

I MODELLI CULTURALI DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA (CULTURAL MODELS OF DRUG ADDICTION IN ITALY)

Un'analisi del contenuto della III Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze, Genova, 28 - 30 novembre 2000

Mario D'Andreta

In questo articolo vengono descritti i temi affrontati nel corso della terza conferenza nazionale sulle tossicodipendenze tenutasi a Genova tra il 28 ed il 30 novembre del 2000 ed i modelli culturali sulle tossicodipendenze emersi dall'analisi del contenuto¹ degli interventi dei partecipanti alla conferenza.

I temi del Convegno

Nel corso della conferenza sono stati affrontati i seguenti temi:

1. La decarcerizzazione e le modalità concrete di una sua applicazione rispetto a norme già esistenti ma inapplicate, attraverso le Comunità ed interventi anche non residenziali nei Servizi, con i relativi problemi inerenti alle risorse finanziarie necessarie, come ribadito dal ministro Fassino;
2. La valutazione degli interventi attuati e dei modelli di riferimento, rispetto all'affermarsi in Italia di un orientamento culturale alla qualità, alla riorganizzazione gestionale dei servizi territoriali per le tossicodipendenze, alla medicina fondata sull'evidenza;
3. La libertà e l'autonomia di scelta del "paziente-utente-cittadino", anche qui in rapporto al diffondersi di una nuova cultura del rapporto medico-paziente, in cui quest'ultimo acquista sempre più potere di negoziazione rispetto alla gestione della propria "cura";
4. I nuovi fenomeni di abuso rispetto a soggetti e oggetti (nuove sostanze, nuove modalità di assunzione ritualizzate, nuove finalità e contesti) e la rinnovata esigenza di conoscenza dell'universo giovanile, pur sempre relegato entro la dimensione riduttiva del disagio adolescenziale;

¹ L'analisi è stata condotta in base alla metodologia dell'analisi della domanda di Carli (1987, 1992, 1995) sui testi degli interventi presenti sul sito Psychiatry on line Italia, alla sezione dedicata alla Conferenza di Genova (<http://www.psychiatryonline.it/node/2153>)

5. La necessità di coordinamento a livello nazionale ed europeo sulle strategie di lotta alla droga, con una dettagliata descrizione delle realtà ed orientamenti Europei, rapportati a quelli Italiani e confrontati in base alla diversa attenzione prestata alle sostanze (prevalente orientamento in ambito europeo) o alla qualità delle relazioni e degli stili di vita (punto di vista italiano);
6. Il problema di una concreta realizzazione di quel modello di integrazione a rete tra le diverse strutture territoriali, previsto dalle leggi (ultima la legge quadro sui servizi sociali alla persona), ma contrastato da modelli culturali organizzativi dei servizi fortemente settorializzati. L'integrazione a rete prevede un'organizzazione orizzontale e verticale tra pubblico e terzo settore, e tra enti locali, Regioni, Province, Comuni, con un ruolo eminentemente organizzativo e di finanziamento del pubblico e operativo, in termini di dispiegamento di risorse umane del Privato sociale; anche qui con grossi problemi legati al budget dei servizi e alla logica finora dominante, rivolta all'utilizzo del terzo settore e del volontariato anche come strategia per abbattere i costi;
7. La questione della comorbidità e del rapporto tra servizi per le tossicodipendenze e di psichiatria rispetto ai bisogni complessi dell'"utenza", che riguarda più in generale i modelli di lettura del fenomeno, ed in un certo senso il tentativo di una disciplina, quella Psichiatrica, (intesa come tecnica specifica di intervento) attualmente in crisi, di riappropriarsi di un ambito di competenza, in realtà però, di difficile gestione;
8. La necessità di un approccio adeguato ai problemi dell'alcolismo e del tabagismo e relativi momenti di conoscenza dei fenomeni e dei modi di affrontarli;
9. La specificità degli interventi rivolti alle madri tossicodipendenti ed ai propri figli in un'ottica di sostegno alla genitorialità;
10. I problemi di una corretta applicazione dell'art.75 della legge 309 del 1990, per le sanzioni amministrative e l'utilizzo dei colloqui come aggancio con i ragazzi per proporre loro percorsi di consapevolezza rispetto al problema, anche in rapporto alla sottovalutazione delle nuove droghe e quindi al non pensarsi tossicodipendenti, in quanto diversi dagli "eroinomani";
11. Il punto della situazione sulla funzionalità dei C.I.C. all'interno delle scuole;
12. La valutazione degli interventi basati sull'utilizzo di metadone in termini però di efficienza "tecnica" e non di qualità della vita dei tossicodipendenti, con un raffronto con la letteratura europea e internazionale sul tema;

13. La politica della riduzione del danno, che ha dato adito ad un forte scontro tra posizioni opposte, sottolineando il cambiamento culturale di approccio al fenomeno che propone come obiettivo non più "l'uscita dalla tossicodipendenza", il raggiungimento dello stato "drug free", ma la possibilità invece, di poter operare in un'ottica generale di promozione della salute e di consapevolezza del tossicodipendente, anche in una condizione di dipendenza. In tal modo si propone anche una riflessione sul senso generale del concetto di recupero;
14. I problemi connessi con strategie di promozione di inserimento lavorativo per i tossicodipendenti e non solo per gli ex-tossicodipendenti, attraverso tirocini formativi, agevolazioni all'imprenditorialità, inserimenti in percorsi protetti, che però non creino una sorta di discriminazione al contrario;
15. La necessità di studiare i nuovi fenomeni di dipendenza per trovare nuovi modelli di lettura ed intervento adeguati alle loro specificità, attraverso la formazione degli operatori e la riorganizzazione di servizi territoriali per le tossicodipendenze, pensati ed organizzati per la tossicodipendenza da eroina;
16. Le nuove forme di dipendenza come il gioco d'azzardo e le altre dipendenze legate a comportamenti compulsivi, portando l'attenzione sull'aspetto centrale della dipendenza affettiva rispetto alle sostanze di abuso e ad una dipendenza prettamente fisica;

Inoltre sono stati presentati i risultati di diversi interventi nelle specifiche realtà italiane orientati a un adeguamento alle nuove forme di abuso ed i risultati di uno studio sulle modalità con cui si parla di tossicodipendenza, attraverso un esame di quotidiani italiani nazionali e locali, con un target specifico rappresentato dai genitori dei ragazzi, lettori e in particolari occasioni elettori. Quest'ultimo studio ha evidenziato in primo luogo il ruolo dei giovani come oggetto di comunicazione e non soggetto. Tutti parlano dei giovani, gente comune, esperti a vario titolo, fuorché i giovani stessi.

[I modelli culturali sulle tossicodipendenze](#)

Dall'analisi del contenuto degli interventi dei partecipanti alla conferenza sono emersi tre modelli culturali principali che rappresentano il pensare ed il sentire comune rispetto a questo tema. I primi due sono più evidenti e storicizzati, il terzo risulta più

innovativo e ricco di possibili sviluppi funzionali a una riorganizzazione dei modelli di intervento.

1. La cultura dei ser.T, o del "Pubblico", che tende in generale a medicalizzare il fenomeno della tossicodipendenza, proponendo l'idea del tossicodipendente come un malato da "curare e restituire guarito alla società" (per riprendere le parole del ministro Veronesi). Esso richiama a più riprese la validità della terapia metadonica, con riferimento a numerose ricerche in campo internazionale, anche rispetto al criterio costi/efficacia. Nell'ambito di questo modello culturale emerge una proposta antiproibizionista, che tende a distinguere tra droghe pesanti e droghe leggere, sulla base di criteri quali la ridotta mortalità correlate all'utilizzo di queste ultime e a stroncare definitivamente il pregiudizio circa il ruolo di "ponte" delle droghe leggere rispetto a quelle pesanti. Manca però un adeguato riferimento al tema più generale della qualità di vita del tossicodipendente, cosa che ha suscitato numerose polemiche, per prima da parte della ministra Turco. In generale quest'area presenta una forte connotazione tecnica (la tecnica medica), all'interno della quale si definiscono, più che obiettivi, esiti attesi, autoriferiti alla tecnica stessa: la "guarigione" del "paziente";
2. La cultura delle Comunità, a forte connotazione di tipo religioso, che polemizza con la medicalizzazione, puntando tutto sul "recupero" del senso della vita, dello sviluppo di un progetto di vita autodeterminato dal tossicodipendente attraverso trattamenti psicosociali e riabilitativi a lungo termine e non sul ricorso ad "altre droghe" (i farmaci sostitutivi). Anche questo modello risulta fortemente autoreferenziale, in quanto legato a risultati attesi dei "trattamenti", riferiti ai valori propri di questa cultura e quindi risultante privo di veri obiettivi, condivisibili e verificabili nei loro esiti. Entro questo modello culturale emerge una forte critica alla scelta "politica" dell'Italia per la riduzione del danno ed il metadone, che secondo questa prospettiva tenderebbero solo a cronicizzare il problema. Da questo ambito provengono anche forti rivendicazioni di autonomia e pari dignità tra "pubblico" e "privato sociale", sulla base di quanto emerso dalla precedente Conferenza sulle tossicodipendenze di Napoli, ed una spinta verso la piena attuazione delle norme sulla decarcerizzazione e le misure alternative, che si traducono di fatto in quella che viene definita (nei commenti del sito ufficiale) "la carcerizzazione privata nelle comunità". La connotazione

specifica di quest'area sembra essere più di tipo "Ideologico", rispetto a valori specifici cui sono improntati scopi e finalità degli interventi del settore, lasciando nel vago la definizione operativa di quella "piena libertà di scelta dei tossicodipendenti" cui tanto si ambisce;

3. Un modello culturale differente emerge dalla sessione di lavoro sull'etica dei trattamenti e della prevenzione, espressione di interessanti linee di sviluppo per l'azione futura. In questo caso viene sottolineato come spesso il tossicodipendente venga presentato come persona capace di intendere ma non di volere, quasi a giustificare forme talvolta dannose di trattamento obbligatorio, mentre invece sia portatore di una visione chiara di sé e della sua situazione e di una richiesta di intervento, spesso in contrasto con le idee dell'operatore su diagnosi e trattamento; operatore che poi si trova di fronte all'alternativa di considerare queste richieste non utili e quindi eluderle, oppure di limitarsi ad eseguirle automaticamente². Inoltre si sottolinea che "gli operatori non devono e non possono sentirsi investiti della missione di cambiare la vita, le abitudini, le convinzioni, le scelte", di quelli che comunque vengono sempre considerati "pazienti" di trattamenti socio-sanitari³ e si punta su una relazione terapeutica che sia biunivoca, in cui il tossicodipendente abbia voce in capitolo, libertà di scelta, in cui si tenga conto delle sue richieste esplicite e implicite, senza però giungere a mettere compiutamente in discussione il modello medico fondante la rappresentazione alla base della relazione tra "utente" e "servizio". Nell'ambito di questo terzo modello culturale si comincia ad intravedere comunque un riferimento ad una dimensione di committenza sociale più diffusa di recupero dei tossicodipendenti, considerando l'influenza che questo può avere sul loro specifico sistema sociale e cominciando quindi a prefigurare un possibile percorso di superamento della ristretta logica del "paziente/utente" dell'intervento terapeutico. Metodologicamente l'etica viene vista come una scelta che comprende nella fase di programmazione degli interventi espliciti obiettivi, metodi e teorie di riferimento chiari ed indicatori di

² In questo spazio in particolare potrebbe essere utile promuovere il ricorso a specifiche competenze psicologico-cliniche con un lavoro di analisi della richiesta e negoziazione degli obiettivi nell'interazione tra "utenti" ed erogatori dei servizi di prevenzione e recupero.

³ Con forti conseguenze operative sul piano della rappresentazione della relazione tra "utente" ed operatore dei servizi e delle dinamiche di potere che si giovano entro la relazione che si instaura tra loro (si veda al proposito Carli, Paniccia, Lancia, 1998)

esito e di processo. Il tutto all'interno di un approccio basato sull'evidenza delle pratiche. In particolare quindi, questo terzo modello culturale sulle tossicodipendenze sembra richiamare dei possibili percorsi di sviluppo della metodologia di approccio ai problemi della tossicodipendenza secondo criteri di maggiore utilità per i tossicodipendenti e non solo di efficacia di tecniche predefinite o ideologicamente precostituite.

Considerazioni conclusive

In generale resta dominante un approccio di tipo individualistico al problema, o meglio, si parla di tossicodipendenza, ma poi quando si pensano modelli di intervento, si resta legati all'intervento sui "ragazzi", individualmente o in gruppo, ma un gruppo inteso come sostegno per un lavoro che è comunque sull'individuo singolo, sul suo stile di vita, sul suo modo di vedersi, etc., etc., fino a mettere in gioco la "mentalità" etc., etc. Trattando delle nuove forme di abuso, dei nuovi comportamenti trasgressivi dei giovani, si mettono in gioco modelli condivisi di vita, di idee, subculture, ma poi non si usano queste risorse per pensare modelli di contrasto che incidano proprio sui modi del condividere, emozionalmente, contesti comuni. Come dire, c'è un gap tra i modi di leggere i fenomeni ed i modelli di intervento; come se si trattasse di due momenti chiaramente separati, come se si parlasse di una diagnosi e poi, scissa dalla prima, di una "cura", perdendo il focus sul momento relazionale in cui si costruisce il rapporto di conoscenza del fenomeno, come momento di intervento. Un'altra considerazione riguarda i destinatari degli interventi: esclusivamente i "ragazzi" ed i loro genitori, da sostenere nella "ferita narcisistica" di ritrovarsi un figlio tossicodipendente. Non c'è attenzione alla definizione dei momenti istituenti e organizzativi degli interventi, di individuazione dei "clienti" e delle loro specificità, di cosa possono richiedere effettivamente i "ragazzi", ad esempio in una fase di prevenzione del fenomeno, e come ridisegnare i Servizi in tal senso. Non c'è attenzione in tutto il dibattito sulla riorganizzazione dei Servizi sui modi in cui gli operatori si vivono nei "Servizi" e dei modi in cui si propongono all'"utenza", e più in generale sulle rappresentazioni sociali giocate intorno ai Servizi. C'è una sorta di comportamentismo operativo, di tecnicismo incapace di esplorare nuovi spazi categoriali di analisi, in rapporto ad inevitabili momenti di stasi e di "confusione categoriale". Uno spunto interessante viene dalla sottolineatura del mancato ruolo di soggetto dei giovani nei discorsi sulle tossicodipendenze, puntando proprio ad

esplorare in chiave di modelli condivisi emozionalmente i codici linguistici strutturanti il fare gruppo, le cosiddette "subculture"; così come pure risulta interessante la pista tracciata dalla cultura della verifica e della qualità, anche se contraddittoria rispetto ai principi di riferimento.

Bibliografia

Carli R. (1995). Il rapporto Individuo/Contesto. *Psicologia Clinica*, 1 (1), 5-20.

Carli R. (1987). L'analisi della domanda, in "Rivista di psicologia Clinica", 1, 1, pp. 38-53.

Carli R. (1992). L'analisi della domanda nell'intervento psico-sociale, in "Il giornale degli psicologi", 1, pp. 13-20.

Carli, R., Paniccia, R. M., Lancia, F. (1998), *Il gruppo in psicologia clinica*, Carocci Editore, Roma.

Speciale Genova 2000, Psychiatry on line Italia (disponibile alla pagina web: <http://www.psychiatryonline.it/node/2153>)