

Comunità Edizioni
C.N.C.A.
Via Vallescura, 47
63010 Capodarco di Fermo (AP)
Tel. 0734/672504 - 671969
Fax 0734/675539

È consentita la riproduzione anche parziale in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo purché venga citata la fonte.

Finito di stampare nel mese di marzo 1997
dalla coop. Litografica COM di Capodarco di Fermo (AP)

DROGA

In frontiera

Leggere il passato
per ripensare le risposte

A cura di Riccardo De Facci

Ha collaborato alla redazione Stefano Trasatti

Comunità Edizioni

Presentazione

Questo libro-documento esce in concomitanza della II Conferenza Nazionale sulla droga.

Esso rappresenta la sintesi di un confronto durato oltre un anno, fra tutti i gruppi aderenti al Coordinamento.

Fu nel dicembre del '95 che si decise di avviare la stesura di un dossier: l'intenzione era quella di puntualizzare i principi che tante Comunità italiane ritenevano fondamentali nel loro modo di confrontarsi con il disagio droga. Da allora, le stratificazioni e le modifiche al libro che prendeva forma non hanno fatto che confermare la tesi di fondo: che le dipendenze sono un fenomeno in continuo e accelerato cambiamento. Anche i dati che man mano affluivano, e alcuni eventi legislativi, hanno costretto a rimodulare alcune affermazioni.

Ma non era la corsa dietro agli eventi il vero obiettivo del libro. Ci premeva invece esprimere una posizione chiara del C.N.C.A. su alcuni punti cruciali, chi più chi meno oggetto di continui, polemici dibattiti sia tra gli "addetti ai lavori", sia nell'agorà dell'informazione e della politica. Citiamo, per i primi, l'integrazione pubblico-privato, la riorganizzazione dei Ser.T., l'Authority di controllo, gli standard delle Comunità; e per i secondi, la questione delle droghe leggere, le nuove sostanze, la riduzione del danno, l'Aids.

Il presente volume non vuole essere un "trattato sulla droga", né può essere utilizzato appieno da chi non ha

una conoscenza minima degli argomenti di cui si parla. Non tutte le implicazioni del problema vengono esaminate; è stata fatta una selezione in base alla contingenza di questa fase storica. Tuttavia, si è cercato di corredare i capitoli con cifre e riferimenti legislativi per facilitare la comprensione; alcuni concetti basilari sono stati ripetuti più volte allo scopo di ribadirne l'importanza.

La lettura che il C.N.C.A. offre è quella di chi vive da tanti anni sulla "frontiera" di quella sofferenza che trova la sua causa, o il suo motivo scatenante, nelle tossicodipendenze e in tanti drammi a queste connessi (carcere, prostituzione, Hiv, patologie psichiatriche). Per questo va presa come un contributo privo di ogni rivestimento ideologico, che anzi intende favorire una nuova stagione di confronto dopo una storia spesso costellata da contrapposizioni.

Il C.N.C.A. raccoglie oggi 205 gruppi sparsi in tutta Italia, i quali gestiscono circa un migliaio di strutture tra Comunità residenziali, centri filtro, cooperative, centri studi, progetti di educativa territoriale, unità mobili ecc. Più di tre quarti di questo lavoro si concentra in particolare sulle tossicodipendenze, anche se l'approccio al disagio è sempre complessivo e mai irrigidito sulle "categorie". Non tutti i gruppi hanno le stesse origini e le stesse metodologie: la Federazione non ha mai dettato "programmi" standard da attuare sui territori. Ma tutti condividono alcuni ideali di fondo, dal rispetto della dignità della persona in qualunque stato essa si trovi, al "farsi carico", al rimettere continuamente in discussione le proprie certezze "terapeutiche".

Il testo che segue, quinto impegno della collana "Proposte", è stato scritto con questo spirito.

DROGA
In frontiera

CAPITOLO 1

Nuove risposte per un disagio che cambia

1. Premessa - La complessità come presupposto

La tossicodipendenza e l'uso di sostanze stupefacenti rappresentano sempre più un fenomeno complesso. Soprattutto negli ultimi anni, essi si sono profondamente trasformati, ponendo a tutti gli operatori (pubblici e del privato sociale) che se ne occupano questioni diverse e problematiche pluristratificate. Ciò ha fatto emergere l'esigenza di avviare una seria riflessione e di ricercare ove necessario nuovi approcci.

I nostri servizi, la nostra storia, le profonde motivazioni e la professionalità raggiunta sono testimoni di un cambiamento che riguarda la varietà dei bisogni emergenti per età, sostanze di consumo, abitudini, patologie correlate e livelli di consapevolezza individuale e collettiva.

La stessa struttura sociale è interessata da una trasversalità così accentuata da non poter più ridurre semplicisticamente al problema individuale e allo scontro sociale un fenomeno profondamente articolato, nè risolverlo nella delega a servizi specialistici o singole personalità carismatiche. Si impone invece il recupero di una definizione della tossicodipendenza come *sintomo conclamato di un disagio più complesso e generalizzato, che sempre più assume forme varie e concatenate.*

Molte sicurezze, molti modelli di intervento, pur nella loro validità, chiedono da questi nuovi fenomeni di essere rimessi in discussione; ciò nel superamento di impostazioni rigidamente ideologizzate, tra loro spesso contrapposte e in un serio tentativo di superamento di aspri conflitti e sterili polemiche, per l'apertura di una fase di confronto, integrazione e riflessione più ampia.

Peraltro, alla luce del mutato scenario, non si deve nemmeno cadere nella tentazione di revisioni radicalistiche, che nella ricerca di una nuova "unica soluzione possibile" cancellino ciò che con estrema fatica e coraggio molti hanno realizzato finora. Occorre invece che le profonde implicazioni del problema favoriscano un percorso di cambiamento, che passa innanzitutto nel riconoscere reciprocamente le capacità maturate nell'esperienza di questi anni.

Il ripensamento del modello "comunità-centrico"

In Italia gli interventi sul "problema droga" sono stati caratterizzati, per tutti gli anni ottanta e i primi anni novanta, da un'attenzione focalizzata sulla dipendenza da eroina, con una strutturazione delle risposte quasi esclusivamente centrata su di essa e una crescita esponenziale delle comunità terapeutiche. Il modello "comunità-centrico" - emerso dapprima in modo spontaneo e in supplenza di una reazione istituzionale che ancora mancava - rappresentava indubbiamente una valida (talvolta l'unica) proposta in una fase di forte bisogno e di allarme sociale, che dava luogo a frequenti conflittualità territoriali e ad una tendenza espulsiva verso i soggetti coinvolti.

Gran parte di questi centri, in accordo anche con gli stessi servizi per le tossicodipendenze, si muovevano in una strategia volta in genere a obbligare il tossicodipendente a fare i conti con i limiti estremi

della sua dipendenza.

L'intervento si strutturava così in una serie di ingiunzioni, obblighi e passaggi "terapeutici" volti al "pentimento" dell'individuo, che solo dopo aver "toccato il fondo" poteva "consapevolmente" intraprendere la salita verso la risoluzione del suo problema. Questa soluzione veniva spesso forzata anche con pressioni dell'ambiente in cui il soggetto viveva ("buttatelo fuori da casa") per obbligarlo all'abbandono del suo stato di tossicodipendenza. L'immediata rinuncia alla droga era vista, al tempo stesso, come unico possibile obiettivo e come premessa irrinunciabile per poter attivare una relazione d'aiuto, che aveva legittimità solo se sfociava nell'inserimento in strutture residenziali votate all'intervento risolutivo e alla "guarigione" completa.

Anche da un punto di vista socio-culturale e politico questa era ritenuta "l'unica" risposta possibile alla tossicodipendenza, e di conseguenza la Comunità ha quasi ricevuto una delega in bianco per l'intervento su questi soggetti. Ciò anche attraverso strumenti legislativi¹, organizzativi (alcuni "indiscutibili" percorsi terapeutici), sociali (un mandato pressochè totale), finanziari (alcune scelte di politica sociale) e di suddivisione delle quote dei finanziamenti pubblici.

In questa impostazione c'erano anche dei rischi, a lungo scarsamente considerati: ad esempio che il soggetto, in quanto parte della "categoria tossicodipendenti", perdesse il riconoscimento della sua

1 - La legge in vigore sulla droga, detta anche "Iervolino-Vassalli", contenuta insieme ai decreti attuativi nel Testo Unico del D.P.R. n. 309 del 1990, e a cui faremo più volte riferimento nelle pagine seguenti, ha sancito la forte legittimazione delle Comunità terapeutiche residenziali, ritenute di fatto "la" risposta alla tossicodipendenza.

dignità e identità di persona, pur se sofferente; e che, ritenuto “non cosciente” e incapace di autodeterminare la propria vita, egli si trovasse inserito in percorsi rigidamente predefiniti a cui adattare per forza il proprio caso, con una sorta di “onnipotenza” lasciata alle comunità e/o soprattutto ad alcuni leader. Un modello così chiuso rischiava insomma di non sempre riconoscere anche le risorse personali (pur se minime e residuali) dei soggetti presi in carico, e nemmeno di valorizzare la sfera affettiva, il contesto familiare, sociale e territoriale di cui il loro disagio era frutto.

Anche per la persistente assenza o rarità di altre risorse, nonché di ipotesi complementari o alternative, questa era dunque la versione “ufficiale”, e più pubblicizzata, degli interventi sulla tossicodipendenza.

Nel frattempo molti operatori - spesso all'interno delle Comunità che loro stessi aiutavano a gestire - continuavano un lavoro talvolta oscuro di ricerca, progettazione e sperimentazione, in un quotidiano confronto con i nuovi bisogni che i soggetti con cui entravano in contatto esprimevano, oltre qualsiasi verità preconstituita e progetto predefinito.

Sempre di più ci si rendeva conto di quanto i profondi cambiamenti sociali avvenuti nel nostro paese negli ultimi 15-20 anni avessero inciso anche sull'uso delle sostanze stupefacenti: la scomparsa di una idealità politica d'uso, la trasformazione dei gruppi e delle modalità di assunzione, l'avvento di sostanze diverse in tempi diversi, la diffusione del virus Hiv, il dilagare prima della cocaina e poi delle “nuove” droghe sintetiche ecc. Il modello “comunità-centrico” come lo abbiamo descritto mostrava insomma i segni evidenti di una crisi e cominciava a imporre una profonda rilettura delle strategie complessive

fino ad allora attuate, e gli stessi fondamenti della relazione d'aiuto da impostare tra il soggetto tossicodipendente e l'operatore sociale.

2. Le basi della proposta del C.N.C.A.

Insieme alle altre realtà impegnate in questo campo, anche il C.N.C.A. è chiamato a confrontarsi in un nuovo tentativo di lettura e di proposta.

Prima di affrontare nei prossimi capitoli in maniera più specifica le varie espressioni del problema ci sembra utile una lettura complessiva su tre assi tematici trasversali: la *realtà sociale* che sottende il fenomeno tossicomane; gli *elementi di senso* che le nostre scelte di intervento presuppongono; le *linee di prospettiva*.

Tre grandi cambiamenti

L'uso di sostanze stupefacenti viene letto nella nostra visione come una delle forme più eclatanti di un disagio diffuso, e che si manifesta soprattutto in alcune aree della popolazione. È in questa prospettiva che riteniamo importante assumere la complessità sociale come il presupposto su cui articolare la nostra proposta, consapevoli dei possibili rischi di generalizzazione o dispersione dell'analisi e degli interventi.

I dati in nostro possesso testimoniano una marcata eterogeneità del fenomeno, non solo per le sostanze diffuse (sempre più innovative e diverse), ma anche per la modalità del consumo, le motivazioni individuali o gli atteggiamenti di gruppo a queste connessi. Decisivi sono poi gli aspetti culturali ed educativi sottesi: basti pensare alla larghissima diffusione delle "droghe leggere", al legame profondo tra le nuove droghe e gli atteggiamenti sul rischio, alla figura

sociale dell'eroinomane.

Ecco perché riteniamo che qualsiasi proposta non possa evitare il confronto con quel profondo malessere collettivo che per alcune fasce sociali (periferie, gruppi a bassa scolarizzazione ecc.) e/o d'età (adolescenti, giovani adulti ecc.) rischia di diventare "fisiologico", dando luogo a reazioni di paura e di violenza che trovano poi nella tossicodipendenza una possibile forma di sfogo.

La revisione progettuale degli enti e delle associazioni che intervengono in questo campo comporterà una grossa sfida: quella tra gli aspetti ideali, motivazionali e fondativi di un'autobiografia collettiva e di una storia ormai pluridecennale, e le spinte evolutive che richiedono un aumento delle consapevolezze educative e delle professionalità necessarie per intervenire in questo scenario. Il confronto con questi elementi dovrà tenere conto di alcuni presupposti:

1. l'impossibilità di mantenere una interpretazione dei fenomeni di disagio sociale organizzati in categorie rigide i dati in nostro possesso ("il tossicodipendente", "l'alcoolista" ecc.) alla ricerca di "una" soluzione per problematiche estremamente diverse;

2. la ridiscussione di una delega agli "esperti delle tossicodipendenze", che non sa valorizzare le competenze e le risorse educative presenti nel tessuto sociale (insegnanti, educatori, genitori, volontari ecc.): basti pensare alla incompletezza di moltissimi interventi di prevenzione;

3. la fine dell'impostazione "per servizi specifici" (sulla prevenzione, sull'Aids e sulla tossicodipendenza) separati fra loro, per favorire una continuità progettuale degli interventi che, tenendo conto della diversificazione delle varie unità d'offerta, mantenga un legame continuo con le politiche sociali dei vari territori.

Un nuovo legame col territorio, contro i rischi della delega

Il ripensamento complessivo degli interventi sulle tossicodipendenze non può essere frutto di valutazioni puramente strumentali, di moda o legate a stagioni politiche.

Occorre, in particolare per le realtà del privato sociale, il recupero di quella motivazione iniziale per cui molti gruppi sono nati e si sono sviluppati, per tornare al rapporto diretto con i bisogni e le risorse dell'altro, in una logica di *accompagnamento* alla crescita individuale e collettiva.

È arrivato il momento di riscrivere molti dei progetti della fase pionieristica. Il senso di tale riscrittura sta soprattutto nel recupero della centralità della persona e delle sue scelte responsabili, nonché nel rispetto dei suoi diritti irrinunciabili. È finito il tempo in cui una presupposta competenza terapeutica era l'alibi per una assoluta delegittimazione dei diritti individuali del tossicodipendente e per una sua completa deresponsabilizzazione sulle scelte che lo riguardavano.

Si deve invece prefigurare una contrattualità relazionale condivisa, che eviti una rigida predefinizione d'accesso. Ciò significa sapersi confrontare con la persona in modo più aperto, senza per questo legittimare i suoi atteggiamenti trasgressivi (la tossicodipendenza attiva, la prostituzione ecc.).

Tale impostazione porta a interrogarsi con maggiore serenità anche su questioni ideali ed etiche profonde e conflittuali, quali la fornitura di strumenti di profilassi negli interventi di riduzione del danno (siringhe, preservativi ecc.), la somministrazione di sostanze sostitutive (metadone, sperimentazioni con eroina ecc.), la questione della depenalizzazione o

legalizzazione delle droghe leggere.

Nello stesso tempo il ruolo educativo recupera il senso di un rapporto con i bisogni reali del gruppo di riferimento e del contesto territoriale di cui l'espressione di difficoltà è parte integrante. I servizi del privato sociale tornano parte di un processo di cui sono co-protagonisti con i servizi pubblici e le agenzie educative territoriali, con la finalità di aumentare la consapevolezza della comunità in cui agiscono, e di coinvolgerla concretamente. Il legame con il territorio (sempre più allentato per alcuni dei nostri servizi) diventa mediazione relazionale, e favorisce il superamento dei rischi impliciti nella delega rieducativa totale dei tossicodipendenti alle sole comunità terapeutiche. Rischi ambivalenti - dalla richiesta di controllo sociale ("portateli via", "teneteli voi"), al riconoscimento di una sorta di "capacità salvifica" ("solo voi li potete guarire, non ce la faremmo mai da soli") - di cui le strutture del privato sociale sono state in vari momenti investite.

Il futuro nell'integrazione

Le realtà del privato sociale dopo anni di sforzi notevoli, non sempre adeguatamente supportati e talvolta in necessaria sostituzione di un servizio pubblico assente, richiedono oggi un riconoscimento correttamente regolamentato e una pari dignità con il "pubblico" nell'organizzazione futura degli interventi sui territori. L'integrazione pubblico-privato è lo strumento più adeguato per evitare sovrapposizioni e sprechi, ma anche eccessi in alcune unità di offerta (ad esempio la sovrabbondanza dei posti in comunità) e totali assenze o insufficienze in altre (ad esempio la residenzialità per i malati di Aids, il pronto intervento sulla psichiatria indotta dall'uso di droghe).

Gli Enti Ausiliari e i Ser.T sono i due poli di una moderna organizzazione dei servizi. Occorre trovare le forme corrette per la loro corresponsabilizzazione, sia negli indirizzi di politica generale, che nell'organizzazione locale delle risorse e delle risposte. Tale integrazione può raggiungere i suoi migliori effetti, oltre che nella gestione congiunta dei percorsi terapeutici, soprattutto nelle due fasi in cui più difficile e carente è il dispiegamento degli interventi:

- l'anticipazione delle nuove problematiche e l'aggancio di quei soggetti che non hanno ancora avanzato esplicite richieste di aiuto, attraverso strutture di aggregazione per i gruppi giovanili, programmi di riduzione del danno, di filtro e di accompagnamento ai servizi, di monitoraggio dell'evoluzione dei fenomeni;

- il reinserimento delle persone al termine dei percorsi terapeutici, il supporto sociale-educativo ai soggetti in mantenimento metadonico, l'avvio di un futuro lavorativo, la prevenzione delle ricadute, il supporto alla rete sociale di riferimento.

CAPITOLO II

Le sfide della droga oggi

1. Usi e consumi

Può essere utile tracciare, a grandi linee, una fotografia del fenomeno droga, cercando di intersecare i dati ufficiali in nostro possesso con l'esperienza delle comunità e con le immagini che alcuni nuovi servizi (operatori di strada, centri crisi, ecc.) ci stanno fornendo rispetto agli "sconosciuti". Cercheremo di riprenderli in maniera più specifica nelle pagine successive.

Ci sembra necessaria una premessa: mancando ricerche approfondite, nessuno sa oggi con sufficiente approssimazione quanti siano i consumatori di stupefacenti in Italia. Iniziamo comunque con l'enucleare alcuni punti significativi, allo scopo di farci una prima idea dei fenomeni legati all'uso dei vari tipi di sostanze.

Eroina in calo

Nonostante la variazione positiva dei sequestri che esamineremo più avanti, la tossicodipendenza da eroina che, come abbiamo visto, è stata considerata a lungo il *target* prioritario nell'organizzazione dei servizi (Ser.T., comunità ecc.), appare nell'ultimo anno in calo, pur interessando ancora un numero di persone che viene stimato tra le 200.000 e le 300.000; di queste, secondo alcuni studi, solo una quota oscillante tra il 30 e il 50 % è in contatto con i servizi

pubblici e privati (al 30 giugno 1996 circa 112.000) e non più del 10 % sono ospiti in una comunità terapeutica (alla stessa data, circa 22.000).

Il periodo medio dell'uso di eroina prima dell'accesso ai servizi è di almeno 4-5 anni e tutti conosciamo la fatica e il tempo necessari per la costruzione di un percorso terapeutico. A questo proposito, le poche ricerche realizzate, con verifiche dopo alcuni anni, ci danno una percentuale media di circa il 30% di risoluzione completa della dipendenza per coloro che hanno intrapreso tali percorsi. Si apre allora un primo problema: quello legato al fenomeno ancora elevato del "sommerso", delle ricadute e del possibile aggancio del soggetto in una fase precedente a quella in cui avviene l'accesso ai servizi.

Età diverse, persone diverse

L'età dei soggetti coinvolti copre uno iato molto vasto: da un lato persone sempre più giovani (meno di 14 anni) vengono coinvolte nello spaccio (i "cavalli" degli spacciatori) e/o nel consumo; nel mezzo ritroviamo, tra gli altri, un numero notevole di persone che incomincia tardi l'uso di eroina - tra i 30 e i 40 anni - spesso dopo consumi variegati di altre sostanze; e poi ci sono le figure "storiche", quaranta-cinquantenni (spesso con figli e famiglia) per cui la sostanza è elemento di quasi *routine* quotidiana.

Questo dato ci interroga sulle caratteristiche profondamente diverse delle persone interessate al fenomeno: per risorse personali, livello culturale, legami affettivi, consapevolezza dei rischi e "cronicità" d'uso.

Dalla "piazza" alla "compatibilità"

La tipologia del consumo è sempre meno legata alla "piazza storica" come luogo ghettizzante, e sempre più a tentativi di attuare una "compatibilità" protratta per anni: quella di una vita "normale" caratterizzata da un lavoro, legami stabili e amicizie non "del giro", con un uso regolare di droghe pesante in un regime di convivenza individuale, "segreta", faticosa, carica di sofferenza dissimulata. A questo possiamo aggiungere il crescente coinvolgimento nel piccolo spaccio e/o nel consumo di nuove fasce sociali (extra-comunitari, patologie psichiatriche "franche" ecc.).

Da questi cambiamenti ha conseguito una diversa organizzazione dello spaccio e del consumo, con la diffusione del "porta a porta" e di una presenza dei soggetti in strada solo per l'acquisto; sempre meno vengono vissute le identità della piazza, del gruppo, della diversità manifesta (ricordiamo la tossicodipendenza come ostentata connotazione sociale di alcuni gruppi degli anni 70 e 80).

Ciò comporta una diminuzione di quelle che l'immaginario collettivo identifica a volte come "zone in mano ai drogati" (alcuni quartieri, strade, bar ecc.) e, parallelamente, un ulteriore aggravamento ed emarginazione di quei punti in cui rimane lo spaccio "a cielo aperto", zone che diventano ricettacolo di problematiche ancora maggiori (ad esempio la Stazione Centrale di Milano, la Stazione Termini di Roma, certe periferie delle grandi città ecc.). Si impone qui l'esigenza di ricercare strumenti operativi che siano mirati alle specifiche realtà, ma con la consapevolezza che questi non sempre sono assolutizzabili. Infatti, accanto all'incremento dello studio e della valutazione dei caratteri assunti dal fenomeno nei vari territori, occorre costantemente guardarsi dal rischio di generalizzare "mode" e modelli che, se esportati, possono

rivelare una scarsa efficacia nei nuovi contesti.

L'Hiv e le due "filosofie"

La diffusione del virus Hiv tra i soggetti tossicodipendenti ha ancora un'incidenza notevole, attorno al 60% del numero totale. Tale problematica ha modificato profondamente, rendendole più complesse, tutte le questioni legate alla dipendenza: i temi più evidenti ci sembrano il cambiamento, da una parte, dell'approccio psicologico all'uso dell'eroina, dall'altra delle prospettive di "vita" per chi è sieropositivo. Ciò ha generato una progressiva richiesta di adeguamento degli interventi e un necessario investimento su progetti di informazione e responsabilizzazione dei consumatori di droghe, verso forme di auto ed etero tutela dalla diffusione del virus, visto anche l'enorme "sommerso" del fenomeno.

Questa trasformazione di scenario ha aperto un dibattito articolato tra due filosofie: quella della "riduzione del danno" e quella della risoluzione dello stato di dipendenza. Percepiti in una prima fase come antagonisti, questi due approcci possono invece trovare fecondi punti di convergenza nella possibile continuità tra le varie unità d'offerta (vedi capitolo VI).

Droghe "nuove" e droghe leggere

Alla lieve diminuzione dell'uso di eroina si è affiancata la diffusione massiccia di nuove e vecchie sostanze. Negli ultimi anni ad esempio il consumo di cocaina ha talvolta superato quello dell'eroina, diventando ormai droga di massa e diffondendosi nelle nostre periferie attraverso i consueti canali di spaccio, che spesso controllano tutti i tipi di sostanze stupefacenti presenti sul mercato.

Non solo, soprattutto negli ultimi cinque anni

abbiamo avuto un dilagante ritorno sotto nuove forme delle droghe sintetiche, le cosiddette “designer drugs” (amfetamine, extasy, allucinogeni come l’Lsd), con l’avvicinamento al consumo di nuovi strati della popolazione giovanile caratterizzati da una bassissima consapevolezza dei potenziali pericoli. Ciò che preoccupa è che essi non accedono normalmente ai servizi, sia pubblici che privati, vivendoli come “altro” da sé e percependo l’uso di queste sostanze come complementare ai loro stili di vita e come fenomeno di cultura giovanile. Si va delineando un panorama di offerte, anche qui gestite spesso dai soliti giri dello spaccio, disegnato sui bisogni specifici dei giovani acquirenti e sulle loro richieste di consumi variegati e *mixati* di sostanze diverse (legali e illegali).

Tale problematica ci interroga sull’inadeguatezza delle risposte verso questi nuovi fenomeni e verso alcune aree giovanili portatrici di un tipo di disagio mai visto prima. Nel contempo, si evidenzia sempre più il rischio di un monopolio delle organizzazioni criminali sullo spaccio delle varie sostanze stupefacenti, con una incredibile capacità di leggere e orientare i consumi in sempre nuovi strati della popolazione tra i 14 e i 20 anni.

Persiste infine, soprattutto tra i ragazzi, una altissima presenza delle “droghe leggere” derivate dalla cannabis (hashish, marijuana), presenza che sempre più si determina come un fenomeno culturale giovanile con una bassa percezione di trasgressione e connotati quasi nulli di disagio grave. Tale fenomeno richiede una seria riflessione sulle contraddizioni e sulla presunta efficacia dissuasiva delle campagne di prevenzione di questi anni, nonché sulle politiche di penalizzazione generalizzata, tutte volte a confondere in connotati comuni sostanze (eroina, extasy, hashish) estremamente diverse tra loro negli effetti,

nella caratteristica d'uso sociale e nella quantità dei soggetti interessati.

2. Le occasioni di una sfida

Dopo il “tempo buio”, una nuova politica?

Tanta la fatica dei servizi e delle Comunità, tante le parole spese in questi anni sul “flagello droga”. E nonostante tutto, questa seconda parte degli anni '90 appare caratterizzata da un abbassamento della tensione nell'opinione pubblica, nei mezzi di informazione e nelle stesse istituzioni verso i problemi posti dalle dipendenze. Sempre più rari si fanno i momenti di confronto sereno, e le uniche occasioni di dibattito sembrano perdersi sempre più tra la banalità e la polemica.

Tuttavia, la speranza che da questo “tempo buio” possa essere finalmente avviata una politica organica, condivisa e davvero efficace sulle droghe, diventa più forte proprio ora, alla luce delle trasformazioni a vari livelli (legislativi, organizzativi, strutturali e ideologici) che stanno avvenendo nel nostro Paese.

La II Conferenza sulla droga¹ e i mesi immediatamente successivi possono essere l'occasione per una nuova era degli interventi, che rimetta al centro la chiarezza, la trasparenza gestionale, la verifica e, ove necessario, il riadeguamento dei progetti.

Essa dovrebbe avvenire in un quadro politico e

1 - Napoli, 13-15 marzo 1997. La Conferenza sulla droga è triennale ed è prevista dalla legge 309/90 come momento di verifica e impostazione delle nuove strategie; è organizzata dal Dipartimento Affari Sociali insieme a vari altri ministeri. La I Conferenza si è svolta a Palermo nel giugno del 1993.

culturale profondamente diverso rispetto alla precedente. È da qui che dovrebbe partire lo sforzo per il superamento dei rigidi steccati che nell'ultimo ventennio hanno fatto di una sofferenza che coinvolge centinaia di migliaia di persone il durissimo campo di dispute ideologico-valoriali, invece che di confronto serio.

Il processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, e di conseguenza dei servizi per le tossicodipendenze, può rappresentare un'occasione importante di ripensamento e ristrutturazione del "pubblico", nella prospettiva della riappropriazione di una responsabilità e di una titolarità territoriale delle risposte, integrata con le realtà del privato sociale, a garanzia della coerenza complessiva degli interventi ma anche della loro diversificazione e flessibilità. Ci appare invece preoccupante la tendenza alla rigida separazione fra trattamenti sanitari e sociali, cioè fra aspetti fortemente compresenti in fenomeni quali la tossicodipendenza, che vediamo in atto in alcune regioni.

Molte realtà del privato sociale (Comunità terapeutiche e non) hanno attivato nell'ultimo periodo, come abbiamo visto, una ridiscussione approfondita che sarà certamente decisiva nel riadattamento degli interventi sulla droga in Italia. Questo non può però prescindere da un sereno confronto sull'Atto d'Intesa tra Stato e Regioni (v. capitolo III) , con cui nel febbraio del 1993 vennero definiti criteri e modalità uniformi per l'iscrizione delle strutture agli albi degli Enti Ausiliari (di cui all'art. 116 del Decreto 309/90). Pur presentando evidenti limiti, quell'Atto d'Intesa rappresenta un serio tentativo di regolamentare, dopo anni, una materia lasciata alla generosità, ma

talvolta anche all'improvvisazione (con il corollario di qualche "truffa terapeutica"), di alcune volenterosi.

A partire dall'anno 1996 viene disposta l'assegnazione a favore delle Regioni di una quota pari al 75 % del Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga (art. 127 del Dpr 309/90), quota finalizzata al finanziamento di attività di prevenzione, recupero, reinserimento sociale, di soggetti tossicodipendenti.

Questa può essere una formidabile occasione di riorganizzazione degli interventi solo se, come definito nel primo decreto che l'ha istituita, riesce a costruire una strategia operativa coerente da realizzare sulla base dei reali bisogni del territorio con chiari strumenti di previsione, rielaborazione e verifica dei progetti realizzati. I primi atti regionali di recepimento ci sembrano altamente preoccupanti per la forte disparità attuativa, i ritardi burocratici e alcune interpretazioni quasi conflittuali dei decreti stessi.

La VI Conferenza Internazionale sulla riduzione del danno (Firenze, 1995) ha riaffermato, qualora ce ne fosse stato bisogno, l'importanza di sviluppare azioni capaci di recuperare relazione, speranza di cambiamento e salvaguardia della salute anche per tutti quei soggetti non ancora inseriti in programmi di remissione e/o recupero. Questa nuova strategia non vuol essere antagonista o competitiva con altri interventi "terapeutici", ma acquista una sua importanza nell'integrazione con gli importanti percorsi di emancipazione dalla sostanza, scoprendo decisive possibilità di valorizzazione di competenze diverse e un recupero etico della "cura dell'altro" pur se si trova in uno stadio di forte difficoltà quale la tossicodipendenza attiva.

Le sentenze della Corte Costituzionale dell'ottobre 1995 che hanno abolito i meccanismi automatici previsti dalla L. 222/93², in molti casi riportano in carcere - o non ne permettono l'uscita - di centinaia di persone in gravi condizioni di salute che avrebbero potuto beneficiare di provvedimenti alternativi alla detenzione³. Tali decisioni hanno riaperto con urgenza anche i temi della reale applicazione delle leggi previste (L. 135/90) riguardo l'Aids e del corretto utilizzo dei fondi disponibili, nonché riportato in primo piano le politiche sull'accoglienza per le persone malate.

2 - Le sentenze n. 438 e 439 del 18 ottobre '95 hanno stabilito che l'incompatibilità dell'Aids con la detenzione in carcere è rimessa alla valutazione discrezionale del giudice, che deve fare riferimento alla adeguatezza delle strutture penitenziarie disponibili in ordine allo stato di salute del soggetto.

3 - Gli effetti delle suddette sentenze sono stati immediati: nel primo semestre '96 sono usciti dal carcere per incompatibilità 416 soggetti rispetto ai 609 (-32 %) del semestre precedente (questo il dettaglio: 113 revoche della misura cautelare, contro 168; 142 arresti domiciliari, contro 204; 161 rinvii dell'esecuzione della pena, contro 237)

CAPITOLO III

Le leggi (e come vengono applicate)

Nel settimo anno dall'entrata in vigore del Dpr 309/90 e a quattro anni dal referendum del 18 aprile 1993, il bilancio complessivo appare contraddittorio e fortemente preoccupante. La situazione finora descritta ci dice come sia ancora lontana e illusoria la "sconfitta della droga", ma soprattutto come non siano state realizzate complessivamente nemmeno quelle iniziative, ben più possibili, di osservazione puntuale del fenomeno e di programmazione degli interventi sul territorio. Alcuni dati ci sembrano significativi per comprendere come, malgrado lo sforzo di moltissimi operatori del pubblico e del privato sociale, siano mancati per molto tempo quegli atti deliberativi nazionali e locali per dare sostanza e applicazione anche alle parti positive che la legge del '90 e le sue successive integrazioni avrebbero permesso.

1. La raccolta dei dati

Il limite macroscopico dell'insufficienza della rilevazione dei dati relativi al fenomeno droga sta nel fatto che quelli esistenti si riferiscono soltanto alle persone che entrano in contatto con le istituzioni (giudiziarie o riabilitative sia pubbliche che - alcune - private) o alla quantità delle sostanze sequestrate, e che soprattutto riguardano quasi esclusivamente la tossicodipendenza da eroina e l'uso di cannabinoidi.

Aggravante è il fatto che, anche per coloro che sono entrati in contatto con le istituzioni (Ser.T., carcere, comunità terapeutiche ecc.), esistono diverse discrepanze nelle metodologie di raccolta e trasmissione dei dati con il rischio di doppio conteggio di alcuni soggetti e/o esclusione di altri. La diffusione ancora non uniforme dei servizi per le tossicodipendenze sul territorio nazionale rende poi ancora più difficile, se non impossibile, la costruzione di un quadro chiaro da cui poter trarre proiezioni ed ipotesi. Si propone quindi urgente la definizione di:

a. un Osservatorio permanente¹ che in una sola struttura e con strumenti adeguati coordini, raccolga e organizzi le varie cifre;

b. un metodo di rilevazione che sappia evitare sovrapposizioni e diversità di interpretazione tra i vari servizi²;

c. nuovi strumenti di rilevazione che si rapportino alla realtà macroscopica del “sommerso” del fenomeno, in raccordo con tutti i servizi territoriali incentivati

1 - L'Osservatorio Permanente sul fenomeno droga è istituito presso il Ministero dell'Interno dallo stesso Dpr 309/90. Una delle anomalie burocratiche che lo caratterizza è che i dati sulle utenze dei servizi sono raccolti sia dall'Osservatorio stesso (attraverso le Prefetture) sia dal Ministero della Sanità (attraverso le Regioni): per diverse modalità di raccolta, tali dati risultano tuttora divergenti. Ad esempio la rilevazione del Ministero della Sanità al 15 giugno 1996 forniva il dato di 81.000 utenti circa presso i Ser.T.; la rilevazione degli interni, al 30 giugno 1996 parlava di oltre 90.000 utenti.

2 - Dall'inchiesta del C.N.C.A. svolta nel 1993 (“Viaggio in Italia”) è risultato chiaramente da alcune Regioni che, almeno a quel periodo, era estremamente diversa la “concezione” da parte dei Ser.T. del conteggio dei loro utenti e degli inviati in Comunità: si andava dall'intero archivio storico del servizio, al numero medio mensile, al considerare o meno i doppi, al riepilogo annuale ecc.

dalle nuove normative (operatori di strada, centri diurni, centri crisi, unità mobili, ecc.) ma ancora esclusi dai sistemi attuali di raccolta dati, e anche con le fasi di intervento ambulatoriale e post-comunitario;

d. strategie capaci di monitorare la diffusione e il consumo anche per le "altre" sostanze stupefacenti (extasy, cocaina ecc.).

2. La lotta al traffico

Uno degli elementi che la legge sulla droga ha sicuramente aiutato, è stato l'azione di contrasto da parte delle forze di Polizia del grande traffico di stupefacenti, delle sostanze basiche e dei precursori per la produzione e la raffinazione delle droghe.

Tale azione ha raggiunto sicuramente obiettivi notevoli (v. tabella alle pagg. 32-33) ma solleva la questione di come la lotta al traffico internazionale sia strettamente connessa con la situazione di fatica, di impoverimento e di violenza nei paesi produttori, di quali strumenti non esclusivamente repressivi di contrasto alla produzione e al commercio siano stati messi in campo, di quale seria lotta contro il riciclaggio venga praticata.

L'economia mondiale illegale è stimata dalle Nazioni Unite in 3 milioni di miliardi di dollari, di cui 858 riguardano la droga. In Italia, dei circa 20.000 miliardi di lire gestiti dalle varie organizzazioni criminali si stima che il mercato della droga si aggiri sui 7.000 miliardi (di cui l'85-90 % gestiti direttamente dalla mafia). L'economia illegale è ormai strettamente connessa con quella legale e si è consolidata trovando nel traffico di stupefacenti uno dei suoi volani mondiali.

I sequestri delle sostanze stupefacenti avvenute in Italia tra il 1993 e il 1996
 (FONTE: Ministero dell'Interno - Dipartimento della pubblica sicurezza - Direzione centrale dei servizi antidroga - Bollettino bimestrale, novembre/dicembre 1996)

SOSTANZA	1996	1995	Variazione % 1995/1996	1994	1993
eroina	kg. 1.251,432	kg. 953,982	31,18	kg. 1.148,877	kg. 650,731
cocaina	kg. 2.120	kg. 2.602,983	-18,54	kg. 6.640,400	kg. 1.100,819
hashish	kg. 5.939,843	kg. 14.922,321	-60,19	kg. 18.128,200	kg. 10.658,117
marijuana	kg. 5.723,778	kg. 468,263	1.122,34	kg. 799,700	kg. 1.360,388
hashish liquido	kg. 0,217	kg. 1,328	-83,66	kg. 9,690	kg. 0,363
piante di cannabis	n. 491.390	n. 426.918	15,10	n. 708.206	n. 268.936

Amfetaminici, di cui:

amfetamine kg.	kg. 2.023	kg. 1,098	84,24	kg. 3,349	kg. 0,506
amfetamine nr.	n. 4.969	n. 7.892	-37,03	n. 3.338	n. 19.216
M.D.M.A. (Exstasy)	n. 148.382	n. 155.591	-4,63	n. 70.267	n. 41.719
M.D.E.A.	-	n. 6.297	-	n. 10.840	n. 11.031
M.D.A. (E.V.A.)	n. 1.940	-	-	-	n. 3.602

Allucinogeni, di cui:

L.S.D. (Acidi)	n. 14.191	n. 33.619	-55,79	n. 28.473	n. 20.361
Khat aedulis	kg. 61,214	kg. 213,890	-71,38	kg. 992,851	kg. 443,680
Altri tipi	n. 44.284	n. 21.014	110,74	n. 22.657	n. 6.704

TOTALI

KG.	kg. 15.132,372	kg. 19.170,660	-21,06	n. 883.647	n. 407.451
N.	n. 737.127	n. 662.664	11,23	kg. 27.748,472	kg. 14.255,193

L'analisi degli interventi realizzati sembra invece penalizzare soprattutto i due anelli più deboli: i produttori (i contadini dei paesi poveri) e i consumatori. È necessario che si vada oltre alcune azioni di facciata, o repressive quasi esclusivamente nei confronti dei tossicodipendenti, e che si sviluppino strumenti e mezzi adeguati per colpire questa imponente massa di denaro riciclato che usa gli stessi strumenti dell'economia legale: la globalizzazione, lo sviluppo degli strumenti tecnologici, la liberalizzazione finanziaria.

Le cifre sui sequestri

A commento dei dati sui sequestri riportati nella tabella, notiamo il livello sostanzialmente stabile delle "nuove droghe", dopo che il '93 e il '94 erano stati rispettivamente caratterizzati da un aumento dell'extasy del 70 % e del 117 %. L'eroina, dopo il calo del 18, 3 % avvenuto tra il '94 e il '95, torna ad aumentare: ciò non inficia tuttavia la valutazione degli operatori del settore sul calo del consumo. Le cifre sui sequestri, infatti, non vanno prese come indicatore fedele del consumo, e possono essere determinate da contingenze internazionali del tutto straordinarie. Ad esempio la crescita abnorme dei sequestri di marijuana tra il '95 e il '96 (+ 1.122 %) si riferisce a una serie di grosse operazioni avvenute in Puglia nei confronti di trafficanti albanesi, in seguito al boom della coltivazione della canapa nel loro Paese seguita alla nota crisi economica. È ovvio che i sequestri sono stati favoriti dalla presenza massiccia delle forze dell'ordine sulle coste di quella regione per contrastare l'immigrazione clandestina. Sullo sconvolgimento, o meno, del mercato italiano in seguito a questa forte immissione di marijuana, occorrerebbe una riflessione a parte.

3. Oltre il referendum

Dopo il referendum del 18 aprile 1993³, i mancati aggiustamenti successivi al testo del Dpr 309/90 hanno lasciato un persistente vuoto legislativo su tutto il capitolo giudiziario. Esso si è trasformato, in sede di arresto e/o di giudizio, in un'ampia discrezionalità del magistrato, talvolta per la definizione stessa di spaccio o possesso per uso personale, dovendosi questi riferire, in assenza di altri parametri, a valutazioni personali o a consuetudini territoriali. La giurisprudenza che si è andata affermando dopo il referendum, del resto, ha rafforzato questa tendenza orientandosi verso l'esclusione in "via presuntiva" della destinazione all'uso personale in tutti i casi di detenzione di "quantità non modiche". In pratica, accade che oggi debba essere l'accusato a fornire la prova che la sostanza serviva per suo uso personale, e non invece l'accusa come avviene normalmente ("onere della prova"). I rischi di tale situazione giuridico-legislativa sono ricaduti soprattutto sulle fasce più deboli - anche per possibilità di sostenere le spese legali - del mondo del consumo e del piccolo spaccio, con differenze notevoli di trattamento tra luoghi e situazioni diverse della nostra penisola soprattutto nelle sentenze di primo grado.

Si impone quindi un provvedimento legislativo che, pur non compromettendo gli importanti risultati ottenuti nella lotta al grande traffico di stupefacenti,

3 - Il referendum del 18 aprile 1993 ha abolito, tra l'altro, le sanzioni penali per il consumatore previste dall'art. 72 del Dpr 309/90, la dicitura di "dose media giornaliera" (art. 75), l'obbligo da parte dei medici di famiglia di denunciare pazienti con problemi di tossicodipendenza (art. 120) e il divieto per gli stessi di prescrivere metadone di loro iniziativa (art. 121).

colmi questo vuoto con criteri più chiari e condivisi, non esclusivamente incentrati sugli aspetti quantitativi della sostanza, per consentire ai P. M., alla Polizia Giudiziaria e al giudice una uniformità decisionale all'interno di una valutazione più complessiva.

Un altro elemento critico appare la rigidità del circuito amministrativo delle sanzioni, che non è riuscito assolutamente a rappresentare quell'opportunità di primo filtro e aggancio attraverso l'uso di alcuni strumenti di dissuasione (ad esempio la sospensione della patente) contenuta nelle intenzioni della legge del '90. Tale circuito presenta invece forti rischi di drammatizzazione, stigmatizzazione e regressione conflittuale nel rapporto del giovane con le istituzioni, non riuscendo a sviluppare i potenziali vantaggi legati al pur previsto lavoro di consulenza, di orientamento e ove necessario di sostegno educativo.

Occorre quanto meno differenziare gli spazi e le professionalità impegnate nell'opera dissuasiva, per evitare confusione con i percorsi di cura e terapia delle tossicodipendenze. Un'ipotesi potrebbe essere quella di rafforzare l'orientamento socio-educativo delle professionalità utilizzate nei Nuclei operativi delle Prefetture, la possibile organizzazione di un lavoro per gruppi di "utenti", una integrazione pubblico-privato nella realizzazione dei progetti previsti.

4. La "risposta" del carcere

Sempre dopo il referendum del 1993, si sperava potesse anche diminuire il numero dei soggetti tossicodipendenti in carcere e che fossero riesaminati vari casi di detenzione e spaccio per soggetti ancora reclusi.

Ciò è avvenuto solo in parte favorendo chi ha

saputo e potuto chiedere la revisione del processo. Inoltre, come vedremo in dettaglio più avanti, continuano ad essere applicate meno del previsto le misure alternative al carcere: ciò per difficoltà procedurali, per assenza di veri e propri progetti e a volte per scarsa motivazione individuale; ma anche per una certa resistenza degli istituti di sorveglianza, i quali generalmente tendono ad adottare i criteri più restrittivi nelle decisioni sull'applicazione, o meno, di tali misure.

I dati sulla presenza nelle carceri ci dicono come non sia assolutamente diminuita in modo significativo dopo il '93 la popolazione tossicodipendente in carcere e come questa rappresenti ancora circa un terzo del totale, a cui va aggiunto quasi un 20% di persone non classificate come dipendenti ma che sono detenute per infrazione all'art. 73 del T.U. 309/90 (spaccio); inoltre si mantiene su 22.000 il numero annuali degli arrestati ogni anno per droga⁴.

A tutto ciò si aggiunge (anche per il sovraffollamento delle strutture carcerarie) la grave carenza di assistenza sanitaria e/o psicoterapeutica.

Dal rapporto annuale dell'Osservatorio Permanente sul fenomeno droga del marzo '95 emergeva come circa 1/3 degli istituti di pena non avesse ancora nessuna convenzione con le Ussl, così come

4 - Al 30 giugno '96 i tossicodipendenti detenuti erano 14.216 (su 48.348, pari al 29,4 %). Su 13.648 nuovi ingressi di tossicodipendenti nel primo semestre '96, 6.666 (48 %) erano ristretti per spaccio (art. 73 Dpr 309/90); per lo stesso reato sono state ristretti altre 9.833 persone non tossicodipendenti. In totale il numero di nuovi ingressi per droga è pari a 23.481, cioè al 50,8 % del totale. (Fonte: Indagine nazionale sui soggetti tossicodipendenti e affetti dal virus Hiv negli istituti penitenziari - Ministero di Grazia e Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria)

previsto dall'art. 95 del T.U. 309/90. L'esperienza delle realtà del volontariato che operano nelle comunità e nelle carceri, ci dice inoltre come quelle convenzioni, anche dove esistono, raramente diventino realmente operative. Un esempio può esser dato dal fatto che appena il 3,5 % dei detenuti tossicodipendenti (al 30 giugno '96), potesse sottoporsi a trattamento di metadone, mentre è risaputa la larga diffusione di sostanze stupefacenti nei penitenziari, con i relativi alti rischi di trasmissione del virus Hiv nell'uso promiscuo di quei pochi strumenti presenti per l'iniezione.

Parallelamente viene di fatto negato a molti il diritto al beneficio dei trattamenti alternativi esistenti: l'affidamento in prova al servizio sociale (47 bis), la detenzione domiciliare (47 e 47 ter)⁵. Ciò avviene per almeno tre motivi:

- i Ser.T. di competenza non riescono ad attivare e gestire, se non in piccolissima parte, i progetti terapeutici che dovrebbero permettere l'applicabilità delle norme;

- il privato sociale, che in questa fase sta consentendo, in gran parte, i pochi trattamenti alternativi realizzati, trova ancora grandi difficoltà nel rapporto con le strutture carcerarie (tempi lunghi per i permessi, diffidenza nei confronti della struttura, norme estremamente restrittive nelle modalità di accesso), ritardando e rendendo difficile la possibile costruzione dei progetti individualizzati;

- esiste una diffusa tendenza dei magistrati a concedere il 47 bis quasi esclusivamente per i trattamenti

5 - Al 30 giugno '96 i tossicodipendenti che avevano potuto fruire di tali trattamenti erano 2.800, pari al 19 % del totale e al 37,7 % degli ammessi, percentuale, quest'ultima, per la prima volta in rialzo dopo 5 anni di declino. (Fonte: v. nota 4)

residenziali anche se la normativa non è così rigida e restrittiva; rimane così poco sfruttata tutta una serie di altre possibilità con la suddetta conseguente diminuzione del numero dei soggetti interessati da questi trattamenti a fronte di un numero molto più alto che potrebbe accedervi.

Fuori!

Sulla base delle precedenti considerazioni riteniamo necessario:

1. prendere coscienza del fatto che la permanenza dei tossicodipendenti nelle carceri è un'aggravante della loro condizione, specie in un ambiente penitenziario esplosivo e sempre sull'orlo del collasso come quello italiano. Dall'assunzione, ormai condivisa, che il tossicodipendente è un soggetto "problematico", discendono vari corollari, primo fra tutti l'esigenza di inventare forme di pena capaci di recuperare il più possibile vite a rischio, quindi da scontare al di fuori di un carcere che per essi non si rivela quasi mai repressivo né riabilitativo. Non si tratta di una proposta imprudente, o che vuole introdurre una sorta di tolleranza fuor di luogo: in realtà si vuole affrontare la drammaticità del rapporto detenzione-tossicodipendenza e appellare alla necessità di interventi legislativi che affrontino questo delicatissimo aspetto, tenendo conto anche della valutazione dei reati connessi alla droga, dei diritti delle vittime, della richiesta di sicurezza proveniente dalla società;

2. costruire, di conseguenza, percorsi e organismi stabili per la collaborazione tra gli istituti penitenziari, i servizi territoriali competenti e le realtà del privato sociale disponibili, per una celere presa in carico del soggetto tossicodipendente incarcerato, per l'attivazione di progetti individualizzati con il fine del contenimento e/o della remissione dello stadio di dipen-

denza, nonché, ove possibile, la creazione di alternative alla detenzione non esclusivamente residenziali (ad esempio, centri diurni, inserimento al lavoro ecc.);

3. all'interno delle strutture carcerarie, dare maggiore promozione ai servizi collettivi per i detenuti con problemi di droga, quali quelli di informazione e filtro (gruppi di confronto e auto-aiuto, azioni specifiche sulle tematiche sanitarie e di prevenzione) e il potenziamento della prima offerta di consulenza individuale sui servizi di accoglienza, le opportunità terapeutiche, la disponibilità alla somministrazione di metadone, l'integrazione con i servizi sociali;

4. superare una concezione, ancora diffusa in alcune realtà del privato sociale, del carcere esclusivamente come strumento residuale per il reclutamento di utenti che vadano a riempire i numerosi posti liberi rimasti nelle comunità terapeutiche...;

5. attivare un serio rapporto di collaborazione anche con tutte le altre componenti della struttura carceraria (agenti di custodia, direzione ecc.) nella consapevolezza della necessità di un percorso comune di responsabilizzazione e di cambiamento.

5. Il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga

L'esperienza di questi primi anni ha condotto - pur fra mille ritardi, tentennamenti e incongruenze - a precisare con una certa univocità i criteri di assegnazione a enti pubblici e Comunità del Fondo previsto dalla legge del 1990, nonché a individuare le procedure di decentramento tecnico-operativo in materia di droga.

Abbiamo già visto che, a partire dall'annualità 1996, è stata prevista l'assegnazione di una quota,

pari ai tre quarti del Fondo stesso, a favore delle Regioni per il finanziamento di attività di prevenzione, recupero, reinserimento sociale. Premessa una valutazione positiva di tale indirizzo, un primo elemento critico che vogliamo sottolineare riguarda la logica di assegnazione del denaro, che dovrebbe essere fatta in proporzione al numero degli abitanti e alla *diffusione del fenomeno delle tossicodipendenze* nelle varie regioni.

In assenza di dati sicuri (vedi paragrafi precedenti), con una organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze non uniforme e con una distribuzione disuguale degli Enti Ausiliari nelle varie regioni, abbiamo un rischio evidente di gravi inesattezze e speculazioni. Inoltre si rischia di penalizzare proprio quelle realtà regionali che, per vari motivi a volte non dipendenti da loro, si trovano a fare i conti con gravi carenze strutturali.

Infatti, stando al decreto sulla regionalizzazione (decaduto e poi ripreso in un disegno di legge ad oggi non ancora approvato dal Parlamento), le regioni avranno una funzione sempre più rilevante nella politica territoriale degli interventi, in quanto dovranno essere capaci di rilevare le necessità territoriali, per orientare l'erogazione dei finanziamenti ed essere poi in grado di valutarne l'efficacia e l'opportunità.

Per evitare i rischi appena esposti, riteniamo opportuno che le istituzioni pongano attenzione ad alcuni elementi.

1. La garanzia di uno *sviluppo omogeneo dei servizi per le tossicodipendenze* e degli organismi regionali competenti su tutto il territorio nazionale. Ciò permetterebbe di poter rilanciare il ruolo programmatico e progettuale dell'Ente Regione in modo da disegnare un assetto degli interventi più funzionale alle particolarità territoriali dei fenomeni. Deve essere

sperimentata l'organizzazione di un *sistema di servizi* con un chiaro riconoscimento reciproco tra pubblico e privato.

2. La convocazione delle programmate *conferenze regionali* come occasione in cui evidenziare i nodi problematici, le conoscenze, i processi evolutivi e le potenzialità delle risorse locali esistenti. Tali iniziative dovrebbero essere propedeutiche alla nascita di strutture permanenti e integrate degli enti e dei servizi esistenti su scala regionale nel campo delle tossicodipendenze (Consulte o Commissioni Regionali).

3. Il coinvolgimento diretto, in tutte le fasi degli interventi, degli operatori del pubblico e del privato sociale attivi nel campo, come strumento di confronto e di crescita culturale. Ciò dovrebbe esplicitarsi nella compresenza delle varie componenti sociali all'interno degli organismi con funzioni di indirizzo, progettazione e verifica (Ser.T., Enti Ausiliari, Enti Locali).

4. La permanenza di una *titolarità centrale* a livello nazionale, capace di effettuare, oltre alla rilevazione complessiva del fenomeno, il coordinamento delle strategie interregionali e sovranazionali, salvaguardando però le nuove progettualità con coerenti atti di indirizzo.

5. Uno studio volto alla comprensione e all'ascolto dei nuovi bisogni, con l'avvio di sperimentazioni accurate anche verso le altre forme della problematica "droghe". Infatti, la regionalizzazione del Fondo nazionale sembra ancora orientata quasi esclusivamente sul fenomeno della tossicodipendenza da eroina. Solo in questo modo il decentramento delle risorse può costruire una politica nuova ed efficace contro le dipendenze.

6. L'Atto di intesa Stato-Regioni

Il decreto del 19 febbraio 1993 sui requisiti minimi, strutturali e di personale, delle strutture convenzionate⁶, ha rappresentato per i servizi del privato sociale, uno strumento decisivo e dovuto, se non tardivo, per uscire da una discrezionalità, una eterogeneità di modelli e una carenza legislativa che invece di favorire la ricchezza delle proposte ha rischiato di creare una giungla inestricabile, fautrice di gravi storture.

È pur vero, infatti, che la realtà italiana delle comunità terapeutiche è stata prolifica di iniziative originali, metodologie innovative, capacità educative e idealità non comuni, rappresentando un caso forse unico al mondo; ed è vero che ciò ha permesso, in anni di allarme e carenza strutturale rispetto alla tossicodipendenza, di fare da argine al disagio di migliaia di ragazzi, soprattutto eroinomani.

Ma è anche vero che l'assoluta *deregulation* in cui questo tipo di intervento è stato lasciato, ha causato la nascita di diverse realtà "pseudo-riabilitative", non rispettose nemmeno delle minime libertà individuali, che hanno utilizzato strumenti "terapeutici" e "procedure" quantomeno discutibili. Il dramma di molte famiglie è spesso diventato l'alibi per gravi speculazioni, nonché interventi al limite della umana convivenza (va detto per inciso che gli unici strumenti a disposizione dei magistrati per contrastare questi casi che a volte agiscono alla luce del sole, sono ancora oggi il mancato rispetto delle norme igieniche o lavorative).

Ecco perché, pur nella sua contraddittorietà, l'Atto di Intesa ha il merito di aver offerto parametri struttu-

6 - In appendice a questo capitolo citiamo le parti che più verranno riprese nel testo.

rali, funzionali e metodologici concreti in una situazione pericolosamente confusa. In tal senso, esso va visto come una garanzia soprattutto per quelle comunità terapeutiche che da anni, seriamente e con professionalità e passione, si impegnano in questo campo.

Nelle Regioni: a ciascuno il suo

A quattro anni dalla pubblicazione dell'Atto d'Intesa dobbiamo però rilevare il ritardo e la disomogeneità con cui l'Atto di Intesa si è sviluppato sul territorio nazionale. Dai nostri dati, risulta che una regione come la Lombardia non lo ha ancora nemmeno recepito, che una decina hanno applicato per intero il testo nazionale, e che le restanti l'hanno adeguato in base alla loro realtà (come indicava del resto l'Intesa stessa), ma non sempre in meglio: infatti non tutte hanno, ad esempio, attivato i previsti corsi di riqualificazione degli operatori⁷.

Ma la causa di tutto questo, oltre che nell'efficienza burocratica delle Regioni, sta anche in alcuni nodi strutturali che ne limitano la corretta applicazione. Essi riguardano il ruolo dei Ser.T., il partenariato e l'accredito delle strutture, le professionalità necessarie, la centratura sulla residenzialità

Il ruolo dei Ser.T.

Il ruolo dei Ser.T. che consegue dall'Atto di Intesa (all'art. 8 è previsto che esegua l'istruttoria per l'iscrizione all'albo della struttura terapeutica) è giustamente centrale, soprattutto nella formulazione dei programmi terapeutici, nel monitoraggio e nella veri-

7 - Vedi "Viaggio in Italia 2", seconda inchiesta del C.N.C.A. sulle tossicodipendenze in Italia. Comunità Edizioni, Capodarco di Fermo, marzo 1997.

fica dei percorsi, nella garanzia di congruenza delle varie fasi (aggancio, disintossicazione, riabilitazione, reinserimento, eventuale ricaduta ecc.).

Ma ciò che emerge immediatamente è l'eterogeneità delle filosofie di intervento dei vari Ser.T., con atteggiamenti operativi spesso diametralmente opposti, e con una concezione del rapporto pubblico-privato sociale oscillante, da servizio a servizio, tra la piena collaborazione e la rivendicazione di indiscutibile superiorità a tutti i livelli.

La valorizzazione dei servizi pubblici per le tossicodipendenze deve essere invece accompagnata da una confrontabilità scientifica delle varie culture. Pur nel rispetto delle diverse correnti di pensiero, appare doveroso che i vari servizi pubblici garantiscano standard minimi di offerta, anche per definire procedure chiare e condivise in caso di invio, o meno, dei tossicodipendenti nelle strutture riabilitative o di reinserimento.

Il partenariato e l'accredito delle strutture

La definizione dei criteri strutturali e la trasparenza metodologica e gestionale delle comunità terapeutiche, rappresenta per queste ultime uno sforzo notevole, che ha quindi bisogno di un supporto coerente da parte dell'ente pubblico sia da un punto di vista organizzativo che, ove necessario, finanziario.

Il rapporto tra i Ser.T. e gli Enti Ausiliari deve quindi basarsi su un riconoscimento reciproco delle competenze e delle professionalità ed essere capace di seguire corrette modalità programmatiche e di interfaccia che, nel rispetto dei rispettivi ambiti, valorizzino le potenzialità di ognuno senza sbilanciante disparità.

In questo senso diventa quindi necessario attuare:

- la definizione su tutto il territorio nazionale degli

Albi Regionali degli Enti Ausiliari senza disuguaglianze eclatanti e con la fornitura dei mezzi adeguati per la messa a norma delle strutture ancora deficitarie;

- la celere verifica di *tutte* le strutture esistenti, e della presenza al loro interno degli standard minimali previsti, ed il loro “accredito” come Enti Ausiliari garantito dai servizi territoriali competenti;

- la creazione di occasioni di progettazione in comune tra il pubblico e il privato, come forma di “partenariato”, intendendo con questo termine un legame ad alta intensità e non la semplice sommatoria algebrica di sigle autoreferenti.

Tutto questo presuppone ovviamente un pieno riconoscimento delle competenze che il privato sociale ha accumulato in questi anni, e che non ci sembra abbia ispirato l'attuale versione dell'atto di intesa.

Il nodo delle professionalità

Il tema della qualifica professionale minima degli operatori di comunità è stato (e spesso è tuttora) l'occasione per polemiche aspre, a nostro parere eccessivamente ideologizzate. Tuttavia, se la richiesta di titoli specifici è ineludibile, essa rischia effettivamente di scontrarsi, in una rigida applicazione, con culture, esperienze pluriennali e professionalità che una formazione puramente accademica raramente fornisce.

Appare pertanto necessario unire le intuizioni e le capacità di molti operatori e di molte realtà comunitarie con processi di professionalizzazione scientifica, che permettano anche di superare una certa logica autoprotettiva e di isolamento senza snaturare validi e sperimentati progetti terapeutici. Riprenderemo questo tema nel Capitolo V sulle Comunità. Intanto alcune proposte potrebbero essere le seguenti:

a) attivare, da parte di tutte le Regioni, i *percorsi di*

riqualificazione previsti nell'Atto di Intesa per gli operatori di comunità che ne hanno i titoli ed anche per la figura dell'operatore di comunità senza diploma di maturità;

b) evitare il ricorso - da varie parti messo in atto - a "basse manovre" di *sanatoria indifferenziata* che, in nome di una presunta "laurea del buon cuore", non garantisce agli operatori sociali da anni impegnati in questo campo, nessuna vera riqualificazione. Il riconoscimento delle competenze acquisite deve passare attraverso criteri d'analisi e verifica, e se necessario di integrazione formativa, tali da conferire titoli spendibili professionalmente;

c) fornire un indirizzo nazionale sui *titoli equipollenti* e sui criteri formativi, per evitare che il diverso recepimento dell'Atto d'Intesa da regione a regione si trasformi in una discrezionalità talmente forte da creare gravi discriminazioni (ad esempio, le qualifiche valide in un territorio e non in un altro);

d) non limitare a un sapere esclusivamente accademico la definizione dei criteri di professionalità necessari in un campo come quello delle dipendenze. Per tale compito è necessario il coinvolgimento degli stessi degli Enti Ausiliari, nonché degli organismi regionali della formazione.

Non possiamo non sottolineare, infine, come una corretta riorganizzazione dei servizi che garantisca personale adeguato, per numero e professionalità, nelle comunità terapeutiche comporterà sicuramente una richiesta di riadeguamento dei parametri economici delle rette. Il rischio, altrimenti, è quello di una disparità tra risorse e bisogni che finirebbe per mettere in discussione l'esistenza stessa delle strutture.

Non solo residenzialità

L'Atto di Intesa è ispirato dalla già richiamata cultura "Comunità-centrica" delle risposte alla tossicodipendenza, in quanto focalizza l'organizzazione dei servizi del privato sociale e la strutturazione degli Albi Regionali su parametri legati solo alle strutture residenziali e semiresidenziali. L'evolversi del fenomeno richiede oggi la messa in campo di strumenti e tecniche operative profondamente diverse, che rischiano quindi una grave penalizzazione da tale ordinamento. Occorre perciò un'integrazione dell'Atto che lo adegui alle nuove strategie di intervento (centri a "bassa soglia", centri crisi, gruppi di operatori di strada, unità mobili, centri di ascolto, centri di reinserimento, accompagnamento all'inserimento lavorativo ecc.), con la conseguente previsione di strumenti di valutazione delle stesse in coerenza con quelli delle strutture "classiche". Infatti, se nuovi sono gli interventi, nuove sono anche le competenze necessarie: basta ricordare la figura dell'operatore di strada o dei centri di aggregazione, oppure quella del formatore sulle tematiche della prevenzione, per capire l'importanza di criteri chiari di professionalità. Vanno prevenute, anche qui, le improvvisazioni lasciate solo al "buon senso" o alla motivazione personale.

Nello stesso tempo, è necessario che oltre a queste nuove figure di operatori, avvenga il riconoscimento dello status di "servizio" anche per le strutture - complementari o alternative alla Comunità Terapeutica - in cui sono occupate. Ciò per evitare che esse siano condizionate da progetti sperimentali specifici e a scadenza, senza una continuità almeno pluriennale che ne permetta l'evoluzione e la verifica.

APPENDICE

L'Atto d'intesa Stato-Regioni: gli articoli sulle strutture e il personale.

“Art. 3 - Requisiti strutturali. (...) 3. La capacità ricettiva delle sedi operative non può essere inferiore a otto ospiti tossicodipendenti e, di norma, non superiore a trenta. Le sedi con capacità ricettiva superiore a trenta ospiti dovranno organizzare la loro attività terapeutica in moduli non superiori a trenta unità. (...) 4. In ogni struttura residenziale, fatte salve le prescrizioni derivanti dalle specifiche normative regionali e locali, devono essere garantiti i seguenti requisiti minimi: a) camera da letto con massimo otto posti; b) locali e servizi igienici adeguati al numero degli ospiti; (...) g) locali per attività riabilitative adeguati al numero dei posti e alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.(...)” (In altre disposizioni sono stabiliti anche i limiti relativi alle superfici per ciascun utente ecc.)

“Art. 5 - Personale. (...) 2. Al fine di garantire l'uniformità degli interventi su tutto il territorio nazionale e la corrispondente qualità delle prestazioni, il personale operante in ogni struttura deve essere in possesso di un adeguato livello di professionalità, certificato, ove richiesto, dai titoli di studio e qualifiche professionali conformi alle normative nazionali e regionali vigenti. 3. Per le sedi operative la cui attività è riconducibile all'area pedagogico-riabilitativa l'organico del personale non deve essere inferiore a due operatori a tempo pieno, con impegno di almeno trentasei ore settimanali di servizio, per ogni gruppo di venti ospiti e per successivi gruppi fino a venti quando si tratti di strutture residenziali ovvero per ogni gruppo di venticinque ospiti e per successivi gruppi di venticinque quando si tratti di strutture semiresidenziali. Almeno uno di detti operatori deve essere in possesso della qualifica professionale di educatore, o assistente sociale, o psicologo, o sociologo, o pedagogista, o medico o di titoli equipollenti mentre il secondo operatore deve essere in possesso almeno del diploma di scuola media inferiore e aver acquisito una esperienza lavorativa di almeno sei mesi nel settore. Qualora i predetti operatori abbiano effettuato un percorso riabilitativo, questo deve essere stato completato con esito positivo da almeno un anno. 4. Per le sedi operative la cui attività è riconducibile all'area terapeutico-riabilitativa l'organico del personale non deve essere inferiore a due operatori a tempo pieno (...). Detti

operatori devono essere in possesso della qualifica di educatore, o assistente sociale, o psicologo, o sociologo, o pedagogo, o medico o di titoli equipollenti. 5. La continuità della presenza assistenziale deve essere assicurata nell'intero arco delle ventiquattro ore giornaliere, nelle strutture residenziali, avvalendosi anche dell'apporto di altri operatori dipendenti, volontari o obbiettori, adeguatamente formati. Per ogni modulo operativo di cui al precedente art.3, nelle ore diurne deve essere assicurata la presenza contemporanea di almeno due operatori, dei quali almeno uno in possesso delle qualifiche professionali sopra indicate.(...)”.

CAPITOLO IV

I servizi pubblici per le tossicodipendenze

1. L'utenza cresce veloce, il personale meno

I Ser.T. sono da sempre un elemento potenzialmente decisivo nei progetti territoriali sulla tossicodipendenza. I dati sul loro sviluppo in personale e strutture, sull'efficacia degli interventi e sulla diffusione nazionale ci restituiscono però una fotografia profondamente diversificata, con servizi attivi e ben attrezzati accanto ad altri che lamentano ritardi, con difformità fra le varie regioni, con precarietà e turnover altissimi nelle équipes, con limitatezze e rigidità nelle unità d'offerta.

Da quanto emerge nella rilevazione annuale del Ministero della Sanità, alla fine del 1996, solo il 20 % dei servizi aveva raggiunto la piena dotazione di organico prevista con il decreto ministeriale n. 444 del 1990¹; e le figure mancanti sono in genere quelle più interessate agli aspetti della riabilitazione e del reinserimento sociale (psicologi, sociologi, assistenti sociali ecc.).

1 - In base al Decreto n. 444/90 del Ministero della Sanità l'organico dei Ser.T. dovrebbe essere differente a seconda di un'utenza bassa (fino a 60 unità), media (tra 60 e 100) o alta (tra 100 e 150). Queste le dotazioni previste per la bassa utenza (tra parentesi le cifre relative alla media e all'alta): medici, 2 (3, 4); infermieri, 2 (3, 4); psicologi, 2 (3, 4); assistenti sociali, 2 (3, 4); educatori professionali, di comunità o affini, 1 (2, 2); amministrativi, 1 part-time (1, 1); altro personale, 1 (1, 2); totale, 11 (16, 21).

Dalla legge sulla droga del '75 (n. 685) a quella del '90 (Dpr. 309), fino al citato decreto 444, i servizi per le tossicodipendenze vengono infatti definiti come strutture in grado di fornire sia prestazioni sanitarie e farmacologiche, sia prestazioni di tipo psicologico, sociale, riabilitativo e preventivo, nonché di avere competenze sulle patologie correlate (Hiv, epatiti ecc.). Ciò perchè il fenomeno che stiamo trattando presenta sempre vari elementi intrecciati fra loro. È in questa prospettiva che va ribadita la necessità di una ridefinizione degli obiettivi del Ser.T., che deve essere capace non soltanto di orientarsi verso l'eliminazione o la riduzione del consumo di sostanze, ma anche di rimuovere o contenere parte del disagio sottostante. Il servizio ottimale è quello in grado anche di definire obiettivi intermedi e parziali rispetto a quello della guarigione completa e definitiva dalla dipendenza, e che si strutturi per offrire risposte differenziate in relazione ai vari tipi di dipendenza (legali e illegali), dei diversi bisogni e delle diverse risorse presenti nei soggetti.

È dunque fondamentale che, nella già iniziata riorganizzazione delle Ussl, venga fatta una attenzione particolare ai Ser.T. affinché possano sempre strutturarsi per interventi flessibili, e somiglianti più alla "presa in carico" (della persona e del suo contesto di riferimento) che al freddo rapporto sanitario con il "paziente".

D'altronde, impegnarsi seriamente verso il potenziamento dei Ser.T. significa anche tener conto della tendenza che da alcuni anni registra, presso di essi, un aumento consistente di utenza: tra il 1990 e il 1996 questa è più che raddoppiata, passando progressivamente da 40.928 unità (31 dicembre '90) a 90.278 (30 giugno '96); nello stesso arco di tempo, gli utenti delle Comunità terapeutiche sono passati da 12.413 a

22.632 (va però considerato che dal settembre '91 vengono inclusi nel conteggio anche gli utenti di strutture semiresidenziali e ambulatoriali).

L'aumento di afflusso ai Ser.T. probabilmente è dovuto ad una maggiore fiducia dei tossicodipendenti nei confronti di questi servizi, a una più funzionale articolazione degli stessi verso interventi multimodali, ma anche a una diversa disponibilità a trattamenti con farmaci sostitutivi. Parallelamente all'utenza, aumenta infatti il numero e la percentuale di soggetti sottoposti a tali trattamenti: da 25.506 al 31 dicembre '95 (pari al 34,7 % del totale) a 36.639 al 30 giugno '96 (pari al 40,5 %).

Va notato pure che all'incremento dell'utenza nei Ser.T. non ha corrisposto un'analoga diffusione nella dislocazione territoriale dei servizi che in alcune aree della penisola sono gravemente insufficienti, se non addirittura inesistenti. Infatti da 37.804 unità in 517 servizi esistenti siamo passati a 90.278 unità in 562 servizi con una maggiore concentrazione di questi al Nord. Dunque il carico medio nei Ser.T. è pressoché raddoppiato.

Organici in "transito", filosofie variegate

Rispetto all'inadeguatezza degli organici, si assiste di frequente, soprattutto in alcune aree del Sud, a un dirottamento del personale verso altri servizi più "gratificanti", quando non a vere e proprie situazioni anomale per cui talvolta entrano nei Ser.T., attraverso il regime particolare dei concorsi speciali, professionalità non compatibili con il lavoro sulle tossicodipendenze che finiscono poi col passare ad altri comparti del servizio sanitario. È come se si fosse creata una sorta di corsia preferenziale attraverso questo settore per superare il blocco dei concorsi che perdura nelle altre aree dei servizi sanitari.

Utenza dei servizi pubblici per le tossicodipendenze comparata con quella degli Enti ausiliari (FONTE: Rapporti dell'Osservatorio Permanente sul fenomeno droga, Ministero dell'Interno, dal marzo '93 all'ottobre'96)

Anni	N. SER.T. esistenti	Utenza SER.T.	Incremento SER.T.	Totale Com. Terap.	Utenza Com. Terap.	Incremento Com. Terap.
31.12.90	530	40.928		454	12.413	
31.12.91	551	49.305	20,46 %	534	14.515	+ 16,93%
15.12.92	559	59.737	21,16%	642	17.148	+ 18,14%
31.12.93	561	65.313	9,33 %	681	16.117	- 6,01%
31.12.94	573	73.335	12,28%	712	13.916	- 13,65%
31.12.95	572	84.636	15,41%	1.276	22.161	*
30.06.96	562	90.278	6,6%	1.371	22.632	*

** Fino al 31 dicembre 1994 i dati si riferiscono alle sole strutture residenziali. Oltre tale data non sono più disponibili i dati disaggregati e la cifra riportata si riferisce anche alle strutture semiresidenziali e ambulatoriali.*

Facevano prima cenno alle diverse “filosofie” operative: per stessa ammissione di molti operatori dei Ser.T., dall’analisi di questi anni di attività, in assenza di linee guida precise e di strategie complessive di contrasto alla diffusione del fenomeno, nonché in mancanza di programmazione centrale, ogni realtà ha sviluppato sue proprie tecniche, suoi modelli organizzativi e sue scelte terapeutiche, di cui oggi non è possibile a livello generale comparare e misurare l’efficacia e l’efficienza. Quest’ultimo punto diviene importante soprattutto se si pensa che tutto l’impianto previsto dalla riforma delle Ussl ruota su due presupposti essenziali: migliorare l’efficienza, riducendo i costi, e migliorare l’efficacia degli interventi proposti.

Gli utenti e le loro domande

Se poi andiamo ad analizzare la prima richiesta di intervento, rivolta ai servizi da parte dei soggetti tossicodipendenti, rileviamo quanto sia notevolmente diversificata: per il 50% circa è una richiesta generica di trattamento (vengono qui considerate le richieste di trattamento anche con sostanze sostitutive), per il 18% di trattamento farmacologico di disassuefazione, per il 9% di inserimento in una comunità residenziale, per il 6% di un intervento in situazione di carcerazione, per il 4% di consulenza; per il restante 13% circa di consulenze sanitarie, sociali e psicologiche. Anche questi dati ci dicono come sia necessario sviluppare unità di offerta per utenze differenziate, quindi non solo per le dipendenze in senso stretto (eroina, alcool, ecc.), ma per recuperare una capacità di prevenzione e anche di tutela e promozione della salute nella maggioranza della popolazione, o quantomeno nelle fasce maggiormente a rischio.

Un ultimo elemento di analisi riguarda la tipologia

per età e le problematiche dei soggetti che si rivolgono ai servizi. Gli utenti dei Ser.T. hanno un'età non giovanissima, e sono quasi esclusivamente tossicodipendenti da eroina. Non sono presenti, se non in piccola misura, soggetti appartenenti alle nuove categorie coinvolte nella tossicodipendenza, quali extracomunitari, minori, lavoratori "integrati", cocainomani o consumatori di altre sostanze. I Ser.T. hanno un'organizzazione, e una conseguente immagine esterna, di servizio per i tossicodipendenti da eroina e vengono raramente utilizzati per le altre funzioni che gli sono attribuite.

Tali dati di fatto ci interrogano sulla reale efficacia di questi servizi rispetto a un numero e a una tipologia di utenza complessa e pluriproblematica come quella attuale. E ci fanno anche riflettere su quanto maggiore potrebbe essere la loro, pur aumentata, "attrattività".

2. Un'ipotesi di riorganizzazione: il Dipartimento per le dipendenze

Considerando quanto esposto nelle pagine precedenti, è utile delineare alcune ipotesi (frutto anche del confronto tra vari operatori del pubblico e del privato sociale) di possibile riorganizzazione dei servizi per le tossicodipendenze in coerenza con i modelli previsti dalla legge di riordino, le esperienze e le culture degli interventi finora realizzati.

Data per scontata la necessità di una attenta verifica centrale affinché i servizi siano uniformemente sviluppati sul territorio nazionale e siano trovati strumenti efficaci per limitare l'alto turn-over degli operatori, uno dei modelli organizzativi che potrebbe rispondere ai presupposti enunciati è quello del

Dipartimento per le dipendenze.

Di questo concetto si parla già da qualche anno, con finalità diverse a seconda di chi lo espone e non sempre dando alla parola lo stesso significato. La strada verso la sua istituzione sembra comunque avviata e ormai non più eludibile. Senza entrare in dettagli amministrativi o di inquadramento, proviamo qui a elencare alcune delle funzioni che, dal nostro punto di vista, questa nuova struttura potrebbe svolgere.

Va detto come premessa che il Dipartimento ingloba e potenzia le mansioni attualmente affidate ai Ser.T. Esso dovrebbe perciò accorpate le competenze su tossicodipendenza, alcooldipendenza e farmacodipendenza organizzando e coordinando trasversalmente le risposte in unità operative integrate. Nel contempo, il suo raggio d'azione non dovrebbe limitarsi all'utenza personalmente interessata dalle dipendenze, bensì interessare tutte le persone in qualche modo collegate alle relative problematiche, anche per il loro essere solo in contatto con soggetti, gruppi o fasce sociali a rischio. Uno dei primi compiti del Dipartimento diventa allora lo studio delle peculiarità del proprio territorio di competenza, dalle caratteristiche socio-demografiche a quelle economiche; ciò per impostare fin da subito una capacità di adattamento operativo che si possa tradurre in progetti efficaci. Le funzioni qualificanti del Dipartimento rispetto alle tematiche previste - tossicodipendenza, alcolismo e farmacodipendenza - potrebbero essere quelle di seguito esposte².

2 - Nell'esposizione parleremo a volte di Dipartimento e a volte di Ser.T.: la distinzione serve a esemplificare quali compiti spettano specificamente al servizio "classico" e quali alla struttura più complessa che abbiamo ipotizzato.

a. Educazione alla salute e prevenzione primaria delle dipendenze, rivolte a tutta la popolazione giovanile con gli obiettivi di promozione, formazione e coordinamento delle risorse educative naturali esistenti: insegnanti, genitori, operatori sociali, associazioni e gruppi del privato sociale, parrocchie, amministratori locali. Si tratta di un compito di altissimo profilo che fa da presupposto a tutti gli altri: la prevenzione coinvolge infatti le grandi tematiche delle politiche giovanili e della programmazione locale.

b. Azioni di educativa territoriale a bassa soglia: consistono in interventi flessibili, informali e territorialmente mirati, volti al contatto e alla riduzione del danno in quei gruppi specifici identificati come maggiormente a rischio (“bande”, assuntori di extasy, forti consumatori di alcool, prostitute, ecc.) o già pesantemente coinvolti nell’uso di sostanze. Tali progetti dovrebbero avere l’obiettivo primario di prevenire i rischi immediatamente collegati ai comportamenti d’uso e di abuso delle sostanze, ma anche quello di aggancio relazionale e di avvicinamento ai servizi dei soggetti altrimenti non contattabili. Tale servizio va gestito insieme agli enti ausiliari del territorio, con l’organizzazione di équipes integrate che permettano una continuità di intervento tra il lavoro di strada e i servizi di sportello.

c. Accoglienza, primo filtro e counselling: è una funzione che va pienamente strutturata anche dal punto di vista professionale, perché è quella che più di altre consentirebbe al Ser.T. di recuperare il suo ruolo di servizio territoriale aperto, lasciando l’immagine oggi generalizzata che lo vuole mirato alla sola tossicodipendenza da eroina, e migliorandone le possibilità di captare una domanda più ampia.

d. Capacità di definire o rivedere i programmi dei singoli utenti, prevedendo per ciascuno in modo pragmatico tempi, strumenti e risorse (accertamenti sanitari, disintossicazione, inserimento in programmi più o meno lunghi con farmaci sostitutivi, inserimento in strutture terapeutiche semi e/o residenziali ecc.). Il Ser.T. dovrebbe quindi mantenere la titolarità complessiva sui percorsi individuali, con procedure chiare di invio e di collaborazione con le strutture del privato sociale. È ovvio che queste ultime devono essere partner a tutti gli effetti del servizio pubblico nel progetto terapeutico, mentre il servizio non dovrebbe mai perdere di vista il giovane avviato alla riabilitazione. È solo continuando ad essere un punto di riferimento, in un certo senso una rete di protezione, che i Ser.T. avrebbero la possibilità di incidere con prontezza anche nei casi frequenti di abbandono; e non solo quando - e se - il soggetto decide di tentare nuovamente di “uscire” dalla sostanza.

È utile infatti ricordare, a questo proposito, l'attuale semi-incomunicabilità tra i Ser.T. e alcuni Enti Ausiliari: un rapporto che dà luogo in genere a invii poco strutturati, con verifiche inesistenti sui percorsi terapeutici realizzati e sulla congruenza di questi con la specificità della persona; quindi con un impossibile riadeguamento del programma in caso di difficoltà. Una seria organizzazione dei servizi sul territorio dovrebbe invece garantire confronto, interdipendenza e riconoscimento reciproco. In questa logica si dovrebbe intervenire anche nel reinserimento e risocializzazione. Molti dati in nostro possesso evidenziano la difficoltà e la delicatezza di queste fasi, a fronte di molte ricadute o riconversioni del malessere su abusi di altre sostanze. Ecco perché ribadiamo che i Ser.T., e in senso lato i Dipartimenti, devono mante-

nere la titolarità complessiva dei progetti individuali anche nei momenti successivi alla risoluzione degli stati di dipendenza. Ciò anche attraverso il collegamento effettivo con le agenzie per l'occupazione e la formazione, le categorie produttive, e tutte le realtà sociali impegnate sulla "normalità".

e. Mantenimento delle competenze sulle patologie correlate. Abbiamo più volte menzionato la gravità assunta dalla tematica Hiv nei soggetti tossicodipendenti che, per quanto in calo, rappresentano ancora il 60 % delle persone sieropositive o in Aids (inoltre è ancora rilevante la presenza di altre malattie quali le epatiti). È per questo motivo che il Ser.T. deve mantenere una specifica competenza volta a rimuovere o ridurre l'esposizione ai fattori di rischio, oltre che a trattare le patologie già in atto. In alcune ipotesi riorganizzative delle Ussl, notiamo invece con preoccupazione la tendenza a un'eccessiva ospedalizzazione e sanitarizzazione del problema Hiv, snaturando l'importanza dell'aspetto relazionale, culturale e di allarme sociale che essa presenta. Il Dipartimento per le dipendenze avrebbe qui la funzione di ricordare la rete di protezione necessaria ai soggetti portatori di virus e malattie.

3. La somministrazione dei farmaci sostitutivi

L'uso di farmaci sostitutivi (metadone) per il trattamento della dipendenza da oppiacei ha rappresentato per molti anni un argomento controverso, sia a causa delle eterogenee modalità di somministrazione, sia per la presenza di posizioni fortemente ideologiche, e a volte strumentali. Appare quindi utile aprire un confronto e una verifica su questo tema, a

partire dalle esperienze realizzate e rispetto alle linee guida del Ministero della Sanità³, alle precedenti norme legislative e alle conseguenti delibere regionali, ove esistenti.

Le linee guida del Ministero, fin dalle premesse, non si collocano già più in una posizione assolutistica ma cercano di dare un'indicazione pragmatica, mediando tra alcune posizioni (alimentate in passato da molti medici) che ritenevano di poter ottenere un'astensione permanente dall'uso dell'eroina quasi esclusivamente con i farmaci sostitutivi e altre (soprattutto del privato sociale) che giudicavano invece del tutto inutile, dannoso e "legittimante" un uso di quelle sostanze a mantenimento o a lungo termine.

Si è già accennato che i dati dei nuovi accessi ai servizi indicano in forte in crescita, come prima condizione posta dagli utenti, la domanda di trattamenti a mantenimento con tali farmaci. In molte realtà, questo tipo di utenza rappresenta ormai la maggioranza. Ma se questo dato è positivo - soprattutto alla luce delle esigenze poste dall'epidemia da Hiv, del pericolo di aggravamento di situazioni di disagio sociale, relazionale e legale per alcuni tossicodipendenti "storici", e del fatto che la disponibilità farmacologica sostitutiva ha permesso il contatto con i servizi di una nuova platea di persone mai raggiunte prima - ci sono da considerare anche alcuni nodi critici. Nodi che andrebbero considerati nella auspicata riorganizzazione dei Ser.T. e degli stessi Dipartimenti.

1. l'elevato numero di trattamenti con metadone a mantenimento assorbe spesso una notevole quantità delle *risorse umane* disponibili nel servizio - per la

3 - Circolare 20 settembre 1994 n. 20.

pura somministrazione e le procedure di controllo (urine ecc.) - ed è causa di *frustrazione* professionale - per la ripetitività e per la percezione della poca utilità terapeutica dell'intervento erogato.

2. La stabilizzazione tramite il farmaco di alcuni soggetti difficili, e probabilmente non disponibili ad altre forme d'intervento, se non affiancata da strumenti e progetti innovativi *ad hoc* presenta il forte rischio di una *cronicizzazione* del rapporto con il farmaco e con il servizio. Le esperienze realizzate hanno dato risultati controversi che meritano maggior investimento e approfondimenti specifici. Torniamo a ripetere che all'intervento sanitario vanno affiancate competenze di tipo socio-educativo per stimolare nella persona consapevolezza e motivazione, con il fine ultimo di determinare la scelta della remissione dalla tossicodipendenza.

3. Sul trattamento sostitutivo con metadone esistono ancora pochi studi controllati in Italia circa i *risultati* delle diverse terapie. Occorrerà quindi, come previsto nel documento del Ministero, definire protocolli di intervento e indicatori condivisi per misurare la vera efficacia, nonché per dare il via libera alla sperimentazione controllata di altre sostanze.

4. È ancora molto problematico, forse anche per un fatto culturale, l'aspetto della gestione del farmaco sostitutivo da parte dei *medici* curanti (di cui si è interessato anche il referendum del '93) o delle realtà del privato sociale. A nostro avviso, si può mantenere su questo la titolarità dei Ser.T., affiancati nella gestione da strutture alternative in base a progetti ben precisi. Anche le linee guida della Sanità evidenziano il ruolo fondamentale svolto dai servizi per la eventua-

le consulenza ai medici di fiducia, ma soprattutto nella fase degli accertamenti preliminari, nella definizione dei programmi e nella accennata necessità di garantire un trattamento non esclusivamente sanitarizzato.

In conclusione riteniamo utile avere verso il meta-done un atteggiamento non “salvifico” e neppure “demonizzante”. Esso è *un possibile strumento* per fronteggiare un fenomeno complesso. Ma è uno strumento che, usato da solo, perde facilmente di significato, e va pertanto integrato con altri di carattere prettamente socio-educativo.

CAPITOLO V

Le Comunità terapeutiche

1. Il successo di un modello rassicurante

Le Comunità Terapeutiche - residenziali e non - per i tossicodipendenti rappresentano una realtà variegata che, come abbiamo visto, ha aumentato vertiginosamente la sua consistenza in pochissimi anni.

Nate soprattutto nell'area del volontariato cattolico, dopo un primo generico impulso di aiuto alla persona in difficoltà esse sono passate dall'ascolto e dalla presa in carico del tossicodipendente a strutture anche complesse e alla formazione di validissime professionalità. Questa origine spontaneistica ha ovviamente prodotto strategie e impostazioni molto diverse, tuttora esistenti e vitali: Comunità con indirizzo educativo o prevalentemente ergoterapico, strutture psicoterapeutiche, Comunità di vita e di condivisione ecc. Una diversificazione incoraggiata, come si è visto, dalla forte delega sociale ricevuta da queste strutture. E la delega ha significato per anni una sostituzione pressoché totale del "pubblico" e la tendenza di alcuni a richiedere, e ottenere, sempre più un mandato quasi esclusivo in questo campo.

Non ci si può nascondere come il successo di questo modello così rassicurante per la società e le istituzioni, abbia contribuito a impedire per molto tempo che emergesse un approccio alla tossicodipendenza come viene intesa in questo libro, cioè un fenomeno di disagio sociale su cui intervenire anche e soprat-

tutto in modo preventivo. Anzi, la stessa prevenzione ha finito per essere affidata alle Comunità, attraverso gli scarsi finanziamenti del Fondo per la lotta alla droga. Unita questa incombenza a quelle della formazione, dell'inserimento lavorativo, del trattamento delle patologie correlate, le strutture terapeutiche hanno insomma sostenuto una richiesta di intervento a tutto campo, alla quale hanno risposto come hanno potuto - spesso con ottimi risultati - differenziando i servizi e arrivando all'attuale varietà di offerta, più volte menzionata. Ciò, per inciso, ha messo in discussione alcuni modelli auto-referenziati di Comunità spingendo sempre più a muoversi su obiettivi di corresponsabilizzazione ed integrazione con i servizi territoriali e le altre agenzie educative.

2. Le cause di una crisi

Nelle considerazioni precedenti sono già contenuti i problemi che hanno portato il privato sociale impegnato in questo campo a vivere oggi un delicato momento di riflessione, ripensamento e talvolta di crisi. Proviamo a elencare i principali:

a. l'estrema diversificazione della tossicomania e una moderata diminuzione del consumo per via endovena dell'eroina ha ridotto numericamente il *target* specifico di cui le Comunità si occupavano. Il risultato è una riduzione della domanda di accesso in comunità con la presenza di un numero non indifferente di posti liberi soprattutto in grosse strutture residenziali;

b. le richieste di inserimento nei programmi delle Comunità sono sempre più diversificate per ideologia di utenza ma anche per specificità di problematiche. Ciò interroga le strutture sulla opportunità di variare

e individualizzazione i propri progetti terapeutici (permanenza, permessi, flessibilità), spesso in contrasto con un'organizzazione dei centri tendenzialmente omogenea e rigida per tutti gli utenti ospiti;

c. incoraggiata anche da direttive meramente economiche (risparmiare sulle rette) e da una maggiore dotazione di risorse, in questi ultimi anni si è modificata la politica dei Ser.T.: si punta a raggiungere più persone e ad una maggiore persistenza delle stesse nel rapporto con il servizio. L'aumentata disponibilità (pur se con notevoli differenze) alla somministrazione di metadone, che ha sicuramente aiutato questa tendenza, rende più rare anche le scelte consapevoli di intraprendere un percorso comunitario (più lungo e, almeno nella prima fase, percepito come più difficile e faticoso);

d. una accresciuta autocoscienza della propria condizione da parte dei soggetti tossicodipendenti, e spesso anche del loro ambito familiare, porta a richiedere con più frequenza strutture agili legate al territorio, con tempi più brevi e capacità di interventi su tematiche particolari (tossicodipendenza psichiatrica, coppie, madri eroinomani con bambini ecc.). Si tratta di esigenze difficilmente gestibili nelle Comunità terapeutiche classiche;

e. l'entrata in vigore del citato Atto d'Intesa Stato-Regioni ha richiesto per alcune strutture un forte riadeguamento degli standard abitativi e di organico, pena l'esclusione dall'Albo degli Enti Ausiliari. Nata allo scopo di uniformare il livello del servizio prestato, tale normativa ha indubbiamente inciso nel profondo sul senso stesso del percorso terapeutico di alcune realtà (ad esempio, Comunità di vita con tempi indefiniti di presa in carico, percorsi che prevedono l'impiego dell'ex tossicodipendente in qualità di operatore, strutture rigidamente ergoterapiche in

cui il lavoro normale viene inteso come valore fondante, e spesso esclusivo, di recupero ecc.);

f. la legislazione attuale non riconosce forme stabili di compenso economico (rette) per tutti quei servizi e interventi complementari alla Comunità terapeutica (centri filtro e di ascolto, gruppi di auto aiuto, centri di prima accoglienza, gruppi famiglia, alloggi per il reinserimento) se non in maniera episodica e temporanea. Ciò rende difficile la riorganizzazione delle varie strutture, se non attraverso un forte aggravio delle già scarse risorse economiche e umane, con il rischio sempre incombente della chiusura;

g. alcune gravi irregolarità gestionali e gravi fatti di violenza scoperti all'interno di alcune strutture - più o meno "famosi" - hanno creato in alcune parti della popolazione sfiducia e discredito generalizzato verso tutte le Comunità;

h. le Comunità terapeutiche sono strutture difficili e fortemente caratterizzate da motivazioni ideali da parte del personale, spesso impegnato su turni molto pesanti, ma con riconoscimenti individuali, sociali ed economici scarsissimi. Ciò comporta un *burn-out* diffuso negli operatori, argomento che necessiterebbe di una riflessione a sé.

Queste brevi note chiariscono quanto sia critica l'attuale fase storica delle Comunità terapeutiche, che sono chiamate a governare un processo di trasformazione senza però mettere totalmente in discussione l'alto valore del lavoro svolto in tutti questi anni.

3. Per aprire una nuova storia

Diventa dunque sempre più necessario l'adeguamento delle strutture su criteri uniformi di offerta pur

nel rispetto delle diversità ideali dei vari progetti terapeutici. Va compreso che la fase di sviluppo selvaggio, di "autarchia" e di sperimentazione non verificata è definitivamente chiusa. Per aprire una nuova storia delle Comunità si intravede fin da ora la direzione da seguire. Al primo posto sta la creazione di tavoli progettuali integrati come garanzia di un sistema di servizi capace di assicurare la continuità terapeutica, la diversificazione dell'offerta e la valorizzazione della comunità locale; in secondo luogo bisogna puntare alla trasparenza e verificabilità dei programmi terapeutici. Ma il vero salto qualitativo sarà la creazione di un organismo riconosciuto di auto-controllo: solo in questa maniera le Comunità potranno aver peso nelle politiche territoriali di destinazione e gestione dei fondi; e solo accettando la verifica dei loro risultati potranno conseguire quella "pari-dignità" oggi tanto desiderata.

L'Authority

Quando parliamo di un organo di auto-controllo non pensiamo, peraltro, solo alle strutture del privato sociale. Siamo fermamente convinti che, in tutti i servizi socio-sanitari, la verifica della qualità e dell'efficacia delle risposte sia necessaria per eliminare sacche di privilegi e di sprechi. Tuttavia tale controllo non può essere affidato - come oggi avviene - a chi svolge servizi e contemporaneamente è controllore di altri. Nelle tossicodipendenze, in particolare, avviene che i Ser.T. pur mantenendo come ruolo fondamentale quello terapeutico, esercitino parimenti un controllo insindacabile sui servizi e sui programmi terapeutici delle comunità non pubbliche.

Crediamo che soltanto *un'autorità terza*, un organismo *sopra le parti* (sia pubbliche che private) possa garantire un accettabile livello degli interventi.

L'appropriazione di funzioni ispettive oggi esercitate dagli stessi organi che svolgono funzioni uguali o analoghe a quelle di enti del privato sociale non è più sopportabile.

Accanto al richiamato sistema dei servizi si rende necessario istituire un *sistema dei controlli* almeno a livello regionale, articolato preferibilmente in commissioni miste pubblico-privato, paritetiche, guidate da soggetti la cui autorità sia riconosciuta da tutti.

Pensiamo a una struttura permanente a scadenza fissa, non soggetta alle fluttuazioni politiche dei vertici istituzionali locali, che potrebbero condizionarne le funzioni cruciali (economiche, ideali ecc.). Pensiamo a una *Authority* non solo morale, che garantisca un vero partenariato tra tutte le strutture convenzionate o pubbliche, e che possa pronunciarsi anche su fenomeni incresciosi - come le citate "pseudo-comunità" o casi di violazione di diritti soggettuali - rendendo più facile l'intervento e, ove necessario, la censura da parte delle istituzioni competenti.

Quest'ultima istanza diventa fondamentale, sia per evitare fenomeni di criminalizzazione indifferenziata da parte dell'opinione pubblica a discapito delle esperienze più valide, sia perché vanno sempre riaffermati alcuni capisaldi etici e deontologici rispetto alla sofferenza delle persone e ai loro diritti civili.

In questa prospettiva non può che aprirsi la questione della legittimità di alcune strutture che, pur avendo ottenuto per anni donazioni e contributi del pubblico, non intendono accettare nessuna logica di regolamentazione e riordino degli standard minimi delle comunità.

4. Tra professionalità e condivisione

Affermare che la realtà degli educatori operanti nelle comunità terapeutiche sia varia e composita è piuttosto scontato; può essere però utile uno sguardo ai criteri usati fino a tempi recenti nel reperirli ed ai progetti ideali in cui sono inseriti.

Anche limitandoci agli operatori assunti e pur non avendo dati statistici complessivi, ci sembra abbastanza evidente che i criteri erano (nei primi tempi, ma spesso anche dopo) quelli della disponibilità alla *condivisione* e della *motivazione*. Appartiene alla storia più recente la riflessione sul significato più profondo di questi termini e il tentativo di coniugarli all'esigenza della professionalità. Attraverso un lungo, e per alcuni sofferto, dibattito, si è approdati, nella maggior parte delle realtà, alla svolta decisiva di una condivisione fatta di professionalità e di una professionalità fatta di condivisione.

Nella maggioranza delle Comunità terapeutiche questa affermazione non è rimasta uno slogan, ma è diventata un modello operativo. Per il conseguimento di questo successo un ruolo chiave è stato sicuramente giocato dalla formazione. I vari gruppi hanno investito parecchie risorse in questo senso, prima appoggiandosi a realtà esterne, in seguito tentando progetti formativi sempre più interni e continuativi. Se i riflessi sulla crescita professionale sono un dato che oggi appare certo, bisogna anche dire, a conti fatti, che ci si è mossi in maniera molto disomogenea. Non si poteva forse fare altrimenti, anche alla luce delle poche risorse esistenti.

La attuale scarsità di figure formate con il titolo di "educatori" (a causa di poche scuole specifiche) ha fatto sì che molte realtà dispongano in media di un numero limitato di operatori in possesso di un titolo;

abbiamo così una vasta platea di “semi-professionisti” che continuano a dare molto molto alle comunità, ma che sono anche da valorizzare e da formare in maniera più completa, organica e razionale.

Per chiarire cosa si intende per valorizzare e formare, occorre rifarsi al discorso iniziale sui criteri di assunzione degli operatori e alla necessità di salvare il capitale accumulato di esperienza, motivazione e disponibilità a condividere; è fin troppo ovvio, infatti, lo scadimento culturale, di stile e di appartenenza che ne deriverebbe se vi rinunciassimo, o anche solo se relegassimo le persone che ne sono portatrici a ruoli marginali, privandole della possibilità di accedere ad un titolo.

Per la struttura stessa e le idealità fondanti delle Comunità terapeutiche, sono ad esempio frequenti le figure di falegnami, ceramisti, tipografi, giardinieri ecc., i quali, assunti all’inizio perché disponibili a condividere e mettere a disposizione della struttura il loro specifico contributo, sono stati poi inseriti in progetti produttivi creati sia per fornire un sostegno alla Comunità stessa, sia per offrire ai ragazzi un’abilità lavorativa utile in fase di reinserimento. Queste figure professionali hanno col tempo, l’esperienza, ma soprattutto la formazione, imparato non solo a intervenire con competenza in campo educativo, ma anche a riconvertire sul sociale la loro professionalità.

Ora, se è evidente il danno a livello economico (visti gli investimenti fatti) e educativo (anche qui gli investimenti non sono mancati) che deriverebbe alle Comunità dalla scomparsa o dal relegare a ruoli marginali queste figure, è altrettanto evidente che al momento dell’assunzione non è stato seguito (perché sarebbe stato impossibile) il criterio del possesso del titolo di educatore professionale.

Il rispetto di tali esperienze dovrebbe essere, pertanto, fra gli obiettivi del perfezionamento dell'Atto d'Intesa. Ma non solo: in prospettiva occorre che anche tutte le figure attive nelle nuove progettazioni e nei nuovi servizi (operatori di strada...) possano disporre di adeguati strumenti formativi per non ritrovarsi in seguito nella stessa situazione.

Un'ultima questione: la gestione di questa crescita professionale degli operatori non può più essere lasciata ad ogni singola associazione, fermo restando che esiste, e deve continuare a esistere, uno spazio di formazione su questioni specifiche gestito dai gruppi. Far diventare patrimonio comune degli operatori un *corpus* di conoscenze e orientamenti metodologico-scientifici di base, è un'esigenza imprescindibile verso una fase davvero "moderna" per tutte le Comunità terapeutiche.

CAPITOLO VI

Riduzione del danno

1. Una strategia pragmatica

I dati ci dicono da anni come uno degli aspetti più difficili degli interventi sulla tossicodipendenza sia il rapporto corretto con le persone nei luoghi ove i loro percorsi di disagio si dispiegano e, a volte, si cronicizzano. Il panorama del fenomeno ci restituisce una fotografia fatta di un enorme “sommerso”¹, di innumerevoli ricadute, di estrema solitudine, di frequenti atti di illegalità collegati; d'altra parte, il panorama delle risposte propone spesso soluzioni salvifico-punitive o rigidi percorsi terapeutici come uniche ipotesi possibili di risoluzione della dipendenza; ad aggravare il tutto l'esplosione del virus Hiv.

Si è sviluppata da questa situazione (dapprima nel nord Europa) la filosofia di intervento definita di *riduzione del danno*. Alla sua base, l'affermazione che l'operatore delle tossicodipendenze può attivare, almeno per un periodo, una relazione di aiuto con soggetti ancora assuntori di sostanze stupefacenti, seppure su obiettivi minimi e in assenza di una motivazione a sospendere l'uso, finalizzando inizialmente tale relazione alla tutela della propria ed altrui salute.

1 - Oltre il 50 % delle persone contattate nel 1996 dall'unità di strada del Gruppo Abele di Torino non erano mai entrate in rapporto con il Ser.T. o, se lo avevano fatto, non vi erano più tornate.

Questa posizione pragmatica e innovativa ha iniziato a svilupparsi in Italia alla fine degli anni '80, ponendo subito quesiti etici (distribuire le siringhe è una legittimazione a drogarsi?) e operativi (come stare in "piazza"?) non semplici, spesso acuiti da polemiche pretestuose, malintesi e chiusure ideologiche.

Gli obiettivi

Nella riduzione del danno vengono compresi obiettivi molteplici, a volte in apparente contraddizione fra loro. In realtà la strategia fornisce una serie di opzioni che vanno usate all'interno di un piano ben definito, dove strumenti diversi possono anche avere destinatari diversi. Detti in ordine sparso gli obiettivi sono:

- il raggiungimento delle fasce sommerse di tossicomani e tossicofili e la riduzione del loro numero;
- la riduzione dei rischi di infezione da Hiv, epatite ed altre patologie connesse alla tossicodipendenza;
- la riduzione delle morti per overdose²;
- la riduzione della microcriminalità riconducibile al procacciamento delle sostanze;
- l'aumento dei soggetti in trattamento presso i servizi;
- l'accorciamento dei tempi di "pendolarità" tra le fasi di trattamento e le ricadute;
- la diminuzione dei tossicomani in carcere e tutela della loro salute;
- la formazione dei cittadini per limitare le reazioni

2 - Nel 1996 sono risultati 1.097 morti per overdose (termine tecnico "narcotismo acuto"), 98 in meno dell'anno precedente. Il dato però si riferisce al 31 dicembre e non tiene conto della correzione verso l'alto che purtroppo si verifica dopo che sono pervenuti i risultati di alcuni esami medici: nel 1995 tale correzione fece aumentare il numero di un centinaio di unità.

- stigmatizzanti ed emarginanti verso la popolazione tossicomane;
- l'incremento quantitativo e qualitativo dei dati epidemiologici sul fenomeno.

Gli strumenti

Ecco dunque un elenco delle attività e degli strumenti fino ad oggi perfezionati:

- 1.** azioni che mirano ad incrementare la tutela e l'autotutela della salute (interventi di riduzione del danno in senso stretto); ad esempio: centri mobili di rianimazione, pronto intervento e terapia metadonica, distributori automatici di siringhe, presenza del Narcan in tutte le farmacie e su tutte le autoambulanze (con previa formazione del personale infermieristico), incentivazione delle forme di auto aiuto tra i tossicodipendenti ecc.;
- 2.** azioni che mirano ad assistere i tossicodipendenti indipendentemente dalla loro eventuale opzione per un cammino terapeutico, soprattutto nelle aree del sommerso e in fase precoce (interventi a bassa soglia); ad esempio: unità di strada, *coffee-shop*, centri intermedi di accoglienza e informazione, iniziative *ad hoc* per il lavoro e il tempo libero, a tempo parziale e a durata non definita ecc.;
- 3.** azioni volte a gestire il negativo atteggiamento sociale contro i soggetti tossicomani (lavoro sulla comunità territoriale); ad esempio: creazione di reti di comunità (famiglie, *opinion leader* informali, mondo del lavoro, commercianti, insegnanti, gestori di strutture ricreative, istruttori di associazioni sportive ecc.) per formare un comportamento coerente e integrato fra le varie identità che entrano in contatto

con tossicodipendenti o giovani a rischio;

4. azioni volte all'autocontrollo da parte delle comunità locali dei nuovi disagi connessi o aggiunti alla droga; ad esempio: interventi sulle prostitute e gli extracomunitari tossicodipendenti, alternative alla carcerazione, istituzione negli enti locali di uffici di consulenza specializzata ecc.;

5. integrazione delle azioni suddette con quelle già previste per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti, e che coinvolgono i Ser.T. di riferimento, le Comunità terapeutiche, le amministrazioni locali e le associazioni del volontariato;

6. potenziamento, anche a livello territoriale, del monitoraggio sugli aspetti sociali ed epidemiologici del fenomeno, coordinando in maniera permanente le informazioni disponibili presso le strutture pubbliche e private.

2. La "cura della vita"

Al di là dei riconoscimenti ufficiali alla riduzione del danno (ad esempio il documento conclusivo della I Conferenza sulla droga, a Palermo nel 1993), ci sembra che questi anni di confronto, insieme alle numerose sperimentazioni, abbiano ormai dimostrato l'importanza di attivare tutte le forme possibili di contatto e di informazione con il soggetto tossicodipendente: ciò non ai fini di una convivenza indifferente, ma perchè gli vengano intanto garantite delle condizioni minime a livello sanitario, anche negli stadi di maggior abbandono o coinvolgimento nella sostanza.

Se una prima errata valutazione aveva bollato questa strategia come necessariamente alternativa, persino in contrasto, con l'abbandono dello stato di dipendenza, sempre più si è invece imposta la logica di strutturare le risposte alla droga, tra cui anche la riduzione del danno, come fasi concatenate e coerenti di un approccio complessivo e con vari obiettivi intermedi, mantenendo la forte valenza ideale che anima da sempre i nostri servizi: quella della *cura dell'altro* in qualsiasi stato di difficoltà esso si trovi.

D'altra parte le stesse Comunità terapeutiche adottano questo modello: un accompagnamento che prevede un "prima" (la pronta accoglienza) e un "dopo" (il reinserimento sociale, la gestione delle ricadute). E allo stesso modo il Ser.T. (o il Dipartimento per le dipendenze) assume una funzione decisiva, come garante della coerenza e della possibile sinergia degli interventi, mettendo in campo competenze e disponibilità diverse.

In questa prospettiva il termine stesso di riduzione del danno è superato. La definizione che appare oggi più adeguata è invece quella di *cura della vita*, che rimanda a una serie di riferimenti operativi e ideali da mantenere anche in futuro. Proviamo brevemente a riassumerli.

1. La centralità della persona, anche in stato di fatica e disagio grave, come elemento fondante qualsiasi relazione d'aiuto; il rispetto profondo delle sue scelte come presupposto irrinunciabile di qualsiasi intervento; l'attenzione alle sue residue risorse individuali, relazionali e familiari.

2. Progetti individualizzati, seppur parziali e limitati, che non presuppongano cambiamenti predefiniti, ma che nell'accompagnamento abbiano sempre

come *fine ultimo* la risoluzione dello stato di tossicodipendenza.

3. L'uso di qualsiasi strumento preventivo di profilassi o terapeutico (siringhe, preservativi, farmaci sostitutivi) non può mai essere disgiunto dall'attenzione agli aspetti etici, morali e soprattutto relazionali. Occorre infatti essere consapevoli che questi strumenti, se non gestiti correttamente, possono essere percepiti come legittimanti alcuni usi o comportamenti, oppure trasmettere un messaggio cronicizzante.

4. Tra gli obiettivi generali di questa strategia c'è anche la **tutela della sanità pubblica**; questi obiettivi devono essere spiegati alla comunità locale, che possibilmente deve accettarli o farli propri; ciò comporta la conseguente rinuncia a deleghe onnipotenti e a volte conflittuali con la popolazione.

5. Va recuperato l'ascolto della strada, da cui molte nostre associazioni sono nate, come capacità di percezione dei nuovi bisogni.

CAPITOLO VII

Nuove sostanze, nuovi consumatori

1. Quei giovani mostri che non si fanno aiutare

Il linguaggio di alcuni personaggi simbolo, filtrato dal gruppo dei pari, come unica realtà di riferimento; una sensazione di lontananza e non appartenenza verso il mondo adulto che lo circonda; una scarsa relazione con i luoghi educativi classici (scuola, famiglia, mondo del lavoro ecc.). Potrebbe essere questa la presentazione di uno dei tanti giovani che vediamo nelle vie dei nostri quartieri, questi splendidi, terribili adolescenti e giovani adulti che sembrano sfidarci, o meglio ignorarci quando li incontriamo nelle classi, nei nostri centri di aggregazione, nelle associazioni sportive o culturali, nella piazza, nel bar, ecc.

Qualcuno li ha definiti, da un punto di vista sociale, “vuoti a perdere”, che rischiamo di sacrificare a una cultura sempre meno capace di ascoltare i loro veri bisogni, e che vede sempre più in crisi le figure dei loro educatori naturali (l’insegnante, il genitore, l’allenatore). Una società complessa che non è stata in grado di valorizzare appieno le potenzialità di un’età così ricca e delicata; una società che sempre prima concede ai ragazzi gli *status symbol* di una presunta adultità (disponibilità di denaro, lunghe ore da soli, mezzi per la mobilità autonoma) e sempre dopo offre loro la possibilità di vivere un’autentica indipendenza (economica, lavorativa, abitativa); una società che crea e alimenta una adolescenza lunghissima

(dai 12 ai 30/35 anni) i cui protagonisti, in modo crescente, cercano altrove la soddisfazione delle loro risposte.

I dati sulle “bande giovanili” che riempiono le strade, i bar, le discoteche, gli stadi, ci lanciano preoccupanti segnali di disagio: gli abbandoni scolastici, una recrudescenza della micro-delinquenza minorile, i vandalismi, una sempre maggior diffusione di sostanze stupefacenti (la “solita” eroina, il dilagare della cocaina, le amfetamine tornate in auge dopo anni, l’Lsd e tutte le nuove sostanze di sintesi, a partire dall’extasy), per dire solo dei fenomeni più eclatanti; ma anche i drammi familiari che riguardano spesso l’universo adolescente femminile (le varie forme di anoressia, bulimia, i tentati suicidi), l’alcool e gli incidenti del sabato sera.

Dati, situazioni, racconti che spesso ci trovano impreparati come educatori e soprattutto disarmati di fronte al “caso”, all’emergenza; che sembrano negare la possibilità di essere anticipati, aiutati nella costruzione di un’adulità consapevole. Sentiamo spesso dire che questi giovani “mostri” non si fanno aiutare, “non ascoltano nessuno”, “se le vanno a cercare”. Ma quando riusciamo a superare questo divario, questa lontananza, li scopriamo sì provocatori e duri, ma anche disponibili al confronto; sembrano aspettare, quasi desiderare, il rapporto con adulti disponibili ad attivare con loro una relazione che non sia semplicemente basata sul giudizio “dall’alto”.

Da questa introduzione si comprende come, per parlare di “nuove droghe”, sia necessario occuparsi del contesto in cui esse hanno trovato fertile mercato, insieme a sostanze di vecchia scoperta tornate adatte ai nuovi bisogni.

Dai dati dei sequestri prima riportati, dalle poche ricerche disponibili e tramite la nostra esperienza,

notiamo come negli ultimi anni ci sia stato uno sviluppo notevole soprattutto delle sostanze legate all'aumento delle capacità "prestazionali". Se in passato il consumo di stupefacenti richiamava spesso la ricerca di rifugio e di tranquillità, la fuga e la ribellione da un mondo ostile e difficile, oggi i segnali sono di spasmodico bisogno di iperattivismo, di maggior efficienza, con un aumento di aggressività verso l'esterno.

Così, mentre da una parte si diffonde un nuovo uso "terapeutico" dell'eroina come "stampella chimica al disagio di vivere", spesso anche a tamponamento di disagi che con la tossicodipendenza si mischiano e confondono (ecco dunque l'aumento delle patologie psichiatriche, l'uso da parte di persone con handicap, di senza fissa dimora, di extracomunitari ecc.), dall'altra abbiamo un vero e proprio boom di amfetamine, cocaina, Lsd, extasy e simili, cioè di sostanze che riducono l'ansia di "non riuscire", aumentano la percezione individuale di potere e potenza e danno uno pseudo benessere psicosomatico.

2. Perché e come si consumano

L'extasy (intesa come "campione" del fenomeno qui trattato) sembra rispondere, chimicamente, alle due domande fondamentali dei giovani: la sicurezza e la relazione.

Il bisogno di sicurezza è quello di sentirsi adeguati, forti e in sintonia con il proprio corpo in cambiamento, a cui l'amfetamina risponde con una dirompenza del tutto inusuale, che spesso sconfinava in sensazione di onnipotenza (*posso fare tutto*).

Alla voglia di relazione, di comunicazione, di stare bene nel gruppo e di sentirsi accettati, essa offre

invece la percezione di avere possibilità infinite di nuove conoscenze, oltre a una disinibizione affettiva e sessuale (*sto bene con tutti*).

La differenza dell'extasy (definita sostanza "entacogena") dalle amfetamine e dagli allucinogeni (Lsd), di cui è una specie di sintesi, è soprattutto nella reazione psicodinamica che innesta, coniugando i due effetti di potenza e allucinazione con un'illusoria sensazione di azione sul nodo interiore tra psiche e corpo.

Molto comune, come accennato, il problema della politossicità. Da una ricerca a campione svolta in 5 discoteche del Veneto¹, è risultato che l'86 % degli intervistati assumeva extasy insieme ad altre sostanze: il 60 % usava alcool, il 59 % Thc, il 33 % Popper (o "quick balt", nitrito di amile), il 32 % cocaina, il 10 % anfetaminosimili; molto comune inoltre l'hascish al termine della nottata (o della mattinata) come deprimente degli effetti delle droghe di sintesi.

3. Chi sono i consumatori

Poche le ricerche attendibili su questo fenomeno. Dallo studio citato, è stato inferito il numero totale dei consumatori: la cifra si attesterebbe, per difetto, sulle 85.000 unità.

Il comportamento di questi giovani nei giorni in cui entrano in gioco le sostanze è molto standardizzato: la serata comincia allo stesso modo: si sta insieme a bere in un pub o in una sala giochi fin dopo la mezzanotte e poi si parte per la discoteca o la festa *rave*; si va avanti di solito fino all'alba inoltrata e poi si può con-

1 - Lo studio, uno dei più approfonditi oggi esistenti in Italia, è stato promosso dal Ser.T. di Padova.

tinuare con gli *after hour*, oppure nel pomeriggio in una curva allo stadio dove occorre essere molto "su" per reggere tifo e coreografie; l'abbigliamento, il trucco e gli accessori sono molto curati e rispondono a precisi criteri; l'effetto delle sostanze viene normalmente potenziato o depresso a seconda delle esigenze; la percezione del rischio è molto bassa: la pasticca o il francobollo (Lsd) sono considerate in genere niente più che "droghe leggere".

Tutto in questi giovani sembra rispondere al desiderio di essere il più integrati possibile, e anche l'extasy diventa un elemento centrale di questa integrazione, persino nella terminologia (hai calato...?), nell'ascolto di particolari generi musicali (*techno* e altri), nel culto della velocità e dell'esagerazione a tutti i livelli, a tutti i costi. Per il resto della settimana, questi soggetti appaiono di nuovo perfettamente omologati, nei comportamenti, a come li vuole la società "normale", quella dei grandi e del mercato che impone i consumi.

Qualche altro elemento per delineare un'identikit dell'assuntore di nuove droghe viene da una serie di interviste, limitate nel numero ma abbastanza indicative, effettuate in una prefettura² in seguito alle segnalazioni previste dalla legge sulla droga (art. 75 Dpr. 309/90). Ecco i tratti salienti che ne sono emersi:

- *ragazzi con personalità prive di particolari caratterizzazioni negative;*
- *sentimentalmente liberi e in una fascia d'età tra i 18 ed i 25 anni con vivaci aspettative di godimento immediato delle offerte ricreative;*

2 - Statistica della Prefettura di Massa Carrara, citata nei materiali del "Seminario di studi sui derivati amfetaminici", Roma 29 novembre 1995, Direzione Centrale per i servizi antidroga, Ministero dell'Interno.

- *titolo di studio tra la scuola media inferiore e superiore; spesso inseriti, anche se parzialmente, nel mondo del lavoro;*
- *carente predisposizione per altri interessi culturali ricreativi che non siano il gruppo di amici, il bar, la discoteca nei fine settimana;*
- *non sono state rilevate situazioni di eclatante emarginazione sociale, indigenza, carenza affettiva o disgrazie subite;*
- *il potenziale consumatore di extasy sembra poter essere "chiunque", il ragazzo considerato "comune", ben integrato e senza particolari problemi esistenziali o situazioni polari e patologiche di disagio."*

Questa descrizione, pur nella sua genericità, ci interroga nuovamente sulla necessità di intervenire preventivamente nella "normalità" della vita giovanile, di restituire competenza ai luoghi e alle figure educative della quotidianità, di responsabilizzare i ragazzi ad una maggiore consapevolezza di sé.

4. I pericoli

I pericoli maggiori insiti nell'uso di queste sostanze di sintesi, pur mancando ancora studi approfonditi sui danni fisiologici (ma quelli esistenti destano già allarme), sono legati principalmente a tre aspetti:

a) *l'uso abitudinario* di una sostanza emotivamente suppletiva può creare una scarsa capacità di adattamento alle naturali frustrazioni della vita (voglio-posso) e limitate capacità psicologiche di progettazione, nonché fasi di euforia e potenza alternate a riadattamenti forzati anedonici e profondamente depressivi;

b) il rischio di liberare (slatentizzare) gravi forme

di psicosi - violente o depressivo-maniacali - in una fase della vita come quella adolescente che è già spesso caratterizzata da volubilità emotiva e fragilità psicologica;

c) la disinibizione sessuale e le autopercezioni di potenza e invulnerabilità indotte possono rappresentare pericoli concreti sia per i rapporti sessuali senza protezione, con rischi legati sia all'Aids³, sia ai potenziali incidenti stradali o altre azioni pericolose di cui non si ha la corretta percezione.

5. Come intervenire

È molto il lavoro da fare in questo campo. Ci sono aspetti obbligati e che competono a determinate istituzioni repressive, come una più efficace lotta al traffico e alla produzione⁴. Ci sono poi interventi strutturali che investono tutte le politiche giovanili, nel nostro Paese, mai realmente esistite: da una scuola più attenta a chi manifesta disagio, e meno chiusa nei suoi programmi sclerotizzati, a una strategia di coinvolgimento delle agenzie educative territoriali (associazioni, gruppi sportivi, parrocchie) che non sia solo in termini di parcheggio o supplenza.

Sulla prevenzione e l'informazione l'obiettivo prioritario è l'aumento della *percezione di rischio* legata

3 - È stato accertato dalle ricerche sulla diffusione del virus Hiv che una paurosa impennata dei contagi avviene nei mesi estivi, soprattutto in alcune zone della Versilia e della riviera romagnola, dove si concentra un alto numero di giovani attirati dalle discoteche estive e dai luoghi di vacanza.

4- La produzione avviene spesso in modo artigianale, in piccoli e male organizzati laboratori, e presenta da una parte un'estrema facilità, dall'altra il rischio di lasciare nelle pastiglie residui di sostanze pericolose.

all'uso di queste ed altre sostanze stupefacenti. Qui sono ancora interessate le istituzioni, che dovrebbero superare quell'atteggiamento fortemente giudicante o terroristico nei confronti di alcuni comportamenti giovanili, presente in molte campagne effettuate in questi anni (sia sulla droga che sulla sicurezza stradale).

Ma saranno soprattutto i *mass media* ad avere in futuro una grande responsabilità: sulle nuove droghe, l'informazione comunemente intesa ha oscillato finora fra la stigmatizzazione generica del consumo e la sua presentazione come "simpatico", "bizzarro" fatto di costume (la nuova "cultura giovanile"); scarsa la conoscenza tecnica degli effetti, occasionale la riflessione sociologica, quasi nulla la consapevolezza del profondo influsso che i mezzi di comunicazione esercitano sulle mode e gli atteggiamenti giovanili. E in quest'ultimo caso non parliamo dei resoconti specificamente connessi all'extasy e simili, bensì della ossessiva perpetuazione dei modelli - il culto del fisico, il *look* irrinunciabile, la musica da ascoltare, i prodotti da acquistare - che di questo fenomeno costituiscono molto di più che il semplice contorno.

Tuttavia, accanto alla prevenzione occorre anche saper rispondere all'oggi: dalla poca conoscenza scientifica di sostanze e contesti, emerge che la priorità è quella di un monitoraggio a tutti i livelli; vanno approfondite le ricerche, vanno studiati i canali di distribuzione, gli effetti collaterali, le tipologie di assuntori.

Quale, infine, il ruolo del privato sociale? La discoteca, la piazza, il bar sono luoghi portatori di una cultura e di un linguaggio che non è utile demonizzare. Solo attraverso l'interazione e la creazione di alleanze con gli *opinion leader* dei gruppi giovanili e con i gestori dei luoghi di aggregazione, si possono attiva-

re cambiamenti in questa cultura. Gli strumenti possono essere tanti, e chi ha saputo fronteggiare la “vecchia” tossicodipendenza ne ha già alcuni a disposizione: dalla presenza in quei luoghi di operatori di strada opportunamente formati, alla responsabilizzazione e al coinvolgimento dei D.J., dei gruppi musicali, dei cantanti, dei baristi, delle ragazze immagine, ecc. Questi nuovi fenomeni hanno bisogno di una adeguata lettura socio-relazionale, oltre che biochimica. I servizi classici utilizzati fino ad oggi si stanno rivelando del tutto inefficaci, e del resto sono ancora pochissimi i consumatori di droghe sintetiche che hanno contatti anche con il mondo dell'eroina. Occorre dunque uno sforzo di fantasia molto forte (anche da parte dei servizi pubblici), per evitare che l'aggancio di questi giovani avvenga troppo tardi.

CAPITOLO VIII

Droghe leggere: oltre le ideologie

1. I dati e le tipologie

Qualsiasi educatore che lavori con i giovani non può che testimoniare l'estrema capillarità della diffusione dell'uso di droghe leggere su tutto il territorio nazionale. Anche qui, tuttavia, permane un'estrema incertezza sui dati. Al di là dei sequestri, comunque piuttosto costanti, a volte legati come abbiamo visto a contingenze di vario genere, un altro indicatore usato è quello delle persone segnalate alla prefettura in base al citato art. 75: negli ultimi cinque anni sono state 70.000. Ma il numero dice molto poco sulla reale consistenza del fenomeno. Dice molto di più una recentissima ricerca dell'Istituto Superiore della Sanità sui giovani maschi passati alla visita di leva: dalle analisi delle urine, ben il 50 % è risultato positivo per la cannabis. Infine, una ricerca del Labos del 1994 afferma che circa il 20 % dei giovani italiani fa uso di derivati della cannabis (hascish e marijuana), anche se la maggioranza (il 75%) solo in maniera saltuaria. Il consumo insomma non sembra aver subito negli ultimi anni particolari flessioni, consolidando il primato di queste sostanze come le più usate tra quelle definite "stupefacenti".

Chi "fuma"

Quanto ai consumatori, è difficile dare una connotazione definitiva, essendo talmente alto il numero e

l'estrazione sociale di chi "fuma". Un'idea abbastanza precisa sull'età del consumo viene invece da una ricerca effettuata in Olanda tra l'87 e il '94 dove si è stabilito che la metà di coloro che hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita si concentra tra i 20 e i 24 anni. La percentuale scende drasticamente tra i soggetti con oltre 35 anni, il che conferma la percezione che il consumo di cannabis sia legato strettamente a stili di vita giovanili.

Rispetto al giudizio dei diretti interessati, varie ricerche sociologiche ci dicono che la valutazione personale dei giovani sull'ammissibilità dell'uso di droghe "leggere" si avvicina al 30% di favorevoli, con un aumento in alcune aree metropolitane fin quasi al 40%. Dalle stesse ricerche emerge come negli ultimi anni i giovani tendano a manifestare una minor tolleranza per l'uso di droghe pesanti come l'eroina (l'assunzione per via endovena non è, in genere, più *trendy*; lo stesso discorso vale per il capitolo precedente) ed un atteggiamento inverso nei confronti dei derivati della cannabis con una diffusa disponibilità, quantomeno dichiarata, verso il loro possibile uso.

2. I nodi critici

Questi dati mettono fortemente in discussione il carattere di "devianza" legato alla contiguità con il mondo delle "droghe leggere", rendendolo un fenomeno "culturale" pressochè indifferenziato e potenzialmente aperto all'esperienza di ogni singolo giovane.

Tutto ciò invita ad aprire su questo tema una seria riflessione, che non è risolvibile semplicemente con una nuova proposta legislativa di liberalizzazione (come da più parti proposto) e neppure con un

atteggiamento di rigida difesa della legislazione attuale o con un suo inasprimento.

Riepiloghiamo allora i principali elementi critici, in gran parte scontati per chi lavora in questo campo:

1. la quantità: il fenomeno è così vasto e diffuso da interessare centinaia di migliaia (se non qualche milione) di giovani;

2. la bassissima pericolosità sociale e individuale connessa con l'uso di droghe leggere;

3. la presenza di una legislazione che ancora considera, di fatto, e malgrado il referendum del '93, come illegale il comportamento di quelle centinaia di migliaia di consumatori, più o meno occasionali;

4. il conseguente etichettamento con il termine di "drogato" per chi fuma hashish o marijuana, con le note e dimostrate conseguenze a livello psicologico rispetto a una potenziale carriera deviante;

5. la necessità di spezzare la possibile vicinanza di queste enormi masse giovanili al grosso mercato illegale e spesso mafioso di droghe pesanti, che è diventato sempre di più unico gestore di tutte le sostanze stupefacenti;

6. la necessità di ridefinire la rappresentazione sociale dell'uso di droghe in un immaginario collettivo estremamente terrorizzato e distante che accomuna, sovrappone e confonde le varie sostanze tra di loro.

Riteniamo occorra entrare nella logica che l'intervento in questo settore ha bisogno di un processo di sperimentazione, di adeguamento delle norme e di chiari atti di indirizzo nelle politiche giovanili. Non è possibile pensare a facili scorciatoie, da qualsiasi direzione provengano. Il problema dell'uso di droghe leggere è soprattutto sociale e deve essere spiegato ed affrontato in termini culturali collettivi; non

può più essere esclusivamente concepito in termini individuali di devianza e nemmeno di pura repressione. In tale prospettiva affermiamo la necessità di aprire una fase di cambiamento su almeno tre livelli: culturale, socio-educativo, legislativo

3. La questione della *escalation* all'eroina

L'attuale cultura, nutrita anche dalle già menzionate campagne di "prevenzione", lascia da soli i genitori, molti insegnanti e alcune delle figure educative, a interagire con i giovani su questi temi, creando i presupposti per reazioni difensive esasperate, indifferenza e paura, oltre a quella diffusa impressione di impotenza che avvertiamo così presente tra gli adulti. A questo stato di cose dà un forte contributo il perseverare dei mezzi di informazione, soprattutto locali (anche sulla spinta dei bollettini delle forze dell'ordine), nell'accomunare con disinvoltura sotto le voci "droga" e "criminalità" tanto i casi di grande spaccio di eroina quanto le modeste detenzioni di sostanze come hashish e marijuana.

Va ribadito a questo proposito che il consumo di droghe leggere solo in minima parte determina l'automatica *escalation* verso consumi maggiormente dannosi. Quest'ultimo è uno dei falsi luoghi comuni più duri a morire: chi lo sostiene porta come prova indagini effettuate su tossicomani da eroina, i quali in stragrande maggioranza hanno dichiarato di aver consumato anche (o aver iniziato dai) cannabinoidi. Sarebbe ovviamente più corretto cercare prove con il percorso inverso, per vedere cioè quanti fumatori di hashish e marijuana sono passati all'eroina.

4. Contro il “diritto a drogarsi”

Non esiste oggi una politica sanitaria di educazione alla salute che introduca opportunità di informazione e formazione corretta per i giovani, oltre che per i loro educatori naturali (genitori, insegnanti, istruttori ecc.). Ciò, pur essendo l'uso di sostanze stupefacenti uno dei temi “forti” di questa fascia di età. Tali opportunità rappresenterebbero invece, se inserite nei normali programmi scolastici - almeno delle medie - un aspetto non episodico e casuale di prevenzione.

Un adulto competente, disponibile al dialogo e, se necessario, allo scontro dialettico, potrebbe essere la risposta più efficace a un'espressione di disagio sociale che sicuramente ci interpella. Ecco perché ci appare cruciale la formazione degli educatori e degli operatori dei *mass media*, come investimento istituzionale che non dev'essere disatteso.

La piattaforma educativa di questo nuovo rapporto con le droghe dovrebbe innanzitutto poggiare sul “farsi carico” del problema a tutti i livelli. Ciò significa anche considerare aspetti sociali non irrilevanti: ad esempio che il consumo di sostanze stupefacenti può essere sì espressione o causa di disagio, ma che è fortissima anche la dimensione del *piacere* che esse offrono. Un altro elemento riguarda la modalità, molto presente, di assunzione di queste sostanze *in gruppo* da parte dei ragazzi, quindi con una forte simbologia di accettazione personale veicolata con la condivisione dello “spinello”.

Tuttavia questo atteggiamento di dialogo non può mai sconfinare nella legittimazione sociale, o quantomeno della giustificazione, del *diritto a drogarsi*, che ci sembra invece sottendere alcune rivendicazioni liberalizzatrici o legalizzatrici.

Al contrario potrebbe risultare estremamente produttiva una strategia culturale volta alla dissuasione attraverso quello che potremmo definire “abbattimento dell’*appeal*” esercitato da queste sostanze. Qualcosa del genere a quello avvenuto per il fumo da tabacco, bersagliato in questi anni da così tante campagne e flussi di opinione su vari versanti (salutismo, rispetto dell’altro, cura degli estetismi) da perdere molta della sua attrattività e passare quasi di moda.

5. Gli interventi legislativi

È ormai unanimemente riconosciuto, anche da alcuni settori delle forze dell’ordine, come l’attuale legge sulle sostanze stupefacenti sia inapplicabile nella parte riguardante le droghe leggere. Non riteniamo tuttavia utile un intervento legislativo che non sia il frutto di una seria analisi preventiva e che non sia anticipato da provvedimenti di natura educativa e culturale.

Insieme con le modalità e i luoghi dello spaccio, il trattamento giuridico è oggi l’unico tratto davvero comune tra le droghe pesanti e le droghe leggere. Se il primo obiettivo da raggiungere su questo fronte è a portata di mano, e riguarda il pieno recepimento degli esiti del referendum del ‘93 (la depenalizzazione dell’uso di sostanze stupefacenti), riteniamo che contestualmente vada aperta quantomeno la riflessione su come differenziare l’approccio giuridico tra fenomeni così diversi.

Le droghe leggere contengono pericoli per la salute personale e altrui non paragonabili a eroina e cocaina, ma di certo tali da impedirne una diffusione indiscriminata in nome del richiamato presunto liberismo comportamentale. Alcuni ritengono che una strada percorribile, seppure con una congrua fase di

sperimentazione, sarebbe quella di identificare un gruppo di “sostanze potenzialmente pericolose” in cui inserire le droghe leggere insieme all'alcool e il tabacco (oggi ingiustamente sottovalutati per la loro pericolosità). Nei confronti di questo gruppo andrebbe poi organizzata una convinta strategia socio-educativa di dissuasione basata sul messaggio - qui espresso in modo grezzo - che usare e *ab*-usare quelle sostanze “fa male”.

In questa ottica, le conseguenti normative sarebbero incentrate non sull'uso ma soprattutto sugli elementi di pericolosità legati all'abuso (guida in stato alterato, comportamenti aggressivi, disturbi della memoria, effetti sull'organismo, complicanze in presenza di patologie latenti ecc.); verrebbe quindi sviluppata una specifica attenzione ai minori - come soggetti non in grado di una scelta “consapevole” al pari degli adulti - per impedirne (o almeno non facilitarne) l'accesso al consumo, prevenendo relative sanzioni; sarebbe disposta l'articolazione di interventi psico-socio-educativi per i casi di abuso, dipendenza e gravi segnali di disagio individuale.

I rischi

Su questa piattaforma riteniamo possibile aprire un dialogo, sicuramente urgente alla luce del fallimento dell'attuale automatismo divieto-punizione. Ma non prima di aver segnalato una serie di rischi di cui tener conto:

1. una ipotetica scelta italiana italiana nel senso descritto, potrebbe attrarre fasce giovanili dei paesi confinanti, producendo una forma di **turismo** dalle conseguenze altamente negative; è questa la ragione per cui ogni dibattito su una diversa regolamentazione legislativa non può prescindere da una comune

strategia internazionale (almeno a livello europeo);

2. abbassandosi il livello della punizione prevista per legge, è possibile un **allargamento del mercato** e delle fasce giovanili coinvolte (sappiamo peraltro come questo stia già accadendo, e come la vastità del fenomeno lo renda quasi uno “spaccio legalizzato”);

3. una gestione non corretta della proposta può essere percepita, anche simbolicamente, come una **resa** verso consumi di cui non è riuscito il contenimento con altri mezzi; va peraltro detto che l'attuale atteggiamento del mondo adulto assomiglia di più a una grande rimozione collettiva;

4. nel contempo, un passaggio non graduale al nuovo regime lo priverebbe di qualsiasi effetto: va infatti considerata la sedimentazione profonda e annosa, nell'**opinione pubblica**, di un atteggiamento genericamente e inappellabilmente negativo verso “la droga” (senza distinzioni tra “spinelli” e eroina”), vista sempre in connessione con criminalità, Aids, sporcizia, dissoluzione morale, disgregazione familiare.

È in considerazione di questi rischi che ribadiamo la priorità di aprire adeguate campagne di informazione e formazione, propedeutiche a ogni soluzione legislativa. L'alternativa è riaprire, o perpetuare, rigide battaglie ideologizzate dagli esiti incerti e mai rispettose dei reali bisogni. Ecco perché riteniamo pericolose le iniziative esclusivamente politiche e legislative, senza il reale coinvolgimento della società civile e di tutte le realtà attive in Italia su questi temi.

CAPITOLO IX

Tossicodipendenza e Aids

1. Come ci ha cambiato il rapporto col virus

L'Aids ha segnato profondamente gli interventi, la cultura, le prospettive di tutti coloro che operano con le persone tossicodipendenti. La sieropositività e l'evoluzione della malattia, oltre alla condizione esistenziale degli individui direttamente coinvolti, ha trasformato molti dei nostri pensieri, convincimenti e atteggiamenti.

La diffusione dell'Aids ha anche determinato lo spostamento da una cultura della "certa guarigione" di una *malattia sociale* come la tossicodipendenza, alla "cura" intesa come accompagnamento. Negli ultimi dieci anni sono entrati in maniera prepotente nei vocabolari di chi lavora sul disagio-droga molti termini legati al rapporto con la morte, alle prospettive di vita, al "qui ed ora"; termini che forse prima erano stati un po' rimossi nei vari "progetti vita" che erano stati messi in piedi. I programmi terapeutici, che avevano immagini e suoni evocativi di una prospettiva di vita felice oltre la comunità, hanno incominciato a fare i conti con aspetti legati al senso dell'esistenza, al morire, al non-tempo, all'incertezza, al dolore, alla paura... Ci siamo dovuti riconvertire su un modello culturale poggiato in gran parte su nuove basi etiche e filosofiche.

Distribuzione dei casi di AIDS in adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione. (FONTE: UNICRI e Ministero della Sanità - Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo - 3 - Anno XIX 1996)

Anno di diagnosi	1982-90		1991	1992	1993	1994	1995	1996*	Totale	Fem.	Mas.
	n°	%									
Omosessuali	1430		547	549	644	769	687	252	4878	4878	0
	16,1	14,6	13,1	13,6	14,2	12,8	13,1		14,3	18,0	0,0
Tossicodip.	6007	2476	2755	3000	3342	3180	1115		21875	17459	4416
	67,8	66,1	65,9	63,4	61,7	59,6	58,2		64,0	64,5	62,1
TD-OMO **	251	84	76	92	112	87	25		727	727	0
	2,8	2,2	1,8	1,9	2,1	1,6	1,3		2,1	2,7	0,0
Emofilici	123	32	36	29	23	22	9		274	274	0
	1,4	0,8	0,9	0,6	0,4	0,4	0,5		0,8	1,0	0,0

Trasfusi	n°	126	37	50	45	40	54	13	365	216	149
	%	1,4	1,0	1,2	0,9	0,7	1,0	0,7	1,1	0,8	2,1
Contatti etero	n°	707	400	499	654	763	857	283	4163	2132	2031
	%	8,0	10,7	11,9	13,8	14,1	16,1	14,8	12,2	7,9	28,6
Altro non det.	n°	219	168	214	264	365	445	217	1892	1376	516
	%	2,5	4,5	5,1	5,6	6,7	8,3	11,3	5,5	5,1	7,3
Totale	n°	8863	3744	4179	4728	5414	5332	1914	34174	27062	7112
	%	25,9	11,0	12,2	13,8	15,8	15,6	5,6	100,0	79,2	20,8

* I° Semestre 1996 .

** TD-OMO = Tossicodipendenti - Omosessuali

Il 59,5 per cento

Dopo oltre un decennio, è ormai giunto il momento per una gestione della tematica Hiv che esca da una logica puramente emergenziale per diventare pratica di lavoro, progettualità attenta, consapevole quotidianità. Molte realtà si muovono ormai da tempo in questa prospettiva, ma forse occorre che ciò diventi un impegno generalizzato e costante a tutti i livelli (legislativo, culturale, sociale).

I dati del primo semestre '96 sulla sieropositività in Italia ci danno una percentuale del 59,5 % di soggetti tossicodipendenti (1.140 su 1.914), che pur in diminuzione rimangono la prima "categoria" interessata dal fenomeno; considerando invece l'incidenza complessiva tra il 1982 e il 1990, i tossicodipendenti malati di Aids raggiungono il 63 %. Le regioni più colpite sono, nell'ordine, la Lombardia, il Lazio, la Liguria, l'Emilia Romagna, e la Sardegna che presenta un picco drammatico nella zona metropolitana di Cagliari. La Lombardia (10.803 casi al 30 giugno 1996) registra non solo il numero cumulativo più elevato di casi, ma anche il tasso di incidenza di Aids più alto per regione, rapportato al numero degli abitanti (20,1 x 100.000 abitanti)

Dai dati della tabella precedente emerge inoltre che l'epidemia si sta sempre più espandendo tra gli eterosessuali (secondo i dati forniti dal Centro Operativo Aids, essi sono 4.383, con un aumento del 12,4%), specialmente donne (che nella quasi totalità - 84% - si sono infettate a causa di un partner tossicodipendente o sieropositivo noto), e tra i giovani.

Una prevenzione ragionata dovrebbe quindi rivolgersi a queste tre categorie, in particolare ai giovani che prima risultavano essere soprattutto tossicodipendenti ed invece oggi non più. Si prevede infine

un aumento trimestrale di circa 1.600 casi di Aids conclamata e quindi, che il bisogno assistenziale sia destinato a crescere.

2. Per un intervento sull'uomo, non solo sul malato

Di fronte a questa realtà appare necessario attivare una strategia che lavori sulla tematica Hiv in modo organico e generalizzato, agendo soprattutto sui meccanismi culturali, sociali innescati dalla comparsa di questa malattia, nonché sui comportamenti a rischio nelle fasce maggiormente esposte (giovani, tossicodipendenti, prostituzione, ecc.). Tre le direttrici obbligate di questa azione: la prevenzione; l'ascolto e la consulenza, l'assistenza. Questi, a nostro avviso, i punti maggiormente critici:

1. la necessità di una prevenzione che sappia costruire una cultura attenta ai rischi derivanti da determinati atteggiamenti; una prevenzione che sia fatta nei luoghi e con i gruppi più a rischio, con le metodologie più volte menzionate in questo testo, e non solo con la gestione di grandi campagne di dubbia efficacia.

2. Un ascolto e una consulenza che si muovano sui territori oltre la semplice attivazione di "linee verdi" (talvolta sotto utilizzate), e che siano capaci di fornire *counselling*, orientamento, accompagnamento, gruppi di auto-aiuto ecc.

3. Il potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle case alloggio per i malati di Aids, come politiche stabili generalizzate sul territorio e non, come attualmente, solo a macchia di leopardo, per fornire un valido supporto all'ambito familiare del malato e

garantire il dovuto collegamento con gli enti ospedalieri.

4. Il binomio Aids e carcere è l'esempio eclatante di una incapacità di gestire tematiche gravi che rischiano di diventare esplosive in luoghi già problematici; abbiamo già esaminato le difficoltà che impediscono di rendere davvero incompatibile la detenzione per chi è malato: ribadendo che occorre elevare la soglia di questa incompatibilità, riproponiamo anche l'esigenza di mettere a disposizione di questi soggetti strutture alternative alla custodia cautelare nei normali penitenziari. Del resto, la stessa sentenza di modifica della legge 222 dice che "la struttura carceraria deve tutelare la salute del detenuto malato e di tutti gli altri detenuti", e sappiamo come questo sia largamente disatteso nei nostri istituti di pena. Sulla creazione delle alternative è importante che continui anche lo sforzo del privato sociale, anche per invertire quella tendenza alla paura e all'intolleranza verso i portatori del virus che hanno facilitato le citate modifiche restrittive alla 222.

5. Rispetto alle terapie e alla ricerca, va tutelata costantemente la corretta informazione sui farmaci normalmente utilizzati, ma va garantita la chiarezza scientifica sulle terapie alternative o complementari che sembrano essere almeno parzialmente efficaci. Inoltre, dopo un adeguato periodo sperimentale vanno messi a disposizione in tempi brevi tutti i farmaci man mano scoperti (ad esempio, i recenti inibitori delle proteasi) superando le eccessive lentezze burocratiche che talvolta caratterizzano il nostro Paese.

Indice

5 Presentazione

Capitolo I

Nuove risposte per un disagio che cambia

- 9 1. Premessa - La complessità come presupposto
- 10 *Il ripensamento del modello "Comunità-centrico"*
- 13 2. Le basi della proposta del C.N.C.A.
- 13 *Tre grandi cambiamenti*
- 15 *Un nuovo legame col territorio,*
contro i rischi della delega
- 17 *Il futuro nell'integrazione*

Capitolo II - Le sfide della droga oggi

- 19 1. Usi e consumi
- 19 *Eroina in calo*
- 20 *Età diverse, persone diverse*
- 21 *Dalla "piazza" alla "compatibilità"*
- 22 *L'Hiv e le due "filosofie"*
- 22 *Droghe "nuove" e droghe "leggere"*
- 24 2. Le occasioni di una sfida

Capitolo III - Le leggi (e come vengono applicate)

- 29 1. La raccolta dei dati
- 31 2. La lotta al traffico
- 34 *Le cifre sui sequestri*
- 35 3. Oltre il referendum
- 36 4. La "risposta" del carcere
- 39 *Fuori!*
- 40 5. Il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga
- 43 6. L'Atto di Intesa Stato-Regioni
- 44 *Nelle regioni: a ciascuno il suo*
- 44 *Il ruolo dei Ser.T.*
- 45 *Il partenariato e l'accredito delle strutture*
- 46 *Il nodo delle professionalità*
- 48 *Non solo residenzialità*

Capitolo IV

I servizi pubblici per le tossicodipendenze

- 51 1. L'utenza cresce veloce, il personale meno
- 53 *Organici in "transito", filosofie variegate*
- 55 *Gli utenti e le loro domande*
- 56 2. Un'ipotesi di riorganizzazione:
- 60 3. La somministrazione dei farmaci sostitutivi

Capitolo V - Le Comunità terapeutiche

- 65 1. Il successo di un modello rassicurante
- 66 2. Le cause di una crisi
- 68 3. Per aprire una nuova storia
- 69 *L'Authority*
- 71 4. Tra professionalità e condivisione

Capitolo VI - Riduzione del danno

- 75 1. Una strategia pragmatica
- 76 *Gli obiettivi*
- 77 *Gli strumenti*
- 78 2. La "cura della vita"

Capitolo VII - Nuove sostanze, nuovi consumatori

- 81 1. Quei giovani mostri che non si fanno aiutare
- 83 2. Perché e come si consumano
- 84 3. Chi sono i consumatori
- 86 4. I pericoli
- 87 5. Come intervenire

Capitolo VIII - Droghe leggere: oltre le ideologie

- 91 1. I dati e le tipologie
- 91 *Chi "fuma"*
- 92 2. I nodi critici
- 94 3. La questione della *escalation* all'eroina
- 95 4. Contro il "diritto a drogarsi"
- 96 5. Gli interventi legislativi
- 97 *I rischi*

Capitolo IX - Tossicodipendenza e Aids

- 99 1. Come ci ha cambiato il rapporto col virus
- 102 *Il 59,5 per cento*
- 103 2. Per un intervento sull'uomo, non sul malato