bambini.

Si può ben immaginare come la presenza dei bambini abbia reso necessario un cambiamento nei ritmi della Comunità stessa, incidendo sulle attività che furono irrimediabilmente limitate e modificate sui tempi ritirati in funzione delle esigenze dei piccoli ospiti, ma a discapito delle utenti che non erano madri e alle quali pesava molto la situazione.

Sembrò allora indispensabile strutturare un progetto appropriato per questa complessa e particolare utenza.

Un progetto impostato sulla base del riconoscimento del bisogno e del diritto del bambino di vivere con la propria madre, la quale, se adeguatamente supportata, crediamo sia affettivamente una figura non sostituibile da parenti o da istituzioni educative. La realizzazione di questo progetto ha permesso di accogliere nella loro globalità le esigenze, i bisogni della madre e del bambino evitando drammatiche separazioni, offrendo un contesto dove esistono i presupposti affinché questa coppia madre-bimbo si possa ritrovare.

## **CHI E' LA MADRE TOSSICODIPENDENTE - ACCENNI SULLA PROSTITUZIONE - DIMENSIONE AFFETTIVA**

La tossicodipendenza per le donne ha un effetto devastante per le problematiche connesse alla prostituzione e alla violenza di rapporti, situazioni in cui in genere si trovano.

L'esperienza della prostituzione compromette in modo considerevole il rispetto di sè, la speranza di potere un giorno realizzare le proprie aspirazioni in quanto si percepiscono sporche e sporcate.

Derivano da qui atteggiamenti ambivalenti di rivalsa e di ripiegamento in sè stesse, il bisogno disperato di un aiuto e la diffidenza e il disprezzo per il mondo.

Con il tempo la donna finisce per sentirsi percepita come un oggetto: si identifica con il proprio attributo sessuale e finisce per detestare la propria identità personale. Spesso anche al termine del percorso terapeutico il ricordo della prostituzione continua a determinare un'immagine compromessa di sè, contro cui a volte si deve ancora combattere.

Inoltre, tutte le utenti sono legate, nel periodo di dipendenza dalle sostanze, da contemporanei rapporti di dipendenza affettiva, spesso anche umilianti e squalificanti, magari strumentali, ma comunque avvertiti come irrinunciabili. Il bisogno di essere accettate, vivendo già una scarsa autostima, fa scivolare nel rapporto anche le sostanze, che rappresentano un ulteriore cemento del rapporto. Inoltre l'eroina, togliendo ogni possibilità di conflitto, si rivela funzionale ad evitare qualsiasi confronto con sè stesse.

E' nel percorso di recupero che spesso si innesta una riflessione critica dei propri legami affettivi e dei loro reali significati; una differenziazione cioè tra affetto e dipendenza, liberazione della strada dalla paura della solitudine per l'acquisizione dell'autonomia. Un travaglio considerevole ma spesso realizzabile se possono essere fatti i conti con la realtà (attraverso incontri ecc.), più arduo se i conti possono essere fatti unicamente con il fantasma che è presente nella testa della donna.

Una percentuale consistente di tossicodipendenti sono madri di uno o più figli. Il rapporto con questi ultimi è quasi sempre condizionato dai sensi di colpa, laceranti nel caso di figli H.I.V. positivi. L'esperienza maturata negli anni di servizio ha fatto osservare quanto i figli si rivelano una risorsa importante nel percorso terapeutico delle donne.

Ad esempio accade spesso che, durante il periodo della gravidanza, quando la donna ne viene a conoscenza, (perchè sappiamo bene che l'uso di eroina provoca irregolarità nel ciclo mestruale e quindi l'instaurarsi di una gravidanza oltre ad essere casuale, viene scoperto solo dopo molto tempo con tutte le implicazioni sull'accettazione ecc..) l'uso dell'eroina o di altre sostanze stupefacenti viene interrotto e la nascita del figlio provoca delle modificazioni più o meno prolungate, nella modalità di assunzione. Tutto questo costituisce talvolta un valido presupposto per un percorso di recupero: la riappropriazione del significato della maternità appare

a volte risolutiva e sufficiente a giustificare le fatiche e le frustrazioni del programma terapeutico.

## **RIFLESSIONI SULLA MADRE TOSSICODIPENDENTE E PROPOSTA EDUCATIVA**

In questo processo la madre viene aiutata ad acquisire quegli strumenti di crescita ed autonomia indispensabili per vivere con serenità il proprio ruolo di madre.

Va precisato che sostanzialmente la proposta educativa rimane quella centrata su una “**pedagogia della relazione**” il cui significato di fondo sta nell’incontrare storicamente la persona coi suoi bisogni e tentarne una risposta concreta e non settoriale; un incontro dove sia possibile sperimentare un rapporto in cui sia ottenibile stare uno di fronte all’altro in termini di reciprocità, pari dignità, ascolto, gratuità, condivisione, evoluzione, pur nella diversità e nelle specificità di ciascuno.

Una proposta quindi a misura d’uomo (di donne in questo caso) che riconosce i limiti e le possibilità della realtà e propone un cammino che, tenendo presenti i punti di partenza di ognuno, esprima una progressività e consenta una continua ridefinizione del progetto.

Anche la presenza del bambino, nella nostra struttura, diviene parte integrante della proposta di recupero se è indirizzata alla madre tossicodipendente

All’interno del progetto si considera che:

- un figlio non cambia la madre tossicodipendente benchè ci sia l’illusione
- la maternità è spesso subita come conseguenza della solitudine, a volte voluta come terapia, incosciente, strumentale, come rivalsa sulla famiglia, sul partner, sulla società.

Il figlio può diventare un elemento estremamente positivo nel cammino della madre. La sua presenza è la voce viva del programma terapeutico che la incentiva ad un impegno maggiore:

- nella reale conoscenza di sè stessa e dei suoi bisogni
- nell’affrontare la realtà e fare fatica: un figlio che piange, che ha fame, che ha bisogno di giocare, richiama ad un impegno concreto; (è un continuo elemento di verifica che sottolinea “le fughe” della madre e rende più facili i richiami per gli operatori)
- nel prendere coscienza della propria realtà e delle proprie possibilità presenti e future
- nella scoperta delle sue responsabilità: il figlio come elemento gratificante che permette alla madre di riconoscersi positivamente rendendosi conto delle sue capacità di donare e di donarsi
- nell’appropriarsi della consapevolezza che fornendo le cure adeguate ed avendo un sufficiente grado di amorevolezza e di partecipazione empatica, consente al figlio un normale sviluppo psicologico

- nell'apprendere ad anteporre ai propri bisogni quelli di un'altra persona diversa da sé come caratteristiche ed esigenze
- nell'imparare ad osservare e cogliere lo stato di bisogno dell'altro per creare ed intraprendere proficue soluzioni.

## **AMBIENTE / GESTIONE PRATICA**

Per attuare questo progetto, rendendolo operativo e soprattutto efficace, si è cercato di attribuire la giusta importanza all'ambiente, al contesto che veniva offerto (inteso proprio come struttura muraria).

Per questa ragione si è optato, nel luglio 1993, per lo spostamento dell'utenza da Sale Marasino a Cividate, dai cameroni con 8/10 posti alle stanzette che ospitano un massimo di 2 mamme coi loro figli; da un'assenza di spazi idonei sia interni che esterni, ad ambienti su misura per i bimbi.

Tant'è vero che oggi disponiamo di quattro stanze per due mamme più figli e 4 singole per 1 mamma più figlio.

Cerchiamo il più possibile di ricreare un clima familiare, consci che il bambino ha bisogno di un ambiente che gli possa garantire ascolto, serenità, ordine, armonia e spazi adeguati.

A questo proposito abbiamo strutturato ambienti esclusivi stimolanti, che incoraggiano la naturale crescita del bimbo e distinti per età: per i bambini sotto l'anno si è ricreato uno stile asilo nido, per gli altri, degli spazi dove svolgere attività appropriate considerando le diverse età.

Questi ambienti vengono utilizzati nelle ore di svolgimento del lavoro e del programma terapeutico delle madri e in questa fascia di orario che va (più o meno) dalle 9 del mattino alle 17 del pomeriggio, i bambini vengono seguiti dalle educatrici all'infanzia e da una o due madri a turno, (a seconda del numero dei bimbi).

Le educatrici, che accolgono il bambino in un momento molto delicato, cercano attraverso l'osservazione di acquisire materiale conoscitivo per un intervento mirato e di aiuto.

Una costante osservazione permette la realizzazione di un progetto educativo individualizzato e l'obiettivo delle educatrici è quello di aiutare il bambino ad avere più fiducia nell'adulto e in sé stesso.

Ma è dato alla madre in prima persona il compito di prendersi cura del figlio: dal suo risveglio mattutino, alla prima colazione; dall'igiene e pulizia al pranzo e alla cena; dai momenti serali al suo riposo notturno.

La madre ha inoltre la possibilità di essere accanto al figlio quando è molto piccolo per le poppate, cambi ecc.. quando è malato e in caso di ospedalizzazione, quando deve svolgere i compiti e qualora vi siano colloqui con le insegnanti ecc..

Il ruolo delle educatrici è quello di promuovere la responsabilità delle madri nell'accudimento sia fisico che affettivo del figlio.

Naturalmente la presenza delle educatrici, che è dapprima massiccia e più costante seppure discreta, va progressivamente diminuendo durante l'iter terapeutico per agevolare una sempre maggiore autonomia delle utenti e va trasformandosi nel tempo, da una generica richiesta di intervento da parte della madre alle educatrici, ad una sempre più matura richiesta di confronto e scambio in merito all'educazione del figlio.

Va precisato che, sia inizialmente che in seguito, **le educatrici non si sostituiscono mai alla madre, non intervengono mai direttamente sul minore se non in caso di grave pericolo per lo stesso.**

All'esperienza della Comunità terapeutica residenziale integriamo la possibilità di usufruire di un mini-appartamento interno alla struttura ma autonomo e quella dell'appartamento esterno alla Comunità.

Questo consente di avere attualmente in carico 12 madri con 13 figli delle quali:

- 3 in reinserimento
- 12 in programma residenziale
- 2 in appartamento

Complessivamente, dagli esordi ad oggi, sono state accolte un centinaio di mamme e 110 bambini.

## **RAPPORTI CON FIGURE PARENTALI**

E' prevista ed attuata l'eventualità, per i padri interessati, di incontrare i propri figli regolarmente.

Naturalmente questo passaggio avviene dopo aver valutato la situazione complessiva presente e precedente del padre che, nella stragrande maggioranza dei casi è o è stato tossicodipendente.

L'opportunità di visite al minore è prevista anche per i nonni pur con tutta l'ambiguità che questa comporta. Si scatena infatti spesso e soprattutto tra la madre e la nonna materna una sorta di concorrenza: la nonna vuole dimostrare le attitudini materne che la figlia ha smentito e quindi deve riscattarsi; la madre deve dimostrare di essere una buona madre.

Queste situazioni, come si può ben immaginare, sono delicate, considerando che spesso il bambino è strumentalizzato e si trova a ricoprire di frequente il ruolo di dono che la madre tossicodipendente fa ai propri genitori e si trova al centro di ricatti materiali e affettivi di vario genere.

## **ESITI INTERROGATIVI E CONCLUSIONI**

In questa nostra esperienza, uno dei dati positivi è determinato dall'alto indice di **ritenzione in trattamento**: cioè sono pochissime le madri che interrompono il programma terapeutico perchè ciò significa dover fare i conti con i propri figli e i vincoli determinati dai Servizi o dai Tribunali dei Minori.

Certo il percorso non è lineare: momenti di crisi, tensione, fatica, momenti di dubbio che provocano nella madre inevitabili regressioni, a volte agiti trasgressivi con tutte le ripercussioni immaginabili sul figlio, ci fanno interrogare, ci mettono altrettanto in difficoltà: “vale la pena?” “quel bambino deve stare con la propria madre?”... (Ed è un sollievo, credeteci, demandare questo compito, in situazioni limite, al Tribunale dei Minori).

Il lavoro svolto in questi anni ha permesso di indirizzarci verso una maggiore chiarezza e precisione nell'affrontare la problematica della diade madre tossicodipendente e figlio, ponendo numerosi cambiamenti di contenuto e metodo.

Molto rimane ancora da fare. Per esempio:

- Questi bambini che arrivano, spesso disorientati, che presentano a volte ipermaturità, che manifestano disagio, disturbi della sfera affettiva, che mancano di riferimenti chiari, che faticano a sentirsi figli dei propri genitori percepiti invece come “amici” grandi, sono da considerare a rischio di crescita?
- Chi effettua e come una lettura adeguata di questi fenomeni strutturando mirati interventi?
- Quali e quante figure professionali per supportare la madre nell'arduo compito di assunzione ed espletamento del suo ruolo?

Con tutti i limiti dati dall'esiguo numero di realtà come la nostra con cui confrontarci per crescere e migliorare, abbiamo preso coscienza dell'importanza di un serio e opportuno lavoro di rete tra tutti i Servizi implicati sia con la madre che col bambino.

A questo proposito, diventa vitale che tutti i servizi (noi per primi ovviamente) non siano innanzitutto confusivi; abbiano cioè chiaro il proprio campo e lavoro da svolgere con l'utente.

Ci pare onesto che chi opera si interroghi, per confrontarsi, porsi quesiti e, magari cerchi, tentativamente, di risolverli.

## **INTERVENTI CON SOGGETTI PSICHIATRICI E CON LA DISINTOSSICAZIONE RESIDENZIALE**

di Renzo Taglietti

Responsabile di Area della Cooperativa Sociale di Bessimo

### **PREMESSA**

Il tema che mi è stato chiesto di sviluppare oggi in questo convegno, è un tema vasto e complesso, difficile da stringere in generalizzazioni teoriche ed in poco tempo a disposizione.

Cercherò comunque di sintetizzare al massimo, facendo tesoro anche dei contributi espressi dai relatori che si sono susseguiti in queste giornate di studio.

Si tratta, tra l'altro, di un tema che sta molto a cuore agli operatori in questo ultimo periodo, visto l'evolversi della situazione a tal proposito (relativamente ai nuovi inserimenti in CT) e vista l'energia profusa in tutte le strutture per farsi carico di queste nuove problematiche che interpellano la capacità di accoglienza e di presa in carico degli operatori stessi.

### **1. LA STORIA**

Si può forse affermare che la cooperativa sociale di Bessimo si è sempre distinta per la sua grande capacità di accoglimento di qualsiasi tipo di problematica che avesse a che fare col mondo della tossicodipendenza e quindi, fin dall'inizio, si è messa in luce per essere stata tra le prime strutture in Italia a farsi carico di emarginati in genere e quindi non solo tossicodipendenti classici, ma anche alcolisti e malati mentali, o comunque gravi disadattati sociali dei quali nessuno voleva occuparsi.

E' quindi fin dall'inizio della sua storia che, più o meno consapevolmente, la cooperativa sociale di Bessimo si è trovata a dover intervenire con soggetti psichiatrici e si è trovata a gestire talvolta disintossicazioni residenziali.

Un tempo, molto probabilmente, non venivano usati questi termini e si metteva tutto sotto la parola "tossicodipendente", ma in realtà dei distinguo evidentemente erano già presenti nella pratica operativa.

E' quindi verosimile pensare che l'elaborazione teorica e la riflessione interna alla cooperativa rispetto al farsi carico di tali problematiche, sia da ricondurre molto indietro nel tempo.

Si comincia a trovarne traccia però ufficialmente soltanto nel bilancio sociale d'esercizio del 1995, dove tra le altre cose si legge al capitolo "fase di accoglienza":

"...Dall'analisi della situazione psico-sociale delle persone incontrate si rileva che in alcuni casi l'assunzione di eroina o di altre sostanze (alcool, psicofarmaci, ecc.) rappresenta una sorta di "autocura" di fronte alla percezione di alcuni disturbi della personalità. Le comunità sono state sensibilizzate alla presa in carico di utenti

tossicodipendenti con problematiche psichiatriche e si sono rese disponibili all'inserimento di un soggetto con tali caratteristiche in ogni struttura. La terapia farmacologica per questi soggetti viene impostata dai servizi competenti (SERT e CPS). Gli inserimenti sono realizzati di norma dai SERT della Provincia di Brescia, in modo da garantire un sostegno costante all'utente sul territorio dove è presente la comunità"...

Si prosegue poi dicendo: "Sono continuati, come nello scorso anno, gli inserimenti in Comunità Terapeutica di utenti in fase di disintossicazione con l'assunzione del metadone a scalare per un periodo massimo di 30 giorni: si è trattato di alcuni utenti "deboli", con una storia di disintossicazioni fallite alle spalle, molto a rischio rispetto all'uso delle sostanze e senza riferimenti parentali significativi. Questo tipo di inserimenti, che nel 1994 erano stati attuati in maniera sperimentale, sono divenuti una prassi nell'arco del 1995.

In linea con questa nuova modalità di inserimento, che comunque viene valutata su ogni singolo caso con il SERT inviante, sono stati effettuati alcuni inserimenti che prevedevano l'uso di farmaci ansiolitici e tranquillanti, durante la prima fase dell'inserimento.

Tutto ciò dimostra il concreto tentativo di abbassare la soglia di ingresso delle comunità terapeutiche della cooperativa di Bessimo. Questo fatto ha permesso, a persone che probabilmente non avrebbero retto la disintossicazione ospedaliera o ambulatoriale, di poter entrare nelle nostre comunità terapeutiche affrontando la detossicazione già all'interno delle stesse"...

Nel mansionario ad uso degli operatori della cooperativa, dove vengono riportate tutte le delibere del Consiglio di Amministrazione che devono essere applicate, si legge a questo proposito nel capitolo "inserimento utenti":  
**INSERIMENTO DI UTENTI CON PROBLEMI PSICHIATRICI O BORDER-LINE.**  
La Fase di Accoglienza non deve inserire più di un soggetto con queste caratteristiche in ogni sede. Lo staff dovrà attenersi scrupolosamente alle prescrizioni dello specialista in relazione alla somministrazione di psicofarmaci. Lo staff deve preoccuparsi di preparare adeguatamente il gruppo degli utenti all'arrivo di un soggetto con queste problematiche".

**INSERIMENTO DI UTENTI CON DISINTOSSICAZIONE IN CORSO.** Di fronte a una specifica richiesta del SERT su un caso di utente molto fragile dove si ritiene indispensabile l'aggancio alla Comunità Terapeutica in fase di disintossicazione, il Responsabile della Fase di Accoglienza può inserire un utente con la disintossicazione in corso in Comunità Terapeutica. E' possibile inserire in comunità terapeutica un solo utente per volta con la disintossicazione in corso, a meno che la comunità non sia disponibile ad inserirne due nello stesso periodo. Il tempo massimo della disintossicazione (con metadone o farmaci) non deve superare i trenta giorni; somministrazione e posologia vanno definite e realizzate dal SERT.

In casi di astinenza fisica grave, tale da rendere necessario un intervento di disintossicazione non previsto precedentemente all'inserimento, questo può essere

realizzato solo se in accordo col SERT. Diversamente la comunità terapeutica può sospendere il programma terapeutico in corso per realizzare una disintossicazione esterna". (aggiornamento del 12/08/96)

Si è arrivati a questa indicazione di prassi dopo vari inserimenti sperimentali e conseguenti verifiche del Consiglio di Amministrazione, come testimoniano i verbali dei consigli di amministrazione dell'aprile e ottobre '95:

**POSIZIONE DELLA COOPERATIVA IN RELAZIONE A PROGRAMMI CON UTENTI IN METADONE O CON FARMACI DURANTE L'INSERIMENTO.** Presentano le proprie esperienze in merito le comunità terapeutiche di Bedizzole, Civate, Paitone, Gabbioneta, Sale Marasino e Rogno a cui i SERT, in accordo con la Fase di Accoglienza avevano chiesto di effettuare o completare la disintossicazione all'interno della comunità terapeutica, utilizzando metadone (somministrato a scalare dai SERT) o farmaci per la disintossicazione.

Pur con alcuni problemi, le esperienze si possono ritenere positive, considerando che si tratta di solito di soggetti che non riescono a reggere una disintossicazione realizzata all'esterno. In altri casi la disintossicazione non era stata concordata, ma si è resa necessaria a causa della dipendenza fisica da stupefacenti ancora presente. In genere il gruppo degli utenti ha tollerato queste situazioni, senza creare problemi. Il consiglio di Amministrazione decide quale linea mantenere, dopo aver valutato le esperienze realizzate.

A seguito dei pareri favorevoli, ma anche di alcune perplessità, si delibera di continuare queste esperienze di disintossicazione interna con metadone o con farmaci unicamente su richiesta dei SERT e concordate con la Fase di Accoglienza. Somministrazione e posologia vanno definiti dal SERT.

In casi di astinenza fisica grave, tale da rendere necessario un intervento di disintossicazione non previsto precedentemente all'inserimento, questo può essere realizzato solo se in accordo col SERT. Diversamente la comunità terapeutica può sospendere il programma terapeutico in corso per la disintossicazione esterna. Sul programma della comunità terapeutica di Orzinuovi, che prevede già inserimenti di questo tipo, non si apportano modifiche. In questa fase le comunità terapeutiche sono libere di accettare o meno le proposte di inserimento di questo tipo dalla Fase di Accoglienza. Si rimanda al Consiglio di Amministrazione di Settembre per una ulteriore verifica"

**.VERIFICA DEI PROGRAMMI CON UTENTI IN METADONE O CON FARMACI DURANTE L'INSERIMENTO.** Il Consiglio di Amministrazione realizza una nuova verifica relativa ai programmi con utenti in trattamento metadonico o comunque in via di disintossicazione nella prima fase di Comunità Terapeutica. Intervengono le comunità terapeutiche che hanno sperimentato in questo periodo l'inserimento di utenti con queste caratteristiche. Si riconferma la linea già espressa dal Consiglio di Amministrazione di Aprile 1995 ritenendo questo tipo di intervento compatibile con il programma terapeutico della Cooperativa di Bessimo, quando richiesto dai SERT alla Fase di Accoglienza.

Si ricorda che un intervento di questo tipo va pensato esclusivamente per un tipo di utenza molto fragile dove l'aggancio è indispensabile e difficilmente si pensa di riuscire a realizzare un inserimento con un soggetto già disintossicato. La Fase di Accoglienza deve essere attenta a non inserire più di un utente per volta con questa modalità (due, solo se la comunità terapeutica è disponibile), dove il tempo massimo del periodo scalare non superi comunque i trenta giorni".

Non è un caso che negli anni novanta si portino avanti delle iniziative formative atte a preparare meglio gli staff all'accoglienza di simili problematiche, evidentemente si stava intravedendo il moltiplicarsi di casi del genere e la necessità di adeguare strumenti e metodi. E' così che, ad esempio solo per citare due ultimi casi, si sono avviate occasioni formative su questi specifici temi:

- a fine 93 il dott. GUIZZI (psicologo del SERT di Brescia) viene chiamato a tenere una giornata di corso sull'intervento con persone con problematiche psichiatriche e border-line.
- nel 96, in collaborazione col CPS di Brescia (lo psichiatra dott. GOZIO), viene fatto un altro corso specifico sulle problematiche psichiatriche in comunità per tutti gli operatori e della durata di 5/6 incontri per ogni gruppo di operatori.

## **2. LA SITUAZIONE ATTUALE**

A tutt'oggi sono passati dalle nostre comunità o sono ancora in carico:

- 50 inserimenti a metadone a scalare;
- 15 inserimenti con diagnosi relativa a problematiche psichiatriche (intendendo border-line o psicosi maniaco-depressive).

Il che significa che, di media, ogni comunità terapeutica ha avuto a che fare con utenti di questo tipo.

Generalizzando si fanno delle forzature, ma è necessario tentare una panoramica generale per sottolineare la complessità nella quale gli operatori si ritrovano attualmente a lavorare nelle nostre comunità terapeutiche. E' importante capirlo per comprendere lo sforzo che si sta compiendo per rispondere alle esigenze sempre più complesse.

Normalmente un gruppo comunitario della nostra cooperativa è composto da un massimo di 20 utenti adulti, tra i quali convivono problematiche diverse e difficili:

- c'è il caso rientrato (colui che ha già cioè avuto un percorso comunitario ultimato ed è poi ricaduto),
- c'è la persona in affidamento (che spesso ha motivazioni assai scarse al cambiamento),
- c'è il sieropositivo (col suo mondo emotivo spesso ricco di angoscia e disperazione per il futuro),
- c'è la persona alla sua prima esperienza di comunità terapeutica ,

- c'è la persona con una diagnosi definita, oggi in maniera chiara, di disturbo psichiatrico e che richiede un intervento continuativo anche di sostegno farmacologico,
- c'è la persona in detossicazione residenziale (senza la quale non sarebbe forse mai arrivata alla comunità terapeutica ),
- c'è l'utente che, senza sostanza, presenta dei sintomi o dei comportamenti fortemente disturbanti per la convivenza del gruppo che mai si erano manifestati prima e che devono essere tenuti in considerazione.

Insomma, un carico emotivo di un certo rilievo per gli operatori che, in qualche modo, non possono più sottovalutare alcuni segnali degli utenti e che si devono sempre più "attrezzare" per non trovarsi impreparati di fronte a situazioni nuove e complesse

### **3. I PROBLEMI**

Anche se ogni caso necessariamente è a sè, quindi da analizzare singolarmente, è tuttavia possibile evidenziare alcune caratteristiche comuni:

#### **1. nel caso di assunzione di metadone:**

- a) Il gruppo generalmente tollera, anche se l'utente è considerato uno che usa sostanza e c'è diffidenza. "Il vero cammino inizia quando smette"...
- b) A volte i SERT non comunicano l'esatto dosaggio di metadone: si prevede un inserimento a tot di metadone, mentre l'utente arriva con la prescrizione di ben altro dosaggio, evidentemente avendo riscontrato degli elementi che hanno fatto pensare ad innalzare il livello per maggior tutela, ma spesso senza alcun avviso e poi comunque la comunità terapeutica si trova a gestire la situazione.
- c) Grosso impegno materiale per accompagnare l'utente al SERT ogni giorno. Alcuni SERT danno in gestione il metadone almeno nei week-end, altri no.
- d) Finito il metadone alcuni lasciano la comunità terapeutica e quindi l'aggancio non ha funzionato.

#### **2. nel caso di utenti con diagnosi psichiatrica:**

- a) Necessità di preparare il gruppo, anche se a volte si creano ansie, timori,...
- b) Necessità di preparare lo staff, perché si creano, allo stesso modo, ansie, timori, conflitti: gli staff si "spaccano" su alcuni inserimenti gravi.
- c) La collaborazione coi CPS è spesso difficile: gli psichiatri conoscono poco le comunità terapeutiche: ignorano a volte la capacità contenitiva della comunità e forse non conoscono a fondo il metodo d'intervento della stessa, oltre a mostrare spesso poi, loro stessi, pochissime speranze di recupero per i loro pazienti.
- d) Necessità di modificare gli strumenti classici di intervento ed essere più elastici con alcune regole o responsabilità (es. lavoro), creare differenze, far capire agli utenti che non tutti sono uguali.

- e) Necessità di iniziare psicoterapie individuali di sostegno e quindi anche accompagnare gli utenti al colloquio, oltre a quelli per i quali è già previsto un intervento del genere o comunque spesso l'impossibilità di inserire questi soggetti nei gruppi di sostegno psicologico che sono funzionanti nelle comunità terapeutiche .
- f) Attenzione al dosaggio dei farmaci. L'utente a volte non li prende o a volte lo psichiatra ne dà più del dovuto, dimenticando che la comunità terapeutica contiene (in alcuni casi si sono ottenuti ottimi risultati diminuendo le dosi chiaramente in accordo con lo specialista: più lucidità, più partecipazione al gruppo, più accettazione, maggiori margini di recupero).
- g) Frustrazione per la non guarigione definitiva.

#### 4. ALCUNE RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Data la impossibilità di sviluppare a fondo queste ultime osservazioni, le accennerò soltanto e cercherò di centrare maggiormente l'attenzione sui casi con problematiche psichiatriche, visto che sembrano essere quelli che maggiormente preoccupano gli staff.

**1.** Il fenomeno tossicodipendenza è un fenomeno complesso, come ricordava nel suo intervento al convegno Riccardo De Facci

- a) non c'è più la semplice formula problema-risposta: ossia occorre attrezzarsi sempre di più con strumenti nuovi, occorre modificare continuamente lo stile di intervento e misurarlo sul singolo caso, non per questo snaturando il senso profondo, la filosofia di fondo che ha mosso i nostri fondatori;
- b) gli utenti sono così, bisogna partire da lì senza tante elucubrazioni teoriche: nel senso che è inutile rincorrere il sogno di un gruppo ideale, o di un gruppo di utenti come c'era una volta, compatto, con dei leaders, con dei valori ecc..., occorre non negare la realtà e partire dall'esistente;
- c) non c'è più il gruppo di utenti, ma ci sono tanti singoli con personalità molto complesse, a volte impermeabili, a volte realmente molto malate: esistono semmai i vari sottogruppi e con ognuno occorre saper interagire, occorre conoscere i loro linguaggi, i loro codici, occorre saper continuamente adattare i nostri metodi;
- d) c'è la poliassunzione di sostanze: che provoca gravi danni cerebrali che non portano necessariamente a psicosi, ma che manifestano gravi disturbi di personalità (a volte causate anche da gravi traumi infantili-adolescenziali) e che comunque ci mette a confronto con stili diversi di vita, nel senso che l'eroinomane è diverso dal cocainomane, o l'eroinomane alcolista è diverso dal cocainomane alcolista ecc...;
- e) l'operatore non si sente più onnipotente, anzi spesso prova impotenza, disorientamento, frustrazione. Tutto questo fa i conti col proprio sè, non sempre forte e strutturato, non sempre pronto a fare i conti con tale complessità;
- f) l'équipe: o si lavora insieme o non si riesce ad ottenere risultati duraturi (l'équipe salvaguarda il singolo operatore dalle sue frustrazioni, ma deve essere sempre più il luogo della ricerca, della riflessione verso l'applicazione di una strategia combinata e di gruppo).

2. Necessità di "cambiare rotta" che non significa tradire i vecchi ideali, anzi semmai il contrario, nel senso di avere maggiore attenzione e comprensione dei nuovi fenomeni:

- a) aver cura ... non più l'illusione di curare (come ricordava il dott. Guizzi, nel senso che non si può pensare di avere ricette o farmaci miracolosi che garantiscano la piena soluzione del problema), ma abbassare la soglia d'intervento, anche se fare ciò sembra quasi voler dire rassegnarsi, svendersi, quando invece significa sforzarsi coraggiosamente di modificare noi stessi e i nostri strumenti per dare qualche possibilità in più, per arrivare a progetti individualizzati concreti e realizzabili che garantiscano un futuro duraturo;
- b) studiare, formarsi, conoscere: se non conosco chi ho davanti, come posso aiutarlo (formarsi alle nuove problematiche, alle nuove droghe, ai nuovi stili di intervento,..), oltre naturalmente alla capacità di instaurare relazioni significative e terapeutiche: e lì, o ci sto o sparisco, nel senso che o l'operatore si "butta con coraggio nella mischia", si "sporca un po' di più le mani", o è tagliato fuori. Non è possibile in comunità ipotizzare un operatore-tecnico che passa le sue giornate in ufficio, "riceve i clienti alla sua scrivania" e dispensa risposte, non è costui un operatore di comunità.

Occorre equilibrio: mai teoria senza prassi, mai prassi senza teoria.

3. Sforzarsi verso l'intervento integrato col pubblico (vedi De Facci:"...restituire il mandato di onnipotenza che per anni ha imbrigliato il privato..."):

- a) "vendere" meglio il nostro prodotto che ormai è di qualità (lo testimoniano le liste di attesa), usare la capacità contrattuale acquisita con l'esperienza e la formazione di questi anni;
- b) essere competenti e pretendere anche ciò che l'altro deve fare

Tutto ciò comporta grande fatica quotidiana, ma lavorare con i tossicodipendenti è diventata una faccenda ormai molto seria, semmai prima non lo fosse stata!

## IL SERT E I PROGETTI INTEGRATI

Dott. Ermanna Derelli

Responsabile del Servizio di Medicina di Base dell'USSL 19 di Leno

Su questo argomento vorrei andare un po' alla radice anche del significato delle parole. La parola integrazione è relativamente nuova in quanto si può dire che si affacci nel momento in cui veniamo a contatto con i problemi legati alla tossicodipendenza; è un termine molto utilizzato dunque in ambiti lavorativi e organizzativi come il nostro, a volte però anche a sproposito. Il vocabolario italiano ci dà un supporto nell'analisi etimologica del termine: "rendere compiuta una cosa aggiungendo ciò che manca" e ancora "compiere, perfezionare"; e qui mi sembra di cogliere un significato forte teso al "fare" all'"agire" che ti consente di raggiungere una finalità, qualcosa di compiuto che evoca armonia, qualcosa che ha a che fare con un valore positivo.

Nel vocabolario di latino troviamo nella voce "integrare" definizioni simili al significato italiano ma anche con legami più intensi riferiti a sentimenti vissuti, e a qualcosa di spirituale con accezioni quali "rinfrancare, sollevare, rimettere e guarire". Nelle integrazioni troviamo aspetti umani forti, ci devono essere rapporti significativi tra individui, uomini, pazienti, gruppi. Ho trovato in proposito una frase piacevole dal latino che dice "Animus defessus audiendo admiratione integratur" - l'animo stanco e sofferente, sentendo la stima, si integra ovvero viene sollevato; viene facile associare il ruolo dell'operatore delle tossicodipendenze che nel suo agire spesso deve combattere contro sé stesso a volte demotivato o stanco, è quindi quanto sia importante la stima, l'ammirazione, il riconoscimento degli altri perché si compia questo sollievo, questo impulso positivo che stimola ad andare avanti.

Ritengo che si tratti comunque di un concetto molto importante in quanto a mio avviso integrarsi significa tendere verso qualche cosa non solo come singolo, come operatore e come appartenente ad un gruppo (di lavoro pubblico, privato oppure a vari servizi). E' interessante accostare a queste riflessioni una condizione che io ritengo importantissima perché avvenga questa auspicata integrazione; c'è un punto di partenza inderogabile che consiste nel fare i conti con il limite o meglio con i propri limiti sia di persone che di servizi e strutture in cui operiamo.

Di fronte al problema della tossicodipendenza nessuno è depositario della soluzione del problema, nessuno è però neanche depositario della "cura", del trattamento ideale, della scelta giusta per il paziente, del bene di un paziente, altrimenti il rischio è quello di scivolare in aspetti di onnipotenza; questo aspetto nasce più da paure proprie, da necessità proprie che però spinge alcune persone, alcuni operatori e strutture a sostituirsi alla droga, correndo il rischio per la struttura stessa di creare dipendenza facendosi sostituto della sostanza.

L'altro aspetto che mi sembra emergere molto forte riguarda i fallimenti, le fatiche, le ricadute dove rimettiamo in discussione la nostra professionalità, il nostro

operato, il desiderio di fare qualche cosa di più che non si è riuscito a fare; ecco che il limite, il leggersi criticamente diviene un buon punto di partenza per non scivolare nel rischio di essere la risposta della tossicodipendenza. D'altro canto è importante insistere sulla professionalità, un miglioramento della propria organizzazione per far fronte in maniera più organica ai gravi sconvolgimenti che il problema della tossicodipendenza porta con sé sia nell'utente che nella famiglia, nella discussione politica.

L'integrazione in ultima analisi è la legittimazione reciproca con la conoscenza delle proprie capacità, della propria professionalità ma anche dei propri limiti; capire che posso arrivare fino ad un certo punto oltre il quale, per il bene del paziente, è giusto che io coinvolga qualcun'altro e quindi aggiungere, come nel termine originario, qualche cosa che manca e che io non sono in grado di dare. Non è così facile fare integrazione, legittimare l'altro, è sempre più difficile anche all'interno delle differenti figure professionali che operano in questo settore riuscire ad attuare questo obiettivo di integrazione con il rischio invece di farsi guerra, di creare compartimenti stagni con assenza di dialogo esterno.

Esiste allora una proprietà dell'uomo, dell'intelletto umano in primis, che riguarda il desiderio di ricercare significati del nostro operare, partire dagli errori per riaffrontare i problemi, per sperimentare; se partiamo da questo presupposto possono nascere delle forze in più per leggerci nel quotidiano e nel servizio consentendoci di superare i sentimenti di parzialità, di isolamento, orientarsi di fronte ad un'incertezza. Se si è in tanti ad operare, a mettere insieme sinergie e sincronie esistono maggiori possibilità offerte ai pazienti; da ciò definirei i servizi proprio come un'opportunità.

La reazione al senso di parzialità, di isolamento, di incertezza, molte volte si traduce in rigidità, in possessività sul caso; è importante non difendersi sotto ali di protezione dei dogmi. A favore della cooperativa di Bessimo vorrei esprimere come la non creazione di dogmi come il carisma e la figura del patriarca eviti la generazione di un lavoro di routine: l'intelligenza di Don Redento è stata proprio quella di non creare un monumento, ma quella di offrire la propria esperienza a delle aperture, rielaborazioni a delle équipes che hanno saputo evolvere nel modo di fare, nel modo di integrarsi, nel modo di leggere l'evoluzione del problema tossicodipendenza per essere pronti ad affrontare le nuove forme di tossicodipendenza.

Sul discorso dell'integrazione penso che il pubblico e il privato abbiano consolidato, nella storia bresciana, un clima di rispetto e di reciproca legittimazione, tutto ciò ha permesso la possibilità di sperimentare un lavoro integrato come tappa difficile ma necessaria del nostro lavoro. Le considerazioni che hanno consentito di sviluppare questo progetto di collegamento tra il servizio pubblico del SERT e la cooperativa di Bessimo sono state proprio nell'ottica di voler mettere insieme le diverse esperienze, riferendomi all'etologo Lorenz che afferma che l'insieme è qualcosa di più delle singole parti.

L'integrazione è dunque più della semplice somma algebrica delle parti integrate, poiché nella somma esiste una serie di numeri finiti che si affiancano, mentre nell'integrazione c'è uno scambio che dà origine ad un insieme più complesso. Un ultimo spunto riguarda le comunità terapeutiche dove ci sono dei gruppi che condividono dei modelli; secondo me è difficile e rischioso imporre dei rituali espiativi. Più che alimentare l'ottica del lavoro espiativo dove bisogna produrre per riabilitarsi, è importante alimentare la ricerca di un clima più leggero e forse più ludico che consenta comunque il libero sviluppo della creatività, diversità, facendo uscire allo scoperto anche i conflitti e gli attriti.

Quello che tentiamo in fondo di fare accostando operatori del pubblico e del privato è riflettere in termini sempre positivi sul lavoro con l'utente, con la famiglia; non sclerotizzarsi con le regole anche se comunque servono come traccia per rendere gestibile il processo in atto e soprattutto non fantasticare degli ideali irraggiungibili, il pensare di tendere a qualcosa di perfetto, alla guarigione, al pensiero di costruire nuove persone secondo il nostro ideale mentre invece il rispetto dell'utente, della sua storia deve avere sempre un ruolo primario.

Vorrei concludere citando un passo del libro "Momo" di Ende: "Certe volte si ha davanti una strada lunghissima, si crede che è troppo lunga, che mai potrà finire e allora si comincia a fare in fretta e ti sforzi ancora di più e ti viene la paura e alla fine resti senza fiato, non ce la fai più, e la strada sta sempre lì davanti; non è così che si deve fare, non si può mai pensare alla strada tutta in una volta, tutta intera, si deve pensare al prossimo passo, al prossimo respiro, sempre soltanto al gesto che viene dopo. Allora c'è soddisfazione e di colpo uno si accorge che passo dopo passo ha fatto tutta la strada, non si sa come e non si è però senza respiro".

## **IL REINSERIMENTO NELLE COOPERATIVE SOCIALI**

di Alfredo Domestici

Presidente del SOL.CO. Camunia

La domanda centrale di questo argomento è: come fare a parlare di inserimenti lavorativi quando c'è una situazione gravissima di crisi occupazionale e quando il problema del lavoro sta diventando la vera emergenza di questi anni; forse a Brescia è meno sentito mentre in Valcamonica c'è un'emergenza assoluta perché con la chiusura delle fabbriche del tondino e con la crisi del tessile, si è rotto lo scheletro industriale che aveva retto la politica della valle negli ultimi 30-40 anni e la situazione attuale della valle è sicuramente drammatica.

Ricordo quando alla soglia degli anni '90 le cooperative venivano viste come una concorrenza quasi sleale dalle imprese ordinarie in quanto potevano usufruire dello sgravio contributivo per le persone in inserimento. Adesso quasi la metà dei lavoratori della Valcamonica si trova nella stessa situazione in quanto tra disoccupati, lavoratori in mobilità cassaintegrati, qualsiasi impresa in qualsiasi momento può assumere persone con le stesse identiche agevolazioni che può avere una cooperativa sociale facendo un inserimento lavorativo.

Il discorso lavoro è fondamentale per qualsiasi persona, in quanto è proprio attraverso il lavoro che la persona acquisisce un'identità sociale, una dignità, una consapevolezza di sé e soprattutto è in grado di progettare il proprio futuro. La problematica della diminuzione della forza lavoro investe tutte le economie occidentali in quanto le nuove ipotesi produttive individuano uno scenario industriale che sempre meno avrà bisogno della presenza umana nel fattore lavoro: aumenta radicalmente il prodotto ma diminuisce l'apporto della forza lavoro.

Inoltre l'esportazione di gran parte della manodopera, dovuta alla possibilità di avere costi notevolmente inferiori da paesi dell'Est e dell'estremo Oriente, ha contribuito a peggiorare queste linee di andamento. Tutto ciò restringe le possibilità di poter trovare sbocchi occupazionali per le persone che si collocano nella fascia debole del sistema lavoro.

Attraverso qualche breve cenno storico vorrei ricordare che le cooperative sociali sono nate soprattutto per dare delle risposte di carattere socio-assistenziale; le prime comunità per tossicodipendenti, per minori, per handicappati erano gestite da cooperative che intendevano dare una risposta al bisogno socio-assistenziale. Il discorso del lavoro è entrato con la necessità di impegnare in qualche modo queste persone accolte, ma non era chiara la distinzione tra lavoro come occupazione retribuita e attività occupazionale o attività ergoterapica.

Non essendoci inizialmente la distinzione tra cooperative di inserimento lavorativo e cooperative di servizi socio- sanitari, facevano l'uno e l'altro; penso alla Cooperativa di Bessimo dove nei primi 10 anni esisteva sia l'aspetto di percorso terapeutico di recupero, sia l'approccio lavorativo concreto. Quando però questa

persona usciva dalla comunità per doversi inserire all'esterno iniziavano i problemi. Proprio nel 1986 venne sperimentata la prima convenzione tra la cooperativa "Il Solco" e il Comune di Brescia sul verde pubblico, espressamente finalizzata a dare delle possibilità a ragazzi che uscivano dalle comunità, impostandola chiaramente come inserimento lavorativo (assunzione regolare).

La legge 381/91 è il punto di discriminazione in una situazione che era abbastanza confusa ovvero distingue nettamente tra le cooperative di tipo A) che realizzano servizi socio-sanitari e le cooperative di tipo B) che fanno inserimento lavorativo con persone assunte regolarmente con svariati tipi di attività: pulizie, manutenzione del verde, manutenzione stradale, laboratorio di informatica, laboratorio tessile, falegnameria, prossimamente il settore ecologico-ambientale. L'unico vincolo che esiste per essere denominate cooperative sociali è di avere il 30% di inserimenti lavorativi rispetto al totale delle persone che lavorano.

Dal momento in cui la legge è entrata in vigore, c'è stato in questi anni un processo di ridefinizione tra le cooperative all'interno delle classi definite dalla suddetta legge: ad esempio Bessimo scelse la collocazione in categoria di tipo A lasciando le attività di lavoro che aveva in Valcamonica a disposizione del consorzio "Solco Camunia" che le ha poi distribuite tra le cooperative di tipo B che esistevano in valle.

Cos'è che caratterizza l'inserimento lavorativo nelle cooperative di tipo B? Facciamo una distinzione tra inserimento lavorativo in cooperative sociali dall'inserimento lavorativo di tipo ordinario. Il progetto di inserimento lavorativo in cooperative sociali è il momento ponte tra il progetto di presa in carico assistenziale di una persona in situazione di tossicodipendenza o di emarginazione, e l'inserimento definitivo in un contesto normale di vita. In una situazione dove si sono ben definiti i singoli servizi, le singole cooperative, mi sembra importante curare in particolar modo il discorso dei punti snodo, degli interstizi; è la gestione dei passaggi che diviene in questo momento l'aspetto più delicato: il passaggio del "prima" dell'ingresso in comunità ovvero chi gestisce le fasi propedeutiche e il passaggio "alla fine della comunità" rispetto al dopo.

Questi sono i punti davvero critici perché pongono le persone di fronte a situazioni reali di cambiamento che rischiano di essere delle fratture se non sono in qualche modo e per certi aspetti governate. Il contatto con il mondo del lavoro avviene dapprima attraverso una fase di stage, tirocinio; arriva il momento in cui deve però uscire dalla comunità. Se il lavoro c'è, esistono quindi condizioni favorevoli per affrontare il passaggio all'esterno con maggiore tranquillità rispetto ai problemi annessi quali l'alloggio e il ricostruirsi un ambiente di vita e di affetti.

Il percorso di inserimento lavorativo rimane un ambito progettuale, strutturato all'incirca nell'arco di tre anni non è ancora l'inserimento definitivo tout-court, è sempre una situazione che non è più comunità, che è entrata già nel mondo del lavoro ma che necessariamente in qualche modo deve avere una scadenza. Negli ultimi anni non è stato propriamente così in quanto molte cooperative hanno iniziato attività

lavorative previste utilizzando da subito persone in inserimento lavorativo che poi sono rimaste all'interno delle cooperative stesse perché sono state per certi aspetti il patrimonio iniziale su cui si sono fondate; se questo processo ha avuto la sua ragion d'essere per i primi periodi, non può continuare all'infinito in quanto si corre il rischio di incorrere in una saturazione delle capacità occupazionali senza programmare un ciclo di entrata-uscita. Il periodo di inserimento lavorativo permette inoltre l'attuazione continua di verifiche attraverso l'attività di rapporto col SERT.

Anche il salario d'ingresso è stato un argomento di grande discussione. E' stata discussa la possibilità di abbassare la soglia d'ingresso in modo che, almeno inizialmente, venga assorbito il costo del disagio di assumere persone con problemi. Da parte dei sindacati non è stata recepita questa proposta del salario d'ingresso ed inoltre è stata applicata solo per una fascia ristretta di persone in inserimento lavorativo. Il problema che è sorto, anche dal punto di vista etico, riguarda il fatto che non si può paragonare la persona tossicodipendente, che è a tutti gli effetti abile sul piano lavorativo, a una persona disabile con il 70-80% di invalidità. Esiste inoltre una differenza dal punto di vista contributivo poiché il lavoratore con salario d'ingresso non ha l'onere a suo carico dei contributi INPS per cui paradossalmente lo stipendio risulta essere più alto del 8,8% rispetto ad un lavoratore ordinario, perciò è bene considerare un salario d'ingresso del 90% per equiparare la condizione economica dei lavoratori allo stesso livello.

La legge ha permesso comunque importanti successi perché ha consentito numerosi inserimenti lavorativi. I limiti che voglio evidenziare si riferiscono alla tendenza in buona parte di isolamento dei progetti soprattutto tra comunità di tipo A e di tipo B; non si è ancora assistito ad un ragionamento unitario che veda, dopo averle distinte, anche un'integrazione tra i due tipi di cooperative per la realizzazione di progetti individuali poiché il soggetto è sempre quello e dunque importante riflettere in termini di continuità e non di frattura.

Vorrei inoltre sottolineare come non siano ancora ben strutturati e sviluppati gli stages e i tirocini creando delle sinergie tra le differenti cooperative presenti sul territorio. Le necessità emergenti sono dunque: il recuperare un discorso complessivo di integrazione all'interno delle cooperative sociali soprattutto per la gestione finale dei processi di recupero; trovare il modo di sviluppare sinergie tra l'insieme delle cooperative ed il mondo del volontariato; sviluppare sensibilità e raccordi anche con le imprese esterne e nei confronti degli enti pubblici per gli sbocchi occupazionali.

## **LA POLITICA DELLA COOPERATIVA SOCIALE DI BESSIMO**

di Armete Cominelli

Presidente della Cooperativa Sociale di Bessimo

E' difficile riassumere in un discorso il ruolo che la Cooperativa di Bessimo ha via via assunto in questi venti anni di storia, sia sul versante della cooperazione, sia sul fenomeno tossicodipendenza. Ma una fugace rilettura va pure fatta, senza la pretesa di esaurire in questa relazione tale argomento.

Nello svolgere il ruolo di Cooperativa Sociale che si occupa di persone tossicodipendenti, sono tre le caratteristiche che - a mio parere - hanno contraddistinto la nostra organizzazione nel realizzare la propria missione.

La prima è la capacità di accoglienza dei bisogni e delle problematiche dei tossicodipendenti senza porre particolari limiti di età, sesso, situazione penale, ecc.. Tale atteggiamento di apertura verso gli altri ci è stato ricordato costantemente da don Redento con uno slogan significativo: "Meglio un pane per tanti che il caviale per pochi".

La seconda è la capacità imprenditoriale che ogni persona ha in sé, ma soprattutto il considerare questa persona attore di sé e della propria realizzazione.

La terza caratteristica è la capacità di cooperazione, quale elemento determinante per realizzare una significativa opera sociale di sensibilizzazione, ma anche la capacità di realizzare interventi mirati alla risoluzione del problema tossicodipendenza.

### **CAPACITA' DI ACCOGLIENZA**

All'origine della Comunità di Bessimo vi è un forte sentimento di accoglienza per tutti quei giovani emarginati che in quegli anni cominciavano a chiedere un aiuto alla società. La droga si apprestava in quegli anni a divenire fenomeno di massa, cogliendo i più impreparati a fornire risposte.

Solo pochi, generosi e illuminati, iniziarono a offrire opportunità di aggancio a questi giovani. Tra questi - in terra bresciana - don Redento Tignonsini, che come pochi altri sacerdoti in Lombardia iniziò l'esperienza delle comunità di accoglienza.

Una comunità, quella di don Redento, con una filosofia precisa: il tossicodipendente è una persona, e la droga è il sintomo di un disagio più profondo: personale, sociale, esistenziale.

Fedele a questa filosofia, la comunità viene concepita e proposta come luogo familiare, ubicata nel territorio (come dimostra la scelta di non assegnare alle singole comunità altri nomi se non quello della località in cui si trovano), e soprattutto centrata sulla persona.

Il percorso educativo si svolge attraverso alcune tappe, che portano il tossicodipendente alla riscoperta di sé, al raggiungimento della consapevolezza di fronte alle proprie responsabilità, alla realizzazione dei propri progetti, attraverso un percorso di vita regolato dalla convivenza e centrato sulla relazione affettiva.

L'aumento di richieste di aiuto negli anni successivi e le diverse tipologie di soggetti che si rivolgevano alle comunità, portò la Cooperativa a sviluppare una serie di servizi diversificati, come le comunità singole per maschi e femmine, nuclei familiari, ragazze madri, minorenni, ecc.

Sono oltre 1.900 i giovani tossicodipendenti sinora accolti nelle Comunità Terapeutiche della Cooperativa, oltre ai 210 presenti oggi nelle diverse strutture, con quasi 40 bambini.

Ma nonostante l'elevata complessità del fenomeno, che ha portato la Cooperativa a diversificare l'intervento, i principi di familiarità, centralità della persona e territorialità che connaturavano il percorso originario non hanno subito alterazioni sostanziali.

### **CAPACITA' IMPRENDITORIALE**

Se alla base del modello comunità vi è il concetto di accoglienza, il modello cooperativa si basa sul concetto di imprenditorialità.

Don Redento e alcuni volontari nel 1978 decisero di dare alla comunità una forma giuridica e strutturale, che favorisse l'organizzazione, la capacità di sviluppo e di autogestione. Così la Comunità di Bessimo si costituì come cooperativa di solidarietà sociale, definendo via via organismi, ruoli e funzioni sia di chi operava sia di chi era ospite. Quest'ultimo infatti era concepito in una visione dinamica dell'intervento e responsabilizzato fino ad assumere un ruolo attivo nella conduzione del gruppo.

Ma l'elemento che determinò il futuro dell'organizzazione fu senz'altro dato dalla notevole partecipazione dei soci, degli operatori e dei volontari, attraverso la gestione democratica delle comunità, maturata soprattutto negli anni della forte espansione della cooperativa, tra il 1980 e il 1990.

Questa capacità imprenditoriale favorì il passaggio dal periodo pionieristico di volontariato a una vera e propria impresa sociale fedele alla missione originaria. Anche oggi la Cooperativa trae la sua linfa vitale dalle persone che la compongono: oltre 60 soci lavoratori e alcuni soci volontari, senza contare gli oltre 40 dipendenti non ancora soci.

Come ogni cooperativa, l'organizzazione è basata sugli indirizzi dell'Assemblea Soci, e ha nel Consiglio di Amministrazione e nelle commissioni ad esso collegate l'organismo politico gestionale. La cooperativa esprime la propria imprenditorialità nella gestione quotidiana di dodici Comunità Terapeutiche dislocate nelle province di Brescia, Bergamo e Cremona, di un centro diurno realizzato con il Comune di Orzinuovi e l'USSL 19, di un progetto di riduzione del danno e di

prevenzione della diffusione del virus HIV realizzato con il Comune di Brescia, l'USSL 18, la Caritas e la Cooperativa il Calabrone, oltre agli interventi realizzati dai servizi amministrativi, di accoglienza, di assistenza legale, di supporto psicologico.

## **CAPACITÀ DI COOPERAZIONE**

Lo spirito di cooperazione con la realtà circostante e l'integrazione con il territorio sono il terzo elemento che la Cooperativa Sociale di Bessimo ha mantenuto in tutti questi anni.

Agli inizi la Cooperativa ha avuto nel volontariato l'elemento determinante che ha reso possibile la sua nascita e il suo sviluppo, sia a livello di persone che hanno messo a disposizione tempo, creatività e spirito di iniziativa, sia a livello di strutture e risorse economiche, come dimostra il fatto che quasi tutte le sedi che ospitano Comunità Terapeutiche sono messe a disposizione in comodato da Parrocchie, Istituti religiosi, imprenditori privati, enti locali.

Nel territorio bresciano, e soprattutto in Valle Camonica, molti sono stati i gruppi di volontari sorti per aiutare le comunità nascenti. Successivamente parecchi di questi gruppi, grazie anche all'opera di sensibilizzazione di don Redento, si sono costituiti autonomamente continuando ad operare in attività di prevenzione e reinserimento rivolte ai tossicodipendenti.

Cooperare nel territorio bresciano ha significato per la Cooperativa di Bessimo essere presenza attiva all'interno del fecondo mondo della cooperazione bresciana: in particolare la Cooperativa ha permesso la costituzione del Consorzio Sol.Co. prima, e ha partecipato attivamente alla vita del Settore Federsolidarietà poi. Inoltre nel 1994 ha promosso la nascita della Cooperativa Chizzoletta, realtà autonoma rivolta all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Nello sviluppare possibili risposte al problema tossicodipendenza, la Cooperativa fin dai suoi inizi ha sempre mantenuto un atteggiamento di collaborazione attiva con quelle realtà che consideravano la tossicodipendenza e il recupero delle persone coinvolte nel problema con modalità non coercitive né miracolistiche centrate sulla persona e nel massimo rispetto di questa, con risposte che si esprimono nel concetto di Educare Non Punire, nella consapevolezza che nessuno debba essere considerato un fallito al punto da non meritarsi un futuro diverso e migliore.

In tal senso è nata e si è sviluppata l'adesione al Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza, che dal 1984 ha sempre visto la Cooperativa partecipare attivamente alle attività nazionali e regionali.

La costante presenza in associazioni come la Confcooperative e la Federazione C.N.C.A. ha favorito non poco la collaborazione tra Cooperativa di Bessimo ed Ente Pubblico, in particolare con quei settori che si occupano di tossicodipendenza.

Se all'inizio del diffondersi del fenomeno droga il servizio pubblico era fortemente in ritardo nel predisporre strategie di intervento adeguate, e la conseguente

attivazione dei primi servizi delle USSL generò per molte realtà del privato sociale uno scontro anche pesante tra “i buoni” (le comunità con i loro volontari a tempo pieno) e “i cattivi” (i freddi operatori delle USSL), scontro evidenziato anche dalla contrapposizione di interventi solo educativi a interventi solo farmacologici, la Cooperativa di Bessimo già da allora si caratterizzava per la sua posizione - certo insolita - di stimolo e collaborazione con il servizio pubblico. Pur nella critica verso alcuni modelli di intervento prevalentemente a carattere sanitario, la Cooperativa non scese mai in campo contro qualcosa o qualcuno, scegliendo la strada del dialogo e dell'integrazione attiva.

In tempi non sospetti, rispetto alla grande autonomia di cui godevano le Comunità Terapeutiche e nell'assenza di normative vincolanti, già dagli anni '80 la Cooperativa Sociale di Bessimo iniziava una fattiva collaborazione con i N.O.T. (ora SERT) relativa all'impostazione comune dei percorsi di recupero e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti, su criteri e modalità sancite solo nel 1993 con l'Atto d'Intesa tra Stato e Regioni.

Insieme alla collaborazione con le USSL, procedeva di pari passo quella con gli istituti giudiziari, in particolare con Centro di Servizio Sociale per Adulti e Tribunale di Sorveglianza di Brescia, grazie soprattutto alla spiccata sensibilità del Presidente di quest'ultimo istituto, dott. Giancarlo Zappa.

Alla base della collaborazione con l'Ente Pubblico vi sono almeno due aspetti fondanti che hanno fatto optare la Cooperativa verso questa strategia: la tossicodipendenza si può combattere solo con l'apporto di tutti, nella chiarezza delle rispettive competenze e delle proprie specificità, e nessuno ha il diritto di sentirsi il depositario dell'unica e vera risposta a un problema che colpisce nel profondo un numero così alto di persone.

Anche con la Chiesa la Cooperativa ha avuto un costante rapporto, a partire dalla presenza di don Redento Tignonsini, sacerdote diocesano bresciano, fondatore e anima della Cooperativa, e con il sostegno e la vicinanza di Parroci e Curati del territorio in cui operano le Comunità Terapeutiche.

In particolare la Caritas Diocesana è sempre stata vicina all'opera della Cooperativa, con l'invio costante di obiettori di coscienza alle comunità, dove queste persone hanno svolto e realizzano tuttora un prezioso servizio di collaborazione e testimonianza. Proprio alcuni di loro, che sono rimasti in Cooperativa fino ad oggi, rivestono ruoli di responsabilità.

Lo stesso Vescovo Mons. Bruno Foresti ha sempre mostrato una particolare attenzione verso la Cooperativa, anche in occasione della recente visita pastorale, in cui si è recato nelle comunità terapeutiche della diocesi.

Per concludere questo aspetto in cui si evidenzia la capacità di cooperazione e integrazione della Cooperativa di Bessimo con altre realtà del pubblico e del privato, ricordiamo alcuni progetti realizzati con successo grazie all'unione delle nostre energie con quelle di altri.

Nel 1987 è stato avviato il Progetto Valle Camonica, a favore di tossicodipendenti della Valle in fase di reinserimento, che prevedeva la disponibilità di appartamenti e lavoro e che ha reso possibile l'apertura della Comunità Terapeutica di Capo di Ponte, rivolta in modo specifico a utenti della Valle Camonica. Dalla stesura alla realizzazione e verifica del Progetto hanno partecipato con noi l'USSL 15 della Valle soprattutto attraverso gli operatori del SERT e l'Associazione Famiglie Camune.

Grazie ancora alla sensibilità dell'USSL 15 e della Comunità Montana di Valle Camonica è stato possibile realizzare nel 1993 l'apertura della Comunità Terapeutica di Cividate Camuno, rivolta a ragazze madri con i loro figli.

Dal 1994 è stato avviato nel centro storico di Brescia il Progetto Strada, un servizio a bassa soglia di prevenzione della diffusione del virus HIV, reso possibile grazie all'intervento congiunto di Comune di Brescia, SERT dell'USSL 18, Caritas Diocesana e - insieme a noi - la Cooperativa Sociale "Il Calabrone".

Infine, dal 1995 ad oggi, la sensibilità dell'Amministrazione Comunale di Orzinuovi e dell'USSL 19 attraverso il SERT, hanno permesso la realizzazione di una Comunità Terapeutica maschile a valenza esclusivamente territoriale nella frazione di Pudiano e di un Centro Diurno a Orzinuovi.

## **PROSPETTIVE FUTURE**

A distanza di venti anni da quel 29 Agosto del 1976, la Cooperativa Sociale di Bessimo può sicuramente dirsi soddisfatta per ciò che ha realizzato, rinnovandosi costantemente nel proprio intervento pur mantenendosi fedele allo spirito iniziale.

Certo uno degli scopi impliciti della sua costituzione, come in quella di tante altre comunità, ovvero l'utopistica sconfitta della droga, non si è mai visto realizzato, ma anzi il fenomeno droga rimane uno dei problemi di devianza sociale più radicati e distruttivi tra i giovani di oggi, con tutta la prospettiva di rimanere tale anche per gli anni a venire.

Oggi lo scenario della tossicodipendenza è completamente modificato rispetto a quegli anni: certo più allo scoperto ma anche per certi versi più drammatico: sono oltre 110.000 i tossicodipendenti registrati in carico ai servizi e alle comunità (sono 19.000 solo in Lombardia) secondo i dati del Ministero dell'Interno alla fine del 1995.

Sono stati 1.043 i morti per overdose del 1995 (185 in Lombardia), mentre la diffusione del virus HIV ha contribuito drammaticamente a rendere più difficoltose le logiche del recupero e della riabilitazione.

Se pensiamo all'aspetto sommerso del fenomeno, lo scenario è ancora più preoccupante: i dati del nostro osservatorio al Progetto Strada hanno rilevato solo nel primo anno di attività su una popolazione tossicodipendente attiva di 377 soggetti incontrati che il 43% di questi non si è mai rivolto a un servizio pubblico o privato.

Sempre rispetto al passato, dove si pensava a un fenomeno “standard” di tipo maschile attestato tra i 25 e i 30 anni, la realtà odierna con la sua complessità ha portato alla luce situazioni che vanno da un’età minima di 15 anni a soglie di ultra quarantenni, tipologie che vanno dalla ragazza madre a interi nuclei familiari con figli (solo la nostra Cooperativa vede giornalmente presenti 30 famiglie di tossicodipendenti), utenti che dietro la tossicodipendenza manifestano problematiche psichiatriche anche gravi, soggetti considerati “cronici” che hanno già provato numerosi tipi di interventi diversi, dal metadone a molte comunità e continuano a far uso di sostanze senza vedere una via d’uscita, giovani extracomunitari che dal mercato della droga passano alla dipendenza senza poter usufruire di servizi e interventi fruibili solo dai cittadini europei, detenuti tossicodipendenti che superano un terzo dell’intera popolazione carceraria.

Non possiamo più limitarci a parlare di “soggetti tossicodipendenti”, poichè siamo di fronte a una “popolazione tossicodipendente”.

Lo stesso scenario delle sostanze si è modificato in maniera preoccupante: a fianco dei mercati di eroina e cocaina, l’abuso di droghe sintetiche e di psicofarmaci, come pure il ritorno delle anfetamine (ecstasy) e la commistione tra alcool e psicofarmaci, sono ormai un dato di fatto.

Questa diversificazione del mercato delle sostanze stupefacenti va affrontata a diversi livelli: legislativo, culturale, educativo. Certo non possiamo più considerare sullo stesso piano la pericolosità di sostanze “pesanti” dall’uso di hashish e marijuana, per molti anni demonizzato e presentato in modo ideologico dai diversi schieramenti proibizionisti e antiproibizionisti.

Nelle possibili risposte al fenomeno, col passare degli anni è aumentata la complessità e la relativa incertezza: grandi contenitori del disagio della tossicodipendenza, messi in risalto fino a qualche anno fa soprattutto per la caratteristica di “sradicamento” del problema dal tessuto sociale, hanno dimostrato i loro limiti. Di fatto le grosse realtà che hanno privilegiato l’apparato strutturale verticistico, l’espansione nazionale o extra-nazionale, i legami politici ad alti livelli, il carisma del fondatore, la scelta di vita anzichè di un percorso riabilitativo che confluisce in un reinserimento ben strutturato, a discapito spesso della centralità della persona e dei suoi bisogni, sono fortemente in crisi e arroccate su posizioni rigide di scontro con il mondo.

Sul piano legislativo si registrano ancora carenze notevoli: a livello regionale l’Atto d’intesa tra Stato e Regioni sugli standard degli Enti Ausiliari non è ancora operativo, come pure la riqualifica degli operatori delle comunità; l’Albo Regionale definitivo degli Enti Ausiliari, in via di realizzazione, non ha gli strumenti per valutare le strutture in base all’intervento di qualità (verificando anche i risultati), limitandosi a verificare la rispondenza agli standard strutturali e funzionali.

Ancora: le normative non riconoscono di fatto quegli interventi non residenziali così importanti soprattutto nella fase del reinserimento sociale e lavorativo; non è ancora stata definita la figura dell’operatore di strada, elemento

portante per tutti gli interventi di riduzione del danno; non sono mai stati definiti standard per Comunità Terapeutiche rivolte a coppie di tossicodipendenti con figli.

Inutile ricordare le continue reiterazioni del decreto legge relativo all'assegnazione del fondo nazionale Lotta alla Droga alle Regioni: mentre la Commissione sta ancora esaminando i 9.000 progetti presentati nel 1994 e 1995, il Parlamento non ha ancora convertito in legge il decreto che consentirebbe una più efficace gestione dei fondi sul territorio.

Infine, purchè non sia richiesta la retta alle USSL, realtà improvvisate del privato continuano ad operare al limite della legalità senza che nessuno intervenga al riguardo, costituendo per i soggetti un'illusoria risposta al problema e per le famiglie spesso un notevole esborso di denaro per le rette.

In merito alle politiche di riduzione del danno, che ci hanno sempre visti attenti sostenitori, ci permettiamo infine una considerazione: per chi come noi ha da sempre rivolto le proprie energie sul fronte del recupero del tossicodipendente può apparire una sconfitta ritrovarsi a gestire servizi a bassa soglia che si limitano, tra virgolette, a distribuire siringhe e ad aiutare i tossicodipendenti che in quel momento non pensano di affrontare un percorso riabilitativo. In realtà anche questo intervento, pur sostanzialmente diverso dalla gestione delle Comunità Terapeutiche, risponde agli stessi principi di tutela, attenzione e presa in carico della persona tossicodipendente, in un momento della propria esistenza in cui non va comunque abbandonata a se stessa.

Per questo motivo, nonostante siano state osteggiate da molti (si vedano le reazioni di alcune grosse comunità di contenimento che condannano questa scelta), riteniamo importante continuare su questa strada, purchè gli interventi di questa natura siano davvero rivolti a soggetti in stato di bisogno e non diventino un alibi alle politiche di riduzione dei costi, che tanto stanno a cuore ad alcuni politici e ad alcune gestioni amministrative delle USSL.

La seconda conferenza nazionale sulla Legge Stupefacenti, rinviata al prossimo Febbraio, potrebbe essere un importante momento di riflessione e ripensamento complessivo delle strategie di lotta alla tossicodipendenza: tuttavia il rischio prevalente è quello di cadere ancora una volta come nel passato nella sterile polemica tra proibizionisti e antiproibizionisti.

Questi i problemi di oggi e del futuro della tossicodipendenza: la Cooperativa Sociale di Bessimo in questo momento di festa per il ventesimo anniversario della propria attività rinnova la sua totale disponibilità di accoglienza ai bisogni dei tossicodipendenti, rimane convinta che la centralità della persona sia essa tossicodipendente che operatore costituisca il fine e la prima risorsa del proprio operare, ribadisce la propria volontà di costruire il futuro attraverso la cooperazione di tutti, forte dei risultati di molti ospiti delle comunità, oggi inseriti pienamente nel tessuto sociale, e facendo memoria dei tanti giovani che hanno terminato la propria esistenza stroncati dalla droga e dall'AIDS. A questi ultimi va il nostro ricordo, la nostra preghiera e la nostra promessa di costante impegno.

