

STUDIO SOCIO ANTROPOLOGICO PER I PROBLEMI EMERGENTI

SEZ. I. DROGA
L'Aquila

SEMINARI INTERDISCIPLINARI E INTERNAZIONALI

DROGA ANNI OTTANTA

a cura di

Giuseppe De Gennaro e Fabrizio de Matteis
dell'Università dell'Aquila



L'AQUILA 1983

STUDIO SOCIO ANTROPOLOGICO PER I PROBLEMI EMERGENTI

SEZ. I. DROGA

L'Aquila

SEMINARI INTERDISCIPLINARI E INTERNAZIONALI

DROGA

ANNI OTTANTA

a cura di

Giuseppe De Gennaro e Fabrizio de Matteis
dell'Università dell'Aquila

L'AQUILA 1983

E TOSSICOMANIE GIOVANILI: PROBLEMI DI DIAGNOSI, TERAPIA, RIABILITAZIONE

MASSIMO BARRA*

Ho lavorato nel primo centro antidroga che è stato costituito a Roma, è il «Centro antidroga di via Merulana».

La tossicomania di cui parliamo è la tossicomania giovanile che, mi sembra, debba essere considerata una malattia nuova e, come tale, ancora poco conosciuta, diversa dalla tossicomania classica, quella che abbiamo imparato sui libri. Il tossicomane classico era il vecchio cocainomane, l'artista, il letterato, il medico che si autoprescriveva le ricette di morfina, il consumatore di certe aree caratteristiche del mondo, il consumatore di foglie di coca, il fumatore di oppio. Questa tossicomania esiste ancora ed è rimasta più o meno inalterata.

Quella a cui noi assistiamo oggi è, però, una tossicomania diversa, tanto che io mi permetto di chiamarla una malattia nuova, ed è la «tossicomania giovanile». Questa malattia è nuova per un criterio epidemiologico e per un criterio clinico.

Il criterio epidemiologico è perché limitata e diffusa nel mondo giovanile. Nel '74, facendo il grafico sulla massima incidenza del fenomeno rispetto all'età, abbiamo visto che la curva aveva il suo picco tra i 18 e i 25 anni; se facciamo oggi il grafico vediamo che il massimo resta sempre sui 18-25 anni. Alcuni anni fa si poteva pensare che la curva venisse fuori in questo modo perché il fenomeno era recente e quindi bisognasse aspettare del tempo per far crescere la popolazione tossicomane per cui, in funzione del tempo, si sarebbe avuto uno spostamento a destra della curva. Questo spostamento non si è verificato e la curva ricalca più o meno l'andamento di alcuni anni fa. Questo vuol dire che a 30 anni i tossicomani di questa malattia sono pochi.

A questo punto introduco quella che definisco la legge del 33%, per cui dopo 10 anni, in media, un terzo dei tossicomani è morto, un terzo ha già superato la dipendenza e un terzo persiste sulla sua dipendenza da droga illegale ovvero ha trovato un compromesso tra la sua esigenza e quelle dell'ambiente e, pur restando dipendente, dipende da droghe legali, da cocktail di alcool e psicofarmaci e, in ogni caso, vive sempre una vita infelice ai margini della società.

Quindi, la tossicomania giovanile per un criterio epidemiologico si distingue dalla tossicomania classica, perché limitata alla fascia di età con massima incidenza del fenomeno dai 18 ai 25 anni, ed anche per un criterio clinico, in quanto queste grosse sindromi di astinenza, che venivano raccontate sui libri, in realtà noi non le vediamo. Con questo non vogliamo sottovalutare la sindrome di astinenza nella sua dolorosità come sindrome che va adeguatamente riconosciuta e curata; il non farlo sarebbe una violenza verso il tossicomane. Peraltro, essendo l'eroina da strada un'eroina tagliata, le quantità che vengono introdotte, sempre come fatto di probabilità, non sono così elevate, quindi anche l'entità della dipendenza fisica non è così rilevante come le tossicomanie che si leggono sui libri.

Per questi due criteri noi chiamiamo la tossicomania giovanile una malattia nuova.

Credo che l'errore che facciamo sempre è quello di considerare la tossicomania come una realtà oggettiva anziché considerare il tossicomane; come non esiste la malattia ma esistono i malati, così non esiste la tossicomania ma esistono i tossicomani, ognuno diverso dall'altro, e, quindi, da curare ognuno secondo com'è la sua patologia in quel momento, che è diversa dalla patologia del suo amico, ed è diversa dalla sua patologia in funzione del tempo che passa.

Per arrivare a questo risultato del 33%, a distanza di 10 anni, evidentemente, il tossicomane va incontro a tutta una serie di modificazioni della sua patologia, delle quali dobbiamo tener conto. Se noi non consideriamo che questo rapporto con la droga è un rapporto che tende ad evolvere ed a modificarsi in funzione del tempo, evidentemente saremmo tentati di curare tutti allo stesso modo e faremmo un grosso errore. Direi che il livello medio di discussione attuale sui trattamenti dei tossicomani è un livello abbastanza di retroguardia; infatti siamo ancora alla ricerca della panacea, della situazione miracolistica, valida per tutti, anche perché siamo invasi da stregoni, santi, ecc., ognuno con in tasca la sua ricetta che vale per tutti, ognuno con la sua percentuale di riuscita.

Colui che dà le percentuali di riuscita, le dà per se stesso, non certo per il tossicomane. Una percentuale, per essere seria, deve avere dei criteri oggettivi, ed io mi domando quale può essere il criterio oggettivo, in quanto, dopo tanti anni che mi occupo di tossicomania, il concetto di guarigione mi diventa sempre più labile. Cosa vuol dire guarito? che non si buca più? E per quanto tempo non si deve bucare più? Io ho avuto ragazzi che non si sono bucati per quattro anni e dopo si sono ribucati: erano guariti o non erano guariti? Ho avuto ragazzi che, finché si bucavano, mantenevano un certo equilibrio, appena non si sono bucati più si sono dissociati; chi non si buca più e manifesta una patologia dissociativa, è guarito o non è guarito? Nel calcolo percentuale dove vanno questi casi, tra i successi o gli insuccessi?

Un altro ragazzo, invece, con il tempo è arrivato a superare in un certo modo la dipendenza, quanto meno a gestirla e si buca una volta al mese, però fa una vita più o meno inserita, più o meno normale e si sente bene nella sua pelle; questo che si buca è guarito o non è guarito?

Perciò in realtà tra il bianco e il nero esiste il grigio ed esistono tante sfumature di grigio.

Quindi per essere seri e per dare le statistiche, bisogna prima decidere quali sono i parametri. In realtà, la statistica viene data da un'opinione pubblica che è assetata della panacea, che vuole il miracolo, la ricetta valida per tutti in qualunque circostanza; per cui quanto più la statistica sarà buona, tanto più si avranno simpatie, tanto più si avranno finanziamenti e tanto più si potrà continuare ad operare. Questo però crea confusione, oggettivamente, negli strati dell'opinione pubblica, perché la statistica si può fare in molti modi. Per esempio, se prendo 100 ragazzi, seleziono i 10 motivati, sottopongo questi ultimi ad un programma, 8 arrivano alla fine di esso e di questi 6 hanno superato la dipendenza, io posso parlare del 60% perché sono 6 su 10, posso anche dire che è il 6%, tutto dipende dall'angolo in cui io mi metto per dare la statistica. Quindi, io non darò mai statistiche sul guarito, anche perché, ripeto, il sentirsi bene nella propria pelle non è soggetto a quantificazione. Se seleziono il 10% motivato, l'altro 90% che non lo è sta meglio o sta peggio?

Noi siamo sempre alla disperata ricerca del soggetto motivato, quello che vuole smettere: egli viene accettato, qualificato, stimolato, bene accolto; e il non motivato?

Se il motivato è malato, il non motivato, cioè quello che non vuole smettere, sarà malato due volte. Quindi se facciamo una strategia di terapia, va bene farla per quello che vuole smettere, ma ancora più doveroso è trovare una terapia per quello che non vuole farlo. Infatti colui che non vuole smettere, esce dal centro e va inevitabilmente a delinquere, allora è inutile disperarsi se abbiamo un aumento della criminalità. Quello che non è motivato a smettere, in quanto tale è più malato di quello che è motivato, eppure lo mandiamo via. D'altra parte è intuitivo che la terapia valida per un motivato, non sarà altrettanto valida per un non motivato. Questo è un ulteriore motivo per considerare tutto relativo, infatti in tema di terapia della tossicomania dobbiamo prepararci ad avere un ventaglio di interventi in cui sia contemplato tutto e il contrario di tutto, per cui deve essere utilizzato il mezzo giusto per la persona giusta dopo aver fatto una diagnosi.

A volte ci troviamo di fronte un tossicomane, cioè uno che non può sopravvivere senza bucarsi e per il quale è inutile proporgli la disintossicazione perché sarebbe negare la sua

malattia, in quanto la sua malattia non è bucarsi, ma non poter sopravvivere senza bucarsi, il che è un concetto diverso.

A volte ci troviamo di fronte un tossicofilo o un assuntore occasionale o ricreativo, ovvero un coatto, uno che si droga per rubare, anziché rubare per drogarsi, che è un concetto completamente diverso.

Se noi non poniamo la diagnosi all'inizio non sappiamo quale deve essere il nostro intervento terapeutico. Ogni tossicomane è diverso da se stesso in funzione del tempo che passa, perché il suo rapporto con la droga cambia attraverso gli anni e attraverso il tempo.

Io individuo schematicamente tre fasi del rapporto con la droga: 1° buco di eroina: senso assoluto di totale benessere, di onnipotenza, tanto più io ero depresso, avvilito, contavo poco, emarginato, considerato poco, mi consideravo poco, tanto più, dopo essermi bucato, divento onnipotente, riacquisto la mia circolarità, la mia perfezione, sono un Dio, sono maschio e femmina contemporaneamente non ho bisogno del partner, sono esaustivo, amo la droga di un amore folle, soprannaturale, sono, come si dice, in «luna di miele» con la droga, vedo della droga gli aspetti positivi, non c'è nessuna cosa al mondo per cui io smetterei di drogarmi, è tutto per me, perché dovrei smettere di drogarmi se la droga mi dà solamente degli effetti positivi? Passa il tempo e questa onnipotenza iniziale è destinata a diventare un ricordo sempre più lontano. Dopo i primi 10, 15, 20 buchi, la mia vita non sarà altro che un ricordo di quel mio paradiso perduto e, come dopo il peccato originale Adamo ed Eva vengono allontanati dal paradiso terrestre, così il tossicomane che ha peccato, perché ha voluto conquistare il benessere che non era consentito al genere umano, viene cacciato dal paradiso terrestre ed è destinato a pagare per tutta la vita o per un certo numero di anni questa colpa iniziale.

Quindi il buco serve a ritrovare la normalità e non più l'onnipotenza, ci si buca per stare normale; o non male, se non lo si fa, si sta male e quindi questo sentimento di amore folle si stempera in un sentimento ambivalente.

Sono passati degli anni, non ho più aspetti positivi ma sono sorti anche gli aspetti negativi, la dipendenza fisica, la dipendenza dagli altri, dal mondo che è cattivo, aggressivo, che è violento, che non mi perdona questo peccato iniziale, questo essere stato io onnipotente. L'amore folle della luna di miele è diventato un sentimento ambivalente di amore-odio, io amo l'eroina perché mi ha dato tutto, la odio perché mi ha vincolato, mi ha tolto tutto.

Passano altri anni, questo sentimento ambivalente diventa un sentimento di odio franco e, dopo 10 anni di tossicomania, non esiste tossicomane che non maledica l'eroina, che non maledica il momento iniziale e addirittura che non assuma molte volte un atteggiamento protettivo nei confronti dei più giovani, atteggiamento che può essere sfruttato dal punto di vista terapeutico.

Nel corso di 10 anni sono passato attraverso 3 fasi: la fase della luna di miele, la fase dell'ambivalenza, la fase dell'odio franco per l'eroina; è evidente che, se vogliamo trattare il tossicomane, dobbiamo considerare se stiamo nella 1° 2° o 3° fase.

In quest'ultima troveremo certe facilitazioni, anzi è più probabile che superi la dipendenza, contrariamente a ciò che pensa la gente, un vecchio tossicomane, che ha 10 anni di tossicomania sulle spalle, piuttosto che un giovane tossicomane, un ragazzino che sta ancora in contemplazione del suo oggetto da adorare, della sua roba, e che sta in luna di miele con la droga.

Quindi, se è vero che assistiamo a questo tipo di evoluzione, ci dobbiamo chiedere che cosa intendere per terapia perché, ridurre per tutti la terapia allo svezzamento, qualunque sia il soggetto che si ha di fronte, assuntore sporadico, ricreativo, tossicomane, coatto, e proporre per tutti un modello uguale, è un intervento estremamente ingenuo. Discutere poi se il superamento della dipendenza fisica, fatto estremamente banale che si può ottenere in tanti modi, si debba fare con il metadone o con il catapresan, con la contemplazione del Guru

Maraji o con la camomilla, con l'acido nicotinico endovena o con ricovero o terapia ambulatoriale, non è altro che un segno della nostra impotenza a risolvere la tossicomania nel suo insieme.

Ci si limita sempre a discutere del sintomo e, in quanto tale, lo rinforziamo, non sapendo, o forse inconsciamente sapendo, che in qualunque modo si superi la dipendenza fisica, non si è risolto niente. In realtà, il problema della tossicomania non consiste nella dipendenza fisica, ma in un concetto più complesso a cui, normalmente, diamo il termine di dipendenza psichica.

Peraltro, per gli oppiacei vorrei introdurre un livello intermedio tra dipendenza fisica e psichica, legato al problema dell'endorfina.

Si è visto che gli oppiacei, per agire, si devono legare a vari recettori presenti nell'organismo umano, nel sistema nervoso centrale; allora ci si è domandati per quale motivo l'organismo umano fosse già predisposto con dei recettori per gli oppiacei, considerato che questi sono sostanze esogene.

Poi si è pensato che, se l'organismo ha i suoi recettori per gli oppiacei, vuoi dire che produce qualche cosa che assomiglia a questi; e dal '75 ad oggi, è stato scoperto tutto un insieme di sostanze, che, grosso modo, chiamiamo appartenenti alla classe delle endorfine e delle enkefaline.

Questi oppioidi interni assomigliano, strutturalmente, nello spazio, alla morfina, ai derivati dell'oppio, a tutte le sostanze che danno dipendenza crociata con gli oppiacei. Per semplicità, li chiamerò generalmente endorfina.

Quando il soggetto assume la morfina dall'esterno, l'organismo, per un fenomeno di feed-back negativo, non produce più la sua morfina endogena, l'endorfina. Nel momento in cui egli non si buca più, si trova scoperto sia dalla morfina esogena sia dalla morfina endogena, per cui sta male perché il ruolo dell'endorfina è quello di permettere il benessere dell'organismo.

Se il soggetto è scoperto sia di morfina che di endorfina, viene meno il feed-back negativo e l'organismo comincia di nuovo a produrre endorfina. Infatti, in 3-4 giorni la sindrome di astinenza scompare e il soggetto torna apparentemente normale. Ma torna veramente normale?

Noi abbiamo la sensazione che il ragazzo, disintossicatosi, non ha più la goccia al naso, il mal di schiena, il mal di pancia, non ha più la diarrea, la midriasi, la pupilla lucida, l'abbondanza delle secrezioni, quindi apparentemente è normale. In realtà è un soggetto depresso cui sembra manchi qualcosa, è normale, però non riesce a produrre, ad inserirsi, è svogliato, o stanco, o affaticato. Se gli diamo qualunque terapia antidepressiva non otteniamo niente, gli diamo una goccia di oppiaceo, qualunque esso sia, dal più diluito che potrebbe essere il laudano, al più potente che potrebbe essere una goccia di metadone e il soggetto ritorna immediatamente normale.

Allora io mi domando: questa risintesi di endorfina è una risintesi al 100% o al 95%? Quel 95% è sufficiente a far superare i sintomi clamorosi della dipendenza fisica, ma non è sufficiente a far superare la dipendenza psichica e che io vi invito a considerare in parte, dipendente da fatti dinamici esterni, di rapporti interpersonali esterni al soggetto ed in parte una dipendenza fisica del sistema nervoso centrale, legato alla risintesi dell'endorfina. Per cui, per gli oppiacei, che sono una categoria diversa da tutte le altre droghe (non per niente l'eroina si chiama la regina delle droghe, la grande mamma di ogni tossicomane), vi invito ad ipotizzare un livello intermedio di dipendenza tra la dipendenza fisica e quella psichica, che è appunto la dipendenza psico-fisica legata al meccanismo della risintesi di endorfina.

Quindi la legge del 33% e il passaggio delle tre fasi è un fatto positivo per la terapia è, alla luce di queste due osservazioni, ci dobbiamo chiedere che cosa intendere per terapia.

Io definisco la terapia un lungo cammino da percorrere insieme, in cui, in realtà, non so

se viene prima la terapia o il reinserimento, che sono due facce dello stesso aspetto.

Vi propongo tre obiettivi:

I) evitare l'irreparabile, cioè che il ragazzo, da queste assunzioni di droga, abbia degli effetti di totale distruzione di se stesso e di morte; morte acuta per esempio, dipendente da una overdose, da un taglio alterato, da un suicidio, da una disperazione, da un incidente automobilistico, ovvero una morte derivante da una malattia cronica, instauratasi in funzione dell'assunzione di droga, classica la cirrosi epatica, post-epatitica. Si è visto che i ragazzi che sono curati muoiono di meno di quelli non curati, forse perché molto spesso la morte non è altro che una volontà inconscia di suicidio, che diventa sempre più angosciante e che lascia con l'acqua alla gola, in funzione e alla mercé degli altri.

Quante volte, di fronte ad un'overdose, mi sono chiesto se, in realtà, questa fosse un incidente o una voglia di farla finita e quante volte non ho trovato risposta.

II) L'obiettivo attiene al problema della felicità. Bisogna far fare al tossicomane una vita meno infelice di quella che farebbe, se fosse lasciato solo. Dice Olivenstein: «non ci sono drogati felici». La dipendenza dagli altri o dalle sostanze mi impedisce di fare una vita normale, felice, sono perennemente con l'acqua alla gola, perennemente angosciato, perennemente alla mercé degli altri, anche degli altri che ritengono di essere buoni con me perché mi danno il metadone. Questo fatto sviluppa in loro dei sensi di colpa che cercano di superare avendo degli atteggiamenti aggressivi nei miei confronti, facendomi pesare che mi danno il metadone, facendomi sentire un avanzo della società.

Quindi un intervento terapeutico adeguato permette al tossicodipendente di fare vita meno infelice.

III) Obiettivo della terapia: accelerare la riscoperta di alternative, intendendo per alternative tutto ciò che consente di vivere o di sopravvivere, indipendentemente dal ricorso alla droga. Un'alternativa potrebbe essere un interesse umano, un lavoro, un modo di realizzarsi.

Se aumenta la pressione delle alternative, diminuisce lo spazio della esaustività della droga. Se il rapporto con la droga all'inizio è tutto, man mano che si sviluppa l'alternativa, essa schiaccia questo rapporto.

L'esaudività della droga diminuisce fino ad un punto critico, in cui si può sopravvivere indipendentemente dal supporto euforizzante, antidepressivo, protettivo, ovattante, rassicurante che dà la roba.

E' chiaro che, se io ad un soggetto che può sopravvivere esclusivamente in questa ovattatura, gli levo l'ovatta, creo le condizioni migliori perché questo soccomba. Dopodiché la colpa sarà sempre sua, non certo dell'operatore narcisista che dirà: «io ci ho provato, ti ho disintossicato 10 volte e tu 10 volte ci sei ricaduto, si vede proprio che non apprezzi i miei sforzi, il mio amore».

Il soggetto si sente continuamente aggredito dalla famiglia, dagli operatori della struttura, e c'è solamente una cosa che gli permette di farlo felice, di sopravvivere, che gli permette di ritrovare la stima di se stesso, rifugiarsi nella grande mamma, quella che non gli dice mai di no, che è sempre presente. Vedete quanto sia complicato e quanto sia banale dire: «perché non smetti? perché non cambi amici?».

Queste sono le frasi che siamo abituati a dire e che poi diventano routine. Esse vengono vissute dal ragazzo, il quale ha una capacità di comprendere il non verbale, sicuramente superiore, direi a monte e a valle, dell'individuo cosiddetto normale. A monte perché, se non fosse stato un vibratile, non si sarebbe bucato, a valle perché l'eroina è pur sempre una sostanza che stimola i canali ascendenti del sistema nervoso centrale.

Per attuare questi tre obiettivi abbiamo una serie di mezzi farmacologici e di rapporto interpersonale, di terapia d'ambiente, terapia genericamente raggiungibile nel campo della psicoterapia. Vorrei che fosse chiaro che i diversi mezzi che abbiamo a disposizione, non

sono in contrasto tra di loro, quindi, discutere se il metadone è meglio di una comunità terapeutica è un non senso. Discutere quale sia il migliore dei due mezzi non omogenei vuoi dire fare una grandissima violenza al tossicomane, cioè considerare oggettivo il substrato su cui questi si devono scaricare.

In tanto io posso discutere di due mezzi non omogenei, in quanto suppongo che l'oggetto su cui questo mezzo si deve scatenare è costante e sempre uguale e che quindi tutti i tossicomani sono uguali. Ma ciò è falso.

E' evidente che il trattamento di un non motivato da quello di un motivato sarà differente e che il trattamento della sindrome di astinenza di una persona in procinto di diventare dipendente psicologicamente, da un altro fatto, per esempio di quello che si innamora del Guru Maraji, è molto più semplice che il superamento della dipendenza fisica in un altro.

Il soggetto non ha più nessun altro motivo per disintossicarsi, se non la pressione assillante dei familiari e dell'ambiente che molte volte è alla base della sua patologia.

Noi gli proponiamo: «Tu stai male perché ti droghi» e lui sa che si droga perché sta male, il che è un concetto diverso. Anche il discutere di metadone, senza dire se è un metadone per svezzare o per mantenere, che sono due concetti opposti, è un discutere di un qualcosa senza definire, senza definirlo, perché il concetto del mantenimento metadonico, che non è ancora molto popolare in Italia anche se è un intervento terapeutico assolutamente rispettabile, è completamente opposto al divezzamento metadonico.

D I B A T T I T O

Responsabile dei servizi per tossicodipendenze del Veneto.

Lei parlava delle endorfine, io trovo tuttavia che non è una semplificazione utilizzare questa categoria nel nostro procedimento, anche di attività terapeutica, oltre che divulgativa. Questo perché si innesta un concetto biologico che mi lascia alquanto perplesso e non credo che il superamento della propria dipendenza da oppiacei passi rigidamente attraverso questi canali.

In fondo se facciamo un parallelismo con altre situazioni psicologiche altamente inglobative negli adolescenti o nei giovani, per esempio di tipo religioso o di tipo politico, non credo che sia molto semplice, per queste persone, venirne fuori anche se non è morfina, e quindi diventa difficile utilizzare il concetto di endorfina.

La mia osservazione è che ogni cambiamento esistenziale molto profondo nella persona, che avvenga da eroina, da oppiacei o che avvenga da esperienze totalizzanti sul piano personale è sempre altamente difficile e tribolato, per cui non so quanto di fatto possano servire per i nostri discorsi.

Vorrei una precisazione sugli oppiacei che lei utilizza per i cosiddetti non motivati. In che termini relazionali lei si pone con queste persone che si presentano al suo centro?

Prof. BARRA

Per quanto riguarda l'endorfina ne ho parlato come elemento di meditazione ma non conosco bene l'argomento perché è abbastanza nuovo.

A me sembra che sia una strada che avrà abbastanza importanza e, con questo, non voglio sminuire o mettere l'endorfina in antitesi con tutti i fattori dinamici o esistenziali che intervengono; per altro, contrapporre troppo rigidamente il fisico allo psichico mi lascia

sempre estremamente perplesso. Quanti fatti estremi si ripercuotono fisicamente sull'organismo; basta pensare alla paura che ci porta ad una liberazione di mediatori chimici. Quante distonie neurovegetative dipendono da fattori esterni anche nel linguaggio popolare. Quindi che fattori esterni influenzano l'organismo, per il tramite di processi in cui esistono liberazioni di mediatori chimici, è un fatto abbastanza accettabile. D'altro canto, il tossicomane nella fase di dipendenza, non può sopravvivere, tanto è vero che, quando lo disintossichiamo, ricomincia subito a bucarsi.

Questo è un fatto costante e dipende dalla totale disattività della sua esperienza, oppure c'è qualcosa di più per affermano, è un'ipotesi, e mi sembra che il futuro è una strada, almeno a giudicare dai primi approcci, destinata ad essere estremamente rilevante.

Faccio un esempio banalissimo: prima della sindrome di astinenza un brevissimo sollievo è dato dalla somministrazione di Flectadol (2000-3000 mg.).

Si è visto recentemente che questo farmaco stimola la liberazione di endorfina. Quindi il risultato di analgesia, di benessere transitorio è indotto dal Flectadol mediato da una liberazione di endorfina.

D'altro canto analoghe esperienze sono state fatte con l'agopuntura che viene a riequilibrare una sindrome di astinenza parzialmente, e in maniera estremamente transitoria anche questa, sembra, tramite la liberazione di endorfina. Se noi facciamo un antagonista blocchiamo i recettori e l'agopuntura non ha più effetto.

Anche queste sono dimostrazioni che l'endorfina, in qualche modo ha la sua importanza.

Quindi è una strada che probabilmente in futuro sarà battuta, magari con risultati che potrebbero essere imprevedibili al momento.

Per quanto riguarda il non motivato, premetto che Villa Maraini è un centro che chiamiamo impropriamente Comunità Terapeutica: in realtà non lo è. Il centro è aperto solo 12 ore, dalle 9 di mattina alle 9 di sera, e un ragazzo lo ha definito «un ufficio informazioni per gente persa», che è una bella definizione, che rende molto bene l'idea. Esso è un posto ben marginato per coloro che si sentono male nella loro pelle, secondo un'espressione francese. Poi, se io sto male nella mia pelle perché mi buco o perché mi dissocio o semplicemente perché la mia patologia consiste nell'essere vagabondo, questo è un fatto secondario tanto è vero che gli emarginati hanno una loro vibrazione comune, si somigliano tutti, si aiutano l'uno con l'altro, hanno un certo tropismo verso un centro che è assolutamente informato, l'approccio è del tutto informale, partendo dal presupposto che anche raggiungere una istituzione terapeutica ufficiale costa un certo sforzo. Specialmente a Roma che è stata divisa rigidamente in 20 unità sanitarie, 20 circoscrizioni; ognuna ha la sua zona secondo quello che io chiamo «territorio selvaggio» e che Olivenstein chiama «il nuovo feudalesimo dell'igiene mentale», per cui chi abita in un certo posto è obbligato ad andare al suo centro, indipendentemente da qualunque concetto terapeutico.

L'approccio iniziale non avviene sulla base di un rapporto interpersonale, ma su quello, molto più squallido e burocratico, di un certificato di residenza, per cui, prima di sapere se il soggetto si può curare, si deve portare il certificato di residenza. Tutto questo comporta uno sforzo di adattamento che una persona «normale» accetta più o meno di buon grado, è come fare la fila alla SAUB o all'anagrafe, anche se non è gratificante per nessuno. Ma un tossicomane, specialmente quando più grave è la sua patologia, non accetta, specie se non è motivato.

Quindi, accanto alle istituzioni terapeutiche ufficiali così strutturate, abbiamo ritenuto di dover fare un centro a parte, sull'esempio di esperienze internazionali abbastanza conosciute in tutto il mondo.

Perciò l'approccio è assolutamente informale, il ragazzo arriva perché lo sa, perché glielo ha detto l'amico in piazza, e, quando arriva, non rimane necessariamente. Egli può aver bisogno di un servizio che può essere una visita medica, una flebo o un esame del sangue o

una patologia che nessuno avrebbe trovato perché dal medico non ci andava; una sifilide, una scabbia, tutto quello che può capitare molto frequentemente in un certo mondo. Poi può nascere un rapporto con uno o più operatori e allora l'obiettivo è convertirlo.

Però il ragazzo decide di smettere non perché questa sia la regola, ma perché ha un interesse, e allora cerchiamo insieme a lui qual'è questo interesse.

Evidentemente non abbiamo una ricetta miracolistica perché questa sostituirebbe una dipendenza con un'altra, e può andar bene per chi accetta una nuova dipendenza; ma per chi non la accetta? Ecco allora un processo più lento, a cui si cerca l'alternativa di tipo lavorativo protratto, perché anche il lavoro di per sé è una fonte di frustrazione, di ulteriore ansia, però un lavoro fatto insieme è un'altra cosa.

Io sostengo che il tossicomane, di per sé, non è violento, la violenza è sempre secondaria, indotta; allora abbiamo provato a dimezzare le ore delle guardie private che presidiavano il grosso parco dove sta Villa Maraini; per le ore che rimanevano scoperte abbiamo organizzato un turno con i ragazzi di Villa Maraini come portieri e custodi per controllare tutti coloro che entravano.

La cosa è iniziata a novembre 1981 e tuttora continua regolarmente, il lavoro viene verificato nella riunione settimanale e settimanalmente si decide chi è in grado di farlo.

Queste ore vengono retribuite dalla Croce Rossa secondo i contratti del portiere, quindi c'è una possibilità di guadagno e di inserire questo lavoro in un contesto terapeutico. Esso è un obiettivo di passaggio verso forme più impegnate e migliori. In un centro spastici c'era bisogno del personale, e siamo riusciti a far assumere un ragazzo per assistere gli spastici. Questo ha provocato lo scongelamento dei rapporti con la Croce Rossa, i quali erano estremamente difficili all'inizio, per cui tutto quello che succedeva all'interno o intorno era tutto a carico nostro. Poi hanno capito che i ragazzi erano normali e adesso godiamo di una certa popolarità. Quindi, quando c'è qualcosa da fare lo affidano a noi: per esempio la pulizia del parco. Abbiamo anche una tipografia, ancora in rodaggio. Tutto questo è un'alternativa?

Di per sé non è un'alternativa, però può rappresentare un interesse, non chiediamo lo svezamento iniziale, chiediamo solo che nel centro, per rispetto agli altri, non ci sia assunzione di droghe, il che non esclude che fuori uno possa drogarsi. Però, se uno accetta di stare lì tutto il giorno, diventa incompatibile, si può uscire e ritornare «fatto» ma, in questo caso, si subisce un'aggressione, non in nome di un astratto regolamento o in nome di una purezza che, in realtà, non esiste, ma si subisce l'aggressione degli altri che non si sono andati a fare. La cosa più sconvolgente è vedere uno fatto; infatti nasce una dinamica di aggressione ed una dialettica che, evidentemente, il terapeuta rinforza e quindi c'è un'importanza del senso della posizione in questo ambito, dove andarsi a collocare, quali sono le priorità, la routine. Questo rinforzo scatena una dinamica di aggressività che può andar bene e può andar male. Se va bene, emenda un comportamento e quindi quello passa dall'altra parte, se va male, abbandona, ritornerà, è tutto estremamente relativo.

Convenuto

Sono un ricercatore dell'Università di Siena e sono venuto per conto dell'Assessorato della Sanità del comune di Firenze.

Da più parti si parla, in questo periodo, di volontariato che, in un modo o nell'altro, ha funzionato, ha avuto le sue storie e le sta vivendo indipendentemente. Su quel feudalesimo delle strutture a cui Lei ha accennato, esistono quelle che hanno avuto a che fare con i tossicodipendenti per delega del CMAS e, il più delle volte, fanno un capitolo a parte delle loro attività. Le ULSS hanno un capitolo a parte rivolto verso il tossicodipendente e per aree geografiche, distinte per condizioni particolari. Esse possono fornire un certo servizio che si

riduce, soprattutto, ad una terapia di mantenimento; penso che su questo ci siano pochi dubbi.

Ora c'è l'ipotesi di un tipo di convenzione ideale fra determinate comunità terapeutiche e le ULSS, fra il feudalesimo e le volontà, fra chi ormai bada più che altro alla residenza e al numero civico, perché sta bene attento che non sia il quartiere dell'altra ULSS, chi si basa su presunte statistiche di successo.

Queste strutture trascurano tutta la serie di ragazzi che si sono rivolti più volte ad esse, e il volontariato viene sempre etichettato in base alla retta di convenzione, che viene valutata in base ai costi, costi non umani, strettamente economici, cioè moneta sonante.

E, a proposito di moneta sonante, volevo fare una breve riflessione. Accanto a questo dibattito ce n'è un altro in corso, che ha le sue determinazioni di carattere politico, accessibile a tutti.

Come pensa si possano conciliare questi due dibattiti? Come pensa si possano valutare le risorse future messe a disposizione per questo tipo di servizio? Saranno elastiche, e di conseguenza determinati rapporti potranno venire a maturare, o verranno fissate rigidamente? Penso che, fissandole rigidamente, si potrebbe venire ad incappare in quelle fratture nelle quali quel servizio, caratterizzato oggi di mantenimento, viene a crollare improvvisamente senza essere riuscito a portare a grandi cose.

D'altra parte, se il servizio di volontariato si istituzionalizza, in un'eventuale crisi dell'istituzione entra in crisi anche questo. Sono semplicemente delle affermazioni, però il dibattito è rilevante perché ci sono delle risorse economiche e delle chances politiche in ballo, perché il drogato deve essere recuperato e perché bisogna recuperarlo a costi economicamente sopportabili.

Prof. BARRA

La domanda mi sembra alquanto complicata, anche perché io sono un medico «ruspante» e quindi tutto quello che è troppo futuristico mi angoscia, per cui non entrerò nelle varie ipotesi secondarie perché non riesco a seguirle.

Che cosa si ipotizza? All'inizio avevo detto, tutto e il contrario di tutto, quindi penso che, se noi volessimo ipotizzare un insieme di attività di assistenza dei tossicodipendenti, dovremmo cercare di ipotizzare tutta una serie di cose, magari in contrasto fra di loro, che coprano una serie di esigenze, non mettendo in contrasto un intervento con l'altro, perché vorrebbe dire considerare oggettivo il substrato, il che non è. In questo ambito c'è posto per i centri antidroga, per i CMAS, per le terapie di mantenimento, che non vanno a mio giudizio disprezzate, perché, tra il non fare e fare terapia di mantenimento, io preferisco quest'ultima.

C'è spazio per tutte le iniziative di tipo comunitario che devono essere private, perché la comunità terapeutica chiusa deve avere un minimo comune denominatore sul quale focalizzi l'attenzione di tutti i partecipanti, deve avere un ideale, un leader carismatico da cui il tossicomane sviluppi una dipendenza psichica. Se questo leader carismatico è un bravo terapeuta, in una seconda fase si preoccuperà anche di far superare la dipendenza psichica nuova che è sorta.

Io considero poco la comunità terapeutica pubblica, e in quanto tale pluralistica, direi ansiogena per qualcuno che va cercando dei modelli di riferimento sicuri, certi, magari falsi, e che, in ogni caso, va cercando dei modelli di comportamento e di riferimento e qualcuno che lo plagi.

Evidentemente, siccome il privato ha bisogno anche di aiuto, è sempre più economico e produttivo per un'unità sanitaria locale, un convenzionamento con una struttura privata che

assicuri determinati servizi per una certa fascia di utenza, piuttosto che avviare tutti, indiscriminatamente, in un letto di ospedale che costa 150.000 lire al giorno e il cui prodotto finale è uno svezzamento che si sarebbe potuto ottenere in altri modi.

Con questo, non escludo il ricovero in ospedale per quella fascia di soggetti che ha una patologia tale da richiederlo, sempre nell'ottica del tutto e del contrario di tutto. A che cosa serve allora la possibilità di fare diagnosi in un centro pubblico?

Coloro che lavorano, oggi, nei centri hanno bisogno ancora di esperienza e di maturazione per poter costruire un rapporto quotidiano con il ragazzo, per poter stabilire delle diagnosi e per poter capire insieme al ragazzo che cosa serve a quest'ultimo; se uno svezzamento, una disintossicazione, una terapia di mantenimento col metadone o con l'eroina o con la morfina.

Il metadone o l'eroina sono di per sé buoni o cattivi? Questo è il livello medio del dibattito attualmente. Sarebbe come dire che, se io ho il raffreddore e mi viene data la penicillina, faccio un errore terapeutico, perché la penicillina non è per il raffreddore, allo stesso modo è il metadone di mantenimento che è sbagliato?

Posso fare un grave errore terapeutico mantenendo una persona che poteva essere curata in altri modi piuttosto che con una terapia sostitutiva di mantenimento. Ci si chiede se sia migliore il metadone o la morfina, è chiaro che il metadone è un intervento minore. Infatti con la morfina dò di più, dò il buco; non parliamo poi della morfina a scalare che è una contraddizione in termini, essa non è a scalare, si deve chiamare terapia sostitutiva di mantenimento, ma con la morfina si sale e non si scende.

Se il soggetto scende, ad un certo punto sarà talmente assuefatto che starà male, anche con quel poco che assume.

Allora questo è un intervento massimale per quel 5% di tossicomani che non accettano un altro tipo di intervento. Mi sono capitati raramente dei soggetti che rifiutavano il mantenimento metadonico, ma mi sono guardato dal dare loro la morfina.

Partiamo dall'assuntore sporadico, da quello che può essere trattato con una terapia di ambiente, dal ragazzino in difficoltà, che è bene eliminare per un certo periodo dalla famiglia, e con il quale è bene instaurare una terapia familiare senza terapie sostitutive. E ancora, quello per il quale si impone uno svezzamento drug-free, senza neanche fargli sentire l'odore della droga pesante e quello cui si può fare uno svezzamento con terapia sostitutiva che dura poco, 20 giorni.

Le 3 settimane sono nate in America negli anni '70, in cui tutte le agenzie che facevano mantenimento avevano un *per diem* da parte dello Stato e quindi era necessario un criterio oggettivo per stabilire che cosa era lo svezzamento e che cosa era mantenimento. Si decise che i trattamenti metadonici, fino a 20 giorni, erano trattamenti di svezzamento, più di 21 giorni erano di mantenimento.

In realtà non esiste nessuna legge italiana che impedisca di fare metadone per 22, 25 o 30 giorni e considerare questo uno svezzamento. Quindi anche qui abbiamo lo svezzamento protratto a 3 mesi e il mantenimento per 1-2 anni, in ogni caso la dipendenza fisica non è un problema perché, quando il soggetto si vuole disintossicare, anche se si è intossicato per 2 anni di metadone, supera la dipendenza.

C'è anche la terapia sostitutiva con droga illegale o legalizzata, la morfina o l'eroina, che sarebbe la stessa cosa per un 5%. Se si tratta di un ragazzino con la morfina, come è successo a Roma, si fa un grave errore terapeutico, in cui non è la morfina sbagliata, ma è il medico che ha sbagliato a dargliela, in realtà era solo un ignorante.

Se io tratto drug-free uno che, senza droga non può sopravvivere, faccio un altro errore terapeutico, e metto le basi perché questi si vada a ribucare ed a delinquere.

Ritornando al discorso, centri pubblici su cui si faccia diagnosi, con a valle tutta una serie di possibilità di mandare il ragazzo nel posto chiuso dove lo richieda, nel centro per

disintossicarsi, nell'ospedale, se necessario, in viaggio se è terapeutico un viaggio, in un rapporto a due con il terapeuta in un week-end di terapia, tutto questo costerà sempre di meno ma richiederà delle strutture amministrative estremamente agili, cose che attualmente non esistono, perché tutto quello che si fa deve essere documentato.

Mi ricordo che i primi tempi, in via Merulana, davano il metadone in fiale, e i ragazzi le «sparavano».

Allora decidemmo di sciogliere le fiale nell'aranciata e l'amministratore dell'ufficio di igiene si sconvolse al concetto di pagare l'aranciata. Poi inventammo lo sciroppo con l'acqua di via Merulana, cioè scioglievamo le fiale da 11 mg. di Faisepton con un Kg. di zucchero in modo che lo sciroppo diventasse particolarmente denso. Quindi sono sorte tantissime difficoltà di ordine amministrativo e lo zucchero lo portavamo noi da casa, perché l'ufficio di igiene non poteva giustificare l'acquisto di esso per un centro antidroga. Attualmente, a Villa Maraini, avendo la disgrazia di dipendere da 4 enti pubblici, nel momento in cui parte un finanziamento questo non arriva. I fondi che sono stati stanziati nel 1979 non sono ancora arrivati.

Nel momento in cui si ipotizza un'attività per un ragazzo, sarebbe opportuno, in quel momento, acquistare il materiale per poterlo facilitare.

Invece per la realizzazione passano 6-7-8 mesi, e nel frattempo quel ragazzo se n'è andato, è morto, ha avuto tutti gli avvenimenti caratteristici della vita di un tossicomane.

Per snellire questo fardello burocratico amministrativo, molto pesante, è benvenuta, a questo punto, l'utilizzazione del volontariato di strutture private che hanno un finanziamento e il cui rendiconto non è alla lettera, ma rientra globalmente nella filosofia dell'intervento. Così mi sembra abbia ipotizzato Don Picchi che, per quello che riguarda amministrazione e finanza, è un maestro.

MADDALENA VIOLA (*Responsabile della Comunità Terapeutica dell'Amministrazione Provinciale di Pavia*)

Questi interventi mi hanno sollecitato a chiarire qual'è, a nostro avviso, il significato primario di questa esperienza attivata dall'Amministrazione Provinciale e cioè il significato politico, soprattutto sociale e ideologico che questa viene assumendo.

E' stato detto che un intervento terapeutico e, nella fattispecie, la gestione della Comunità Terapeutica, è realizzabile soltanto in un contesto di gestione a livello di volontariato.

Devo confutare questa affermazione, portando l'esperienza di una comunità che, da circa due anni, funziona. Essa è stata voluta e gestita direttamente da un Ente pubblico per cui vorrei richiamare alcuni principi di fondo che sono stati i criteri ispiratori di questa iniziativa.

Innanzitutto credo sia ormai patrimonio di tutti che la tossicodipendenza non può essere considerato oggi bisogno di frontiera, in quanto tale problema ha assunto le dimensioni di fenomeno sociale anche se ci sono idee molto approssimative sulla possibilità di intervento.

Quindi ritengo sia arrivato il momento in cui l'Ente pubblico, recuperando e rivalutando un grosso patrimonio di esperienze che il volontariato ha portato avanti, non si sottragga ad un intervento a cui è richiamato da precise indicazioni legislative, un intervento che non è delegabile ed è irrinunciabile.

L'iniziativa dell'Amministrazione Provinciale è nata dalla considerazione dei bisogni che una fascia della popolazione giovanile presentava, dalla difficoltà e spesso dal fallimento delle soluzioni terapeutiche per così dire accreditate, tipo un approccio di tipo psico-terapeutico piuttosto che una somministrazione di tipo farmacologico.

Ciò che ha indotto a soffermarsi soprattutto sulla possibilità di gestire, in prima persona,

una Comunità Terapeutica.

Innanzitutto si tratta di chiarire cosa significa Comunità Terapeutica, in quanto è stato detto che, anche se esiste un protocollo di funzionamento della Comunità, di fatto, esse si differenziano nettamente, non solo per modalità gestionali ma soprattutto per impostazione e per criteri pedagogici. La Comunità si propone come alternativa, anche se transitoria alla realtà del tossicomane, è un'esperienza relazionale di gruppo molto più allargata, stimola una circolazione di idee, di sentimenti, di rapporti interpersonali che va contro una prospettiva a senso unico. In questo senso la Comunità Terapeutica deve proporre una (<utopia>), uno slancio ideale, questo però non è in contraddizione rispetto al fatto che possa comunque essere gestita da un apparato istituzionale e tradizionale anziché da un contesto privato.

vero, attraversiamo una situazione di congiuntura, per così dire, politico-istituzionale, caratterizzata da una crisi dello stato assistenziale che, facilmente, può indurre ad una delega in toto di questi servizi alla associazione di volontariato.

Credo che il volontariato possa avere una sua collocazione in questo senso, solo a livello di completamento e di perfezionamento. Per quanto riguarda la Comunità di Rivanazzano, chiarisco che questa è gestita dall'Amministrazione Provinciale attraverso la costituzione di un gruppo di operatori che hanno una presenza definita da un turnover e i cui confini di intervento sono circoscritti. La Comunità è collocata in una zona rurale (in un certo senso si avvicina alla tipica struttura della comunità agricola) ed è caratterizzata da diversi momenti fra cui il lavoro e il tempo libero.

Volutamente metto sullo stesso piano questi due settori di intervento perché riteniamo che, anche una proposta di tempo libero programmato o informale, sia estremamente significativa. Consideriamo importante proporre delle alternative anche a livello di gestione del proprio tempo libero che il ragazzo successivamente è libero di coltivare, ci sforziamo di farlo accostare ad esperienze diverse fra loro e che da lui non siano conosciute.

Ma quello che in questa sede ritengo utile sottolineare è questo significato politico della Comunità Terapeutica come possibilità reale, concreta di gestione completa da parte di un Ente pubblico di un servizio sociale così complesso e articolato.

Certo questa non è stata un'operazione facile; ci sono state ad esempio difficoltà notevoli rispetto alla popolazione del comune in cui la Comunità è insediata ma soprattutto difficoltà a livello gestionale, di rapporti con l'apparato burocratico.

Il problema sta nel darsi una strumentazione adeguata e nel sollecitare una spinta politica per trovare quelle soluzioni, anche tecniche, che rendono possibile una realtà di questo tipo.

Convenuto

Vorrei fare una domanda su questo ultimo intervento a proposito della formazione del gruppo che gestisce questa Comunità: vorrei sapere se è un gruppo dipendente dall'Ente pubblico e come esso si è creato.

Il mio dubbio è questo: se non c'è un' identità proponente del gruppo, una specie, come chiamava il dott. Barra, di filosofia del gruppo, penso che sia piuttosto carente la visibilità di questa Comunità e la sua operatività.

Mi domando se l'Ente Pubblico ha creato Comunità o l'ha soltanto riconosciute.

Dott.ssa M. VIOLA

Effettivamente, storicamente, l'Ente pubblico recupera comunità preesistenti ma in questo caso non è stato così. L'Ente pubblico ha creato la Comunità nella misura in cui c'è

stata una volontà politica precisa di attivarla e da questa volontà hanno fatto seguito gli atti necessari.

Per quanto riguarda la formazione degli operatori, che è la struttura portante della Comunità stessa, noi ci siamo riferiti ad un'esperienza che già da tempo andavamo coltivando, cioè un centro sociale che è un luogo di aggregazione per i giovani oltre un pensionato per gli studenti. Con queste realtà avevamo già avuto diversi contatti e con queste persone avevamo già organizzato diverse iniziative, per esempio, soggiorni estivi.

Questa è stata l'area di reclutamento del personale della Comunità, personale che però, inizialmente, non costituiva un gruppo sufficientemente omogeneo per comporre poi, di fatto, un servizio che deve avere una sua coesione, sia per motivi tecnici, organizzativi, gestionali ma soprattutto nel rispetto di quella filosofia di fondo di cui si parlava prima.

Quindi c'è stato un lungo periodo di gestazione, un anno e mezzo, che ha avuto fasi diverse, cioè si trattava innanzitutto di offrire a queste persone occasioni di permanenza presso altre Comunità. Questi operatori, infatti, avevano avuto esperienza soltanto di lavoro con adolescenti o giovani in situazioni marginali ma mai in un contesto istituzionale di questo tipo.

In realtà la Comunità non è costituita solo dal nucleo degli operatori ma sono diverse le figure che intervengono e che hanno comunque un ruolo estremamente definito e preciso, anche perché la presenza di diversi elementi nuoce a una sufficiente omogeneità se non c'è un'identità di vedute, una condivisione della impostazione di fondo dei criteri metodologici di conduzione. Oltre al gruppo degli operatori c'è una figura di coordinatore a livello pedagogico che ha la funzione di verificare se il metodo di conduzione della Comunità è conforme ai criteri che ci si è dati.

Inoltre c'è un supervisore di gruppo, che è il Direttore della Clinica Psichiatrica Universitaria di Pavia, che comunque ha una funzione di supervisore psichiatrico, mentre la mia funzione è di coordinamento a livello generale.

Quindi c'è una garanzia di coesione fra lo staff, che viene a comporre la Comunità, nonché di rapporti con l'Ente pubblico e di facilitazione, di scioglimento dei nodi di carattere anche burocratico ed amministrativo.

Ci sono ruoli diversi ma il problema vero è di avere estrema chiarezza sui confini che ciascuno di noi deve avere e sulla complementarità per arrivare a comporre questa unità definita. Non è un processo statico ma dinamico di confronto costante attraverso un'organizzazione abbastanza rigorosa e sostenuta che è una delle garanzie di fondo del mantenimento della Comunità stessa.

Prof. BARRA

L'ultimo intervento si inserisce nell'ottica del tutto e contrario di tutto, ed è la conferma di come si possa operare a partire da esperienze diverse.

Sicuramente propendo più per questa interpretazione che mi sembra più acuta e, direi, nuova. Non escludo che si possa fare, tanto è vero che abbiamo dimostrazioni in materia e io stesso sono dipendente di un ente pubblico. Ho creato Villa Maraini in quanto pull di enti pubblici: Croce Rossa, Comune, Provincia, Regione e Unità Sanitaria Locale. Ho creato questo centro sulla base di una mia inquadratura, che è il rispetto dei principi fondamentali della Croce Rossa, umanità, imparzialità, neutralità, indipendenza.

Su questa base, poi, ho reclutato tirocinanti, li ho selezionati ed è venuto fuori un gruppo assolutamente interpretativo, che peraltro riconosce vari principi di filosofia e di intervento

sul tossicomane.

È impensabile che i miei collaboratori non condividano questa mia espressione di fondo che io stesso ho maturato dal contatto con loro, attraverso tutta una serie di passaggi o di moltiplicazioni e di verifiche, settimana per settimana.

Storicamente andiamo verso un rapporto a favore, numericamente, delle realtà private rispetto alle comunità pubbliche. Questo lo dico su esperienze internazionali e, se noi avessimo imparato a guardare quello che succedeva all'esterno, ci saremmo risparmiati tanti passaggi che per noi possono essere anche esercitazioni dialettiche, però per lo Stato è costo e per il ragazzo è sofferenza.

Vorrei dire un'ultima cosa a titolo di battuta non offensiva: Lei ha parlato di prima fase di «chiusura», ho avuto un flash: la chiusura o è chiusura o non lo è; o si accetta il principio della chiusura e della segregazione, con tutto quello che comporta anche dal punto di vista terapeutico, o non si accetta, ma dire «chiusura», mi sembra un conflitto interno.

Anche la patologia dell'operatore è importante. Noi parliamo dell'operatore come un libro bianco, ma anche lui ha diritto alla sua patologia, al suo narcisismo, alle sue frustrazioni per l'ambiente che lo circonda, tanto è vero che la vita media professionale di un operatore che si occupa di tossicodipendenza, è di 2 anni.