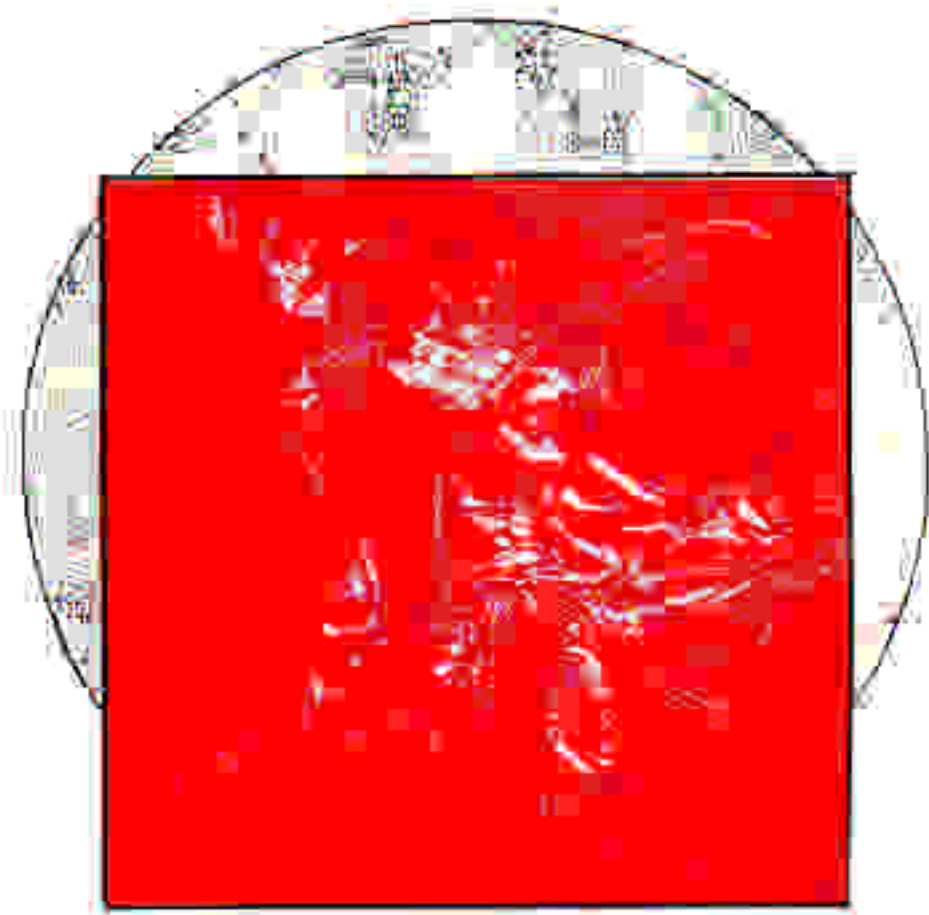


Massimo Barra Vittorio Lelli

DROGHE E DROGATI



EDITRICE LANUA

a l i b i

4

Massimo Barra, medico di 42 anni. E' stato uno dei primi ad occuparsi a Roma del fenomeno droga fin dal 1973. Iniziatore delle esperienze terapeutiche di Villa Maraini, è direttore dell'omonima Fondazione. Ha pubblicato oltre 100 tra articoli e saggi sulle tossicodipendenze in Italia e all'estero. Presiede a Ginevra il gruppo di esperti della Croce Rossa Internazionale sulle tossicomanie giovanili. E' primario in una clinica privata ed Ispettore Nazionale dei Volontari del Soccorso della CRI.

* * *

Vittorio Lelli, medico, 37 anni, opera nel campo delle tossicodipendenze dal 1973. Ha tenuto e tiene lezioni e conferenze presso scuole, università, istituzioni sanitarie e sociali, in Italia e all'estero. Segretario del Gruppo di Esperti sulle tossicomanie giovanili della Croce Rossa Internazionale, attualmente dirige il Servizio Assistenza tossicodipendenti della USL Roma 10 - Ospedale S. Camillo de Lellis.

Massimo Barra

Vittorio Lelli

DROGHE E DROGATI

EDITRICE IANUA

*Il testo è sottoforma di dialogo fra gli autori.
Le domande sono formulate da Vittorio Lelli.
Le risposte sono di Massimo Barra.*

INTRODUZIONE

Da un lato quindici anni di frequentazione assidua, giornaliera e diretta del mondo coinvolto con la droga: miserie e nobiltà, infamie ed eroismi, morti e resurrezioni, disperazioni e speranze di migliaia di giovani e meno giovani, spaccato completo di tutta la società, accomunati dalla apparentemente irresistibile e disumana passione per sostanze diabolicamente buone quanto traditrici e capaci di rendere malato ed imperfetto chi, per i casi vari della vita, abbia commesso l'imprudenza di gustarle.

Dall'altro lo spettacolo dei giudizi, i dibattiti, le soluzioni miracolose, le pillole della felicità, i redentoristi, le strumentalizzazioni politiche, le incompetenze, l'arroganza di quanti, negli opposti schieramenti, credono, o fingono, di possedere la ricetta della verità.

Di qui la voglia di non assistere passivi alle elucubrazioni di tanti, aggiungendo invece la nostra voce a quella di chi, senza suonare le trombe e spesso con assoluta carenza di mezzi e con l'impaccio delle burocrazie, giorno dopo giorno combatte la sua battaglia per superare o far superare la dipendenza nefasta: operatori dei servizi e delle comunità, genitori e familiari, tossicodipendenti, cui il libro è dedicato e rivolto.

Linguaggio e forma risentono dell'origine parlata: un dialogo fra gli autori effettivamente svolto nelle condizioni più varie, in macchina o in aereo, a casa, a Villa Maraini o in vacanza, nei ritagli di tempo e nel corso di un anno.

Emotivamente coinvolti e partecipi, intendiamo testimoniare attenzione e rispetto per i veri protagonisti del dramma: i cattivi che, come dice la canzone, poi così cattivi non sono mai.

Massimo Barra e Vittorio Lelli

CAPITOLO PRIMO

"Droghe e drogati"

Che cosa intendiamo per droga?

Droga è qualunque sostanza estranea all'organismo capace di modificarlo quando viene assunta. Questa definizione così ampia comprende tutta una serie di prodotti che nell'accezione dell'opinione pubblica normalmente non sono considerati droghe: tutti i farmaci, l'alcool, il tabacco e, in generale, tutte le sostanze che sono in grado di modificare l'organismo. Si impone quindi una prima divisione tra droga legale e droga illegale, intendendo per droga legale qualunque sostanza estranea all'organismo e capace di modificarlo ammessa dalla legge e droga illegale tutto ciò che viene rifiutato dalla legge. Questa distinzione non è poi così netta ed è anch'essa legata al divenire delle situazioni, a fattori di spazio, di tempo, di dose, di vie di somministrazione e anche, in fondo, di attitudine del consumatore: in Arabia Saudita o nel Kuwait l'alcool è una droga illegale; nello Jemen del Nord il cat è una droga consumata da tutti, addirittura i poliziotti per strada con una mano reggono il mitra e con l'altra le foglie di questa sostanza che cominciano a ruminare alle tre del pomeriggio e poi depositano in una parte della bocca facendone una palla sempre più grossa che sputano alle sette della sera stando "fatti" di una sostanza che da noi è illegale e lì è talmente legale che addirittura il palazzo del Presidente della Repubblica spende vari milioni al giorno per l'approvvigionamento per tutti i dignitari di corte.

Se pensiamo a fattori di tempo: gli indiani d'America non conoscevano l'alcool ma usavano gli allucinogeni addirittura nei loro riti religiosi (la psilocina, la psilocibina, il peyote) e quando ebbero l'alcool ne derivarono effetti dirompenti. Se pensiamo ai farmaci, esistono sonniferi come il flunitrazepam, in commercio con il nome di Roipnol, Darkene o Valsera, che alla dose di una o mezza compressa alla sera sono eccellenti inducenti del sonno e che invece vengono usati come oggetto di abuso di giorno dai ragazzi a dosi fortissime (30, 40, 50 o più compresse tutte quante insieme) così che la ricerca dell'effetto è finalizzata non tanto all'induzione del sonno quanto allo "sballo", cioè all'alterazione del rapporto con il mondo circostante. Così una sostanza regolarmente acquistata in farmacia viene poi venduta, con il fenomeno della "divertion", al mercato nero creando il cosiddetto mercato grigio, che è il mercato illegale di una droga legale, mentre il mercato nero è il mercato illegale di una droga illegale. Pensiamo alla via di somministrazione: se le compresse di Roipnol vengono schiacciate, sciolte con l'acqua e sparate in vena, l'effetto che si va a ricercare non è quello per il quale la sostanza è legale. Pensiamo infine all'attitudine del consumatore: (si ritorna sempre all'individuo che è l'elemento più importante anche per discriminare la legalità e illegalità di una droga) quello che il consumatore va cercando, un qualcosa di terapeutico o la ricerca di uno sballo, di un'alterazione intensa del proprio rapporto con il mondo. Se noi definiamo droga qualunque sostanza capace di modificare l'organismo, è evidente che l'effetto finale è sempre un'interazione tra la sostanza stessa e l'individuo. Non tutti coloro che consumano alcool diventano tossicomani da alcool cioè alcoolisti; l'alcoolista essendo, non il consumatore dell'alcool, ma colui che è incapace di sopravvivere senza alcool. Un parallelismo analogo si può fare anche con le altre droghe, anche se non è automatico, in quanto ogni sostanza ha una sua capacità di modificare

l'organismo che è una sua peculiarità intrinseca, per cui non è legittimo paragonare l'eroina all'alcool proprio perché l'eroina ha una sua capacità di modificare l'organismo che chiamiamo genericamente forza, che è diversa e agisce a livelli biochimici diversi da quella di altre droghe. Così ogni sostanza ha la sua pericolosità, la sua forza, tanto che noi distinguiamo abitualmente le droghe in cosiddette leggere e cosiddette pesanti proprio in funzione della capacità maggiore o minore di modificare l'organismo che esse hanno.

Il nocciolo della questione non sta forse tanto nella sostanza, se non in una sua maggiore o minore forza intrinseca, quanto nell'individuo?

Fra la sostanza e l'individuo in funzione di un futuro tossicomane, mi sembra più importante l'individuo, almeno fin quando la droga non abbia un potere estremo, come avviene per i più forti tra i derivati dell'oppio. Io credo, però, che se un colore si addice a tutto quello che si può dire sulla droga, questo colore è il grigio, che non è né bianco né nero, nel senso che tutte le distinzioni troppo drastiche trovano un loro limite nella realtà. Penso alla distinzione di droga legale e droga illegale, in cui la realtà è grigia con sostanze che sono legali o illegali a seconda delle condizioni di consumo o delle condizioni culturali, sociali e ambientali. Penso alla distinzione tra droga leggera e droga pesante, in cui in realtà non esiste un confine tra ciò che è impropriamente definito leggero e ciò che diventa pesante: basti pensare alla canapa in cui quello che a noi interessa non è l'erba ma la concentrazione del principio attivo (il THC, tetraidrocannabinolo) la quale può variare come 1:100 a seconda dei differenti tipi di fumo. Definire leggero l'olio di hashish è sicuramente un eufemismo. Tra ciò che è leggero e ciò che diventa pesante esistono tante tappe intermedie che costituiscono così un continuum di grigio senza salti: "Natura non facit saltus". Mi viene in mente il grigio quando penso al rapporto di un soggetto con la sostanza: se bianco è il consumatore occasionale, ricreativo, weekender, il vero consumatore vizioso perché non presuppone una necessità, una dipendenza, ma solo come motivazione la ricerca del piacere, la voglia dello sballo; nero è il tossicomane con una dipendenza psichica, fisica, psicofisica e una assuefazione alla sostanza; poi la realtà è grigia: molti weekender sono tali nella prima fase dell'approccio con la sostanza e il weekender è una delle modalità con cui si reclutano i futuri tossicmani: è quanto è avvenuto in Italia negli anni intorno all'86/87 in cui sembrava che l'ultima fase della tossicomania fosse quella della cosiddetta "compatibilità": soggetti, cioè, che erano in grado di gestire la sostanza. Ci si è poi accorti che molti di questi compatibili, direi la maggior parte, dopo un paio d'anni erano diventati neri, cioè tossicmani, e che la compatibilità è solo l'illusione del primo rapporto con la droga quasi si ingaggiasse una lotta per chi è più forte e che la sostanza, in funzione della sua capacità intrinseca, riesca poi con elevata probabilità, nella maggioranza dei casi, a vincere questa lotta. Un'altra distinzione "grigia" è quella di chi si droga perché sta male (nero) e di chi invece non ha nessun buon motivo per drogarsi a monte dell'incontro con la sostanza. Mentre per i primi possiamo parlare di autoterapia, per i secondi l'inizio dell'assunzione è frutto spesso della sola incapacità di distinguere il bene dal male che li porta a drogarsi per la spinta della curiosità indotta anche dal gran parlare, direi straparlare, che si fa del problema. Anche la distinzione fra spacciatore e consumatore

è "grigia": il consumatore che vende droga fa agli altri quello che gli altri fanno a lui ed è diverso tanto dal consumatore puro che non ha mai venduto (al quale peraltro assomiglia molto) quanto dallo spacciatore puro che non ha mai consumato.

Se dovessimo spiegare in modo semplice e conciso che cos'è la droga, perché la gente ne fa uso, perché è tanto difficile uscirne, come potremmo fare?

Credo che dobbiamo partire dalla nostra definizione di droga intesa come qualunque sostanza estranea all'organismo e capace di modificarlo quando viene assunta. Il rapporto tra una droga e un individuo può determinare la nascita di una dipendenza. La dipendenza può essere psichica o fisica: una è bianca e l'altra è nera ma la realtà è grigia. Dipendenza psichica vuol dire "voglia di farsi"; dipendenza fisica vuol dire che il fisico dipende dalla sostanza e se non ce l'ha presenta una serie di sintomi da carenza, da privazione di quella sostanza. Nella realtà qualunque droga determina una dipendenza grigia che è in parte psichica e in parte fisica, anche perché molti dei sintomi fisici trovano la loro radice in problemi di natura psichica: penso per esempio banalmente al fenomeno della tachicardia, per cui chiunque abbia uno spavento presenta poi un'accelerazione del battito cardiaco: è un fatto fisico o è un fatto psichico o è un fatto fisico che è la conseguenza di una situazione psichica? Anche nel linguaggio popolare la "strizza", cioè il senso addominale di paura, è un fatto fisico che però trova la sua radice in un fatto di ordine psichico; anche il "farsela sotto" è un fatto fisico, ma in realtà è un fatto psichico; (per inciso abbiamo citato tre sintomi della astinenza da oppiacei).

Qual'è il ruolo del "caso"? Un'individuo predisposto a deviare, spinto a comportamenti asociali, marginali, può trovare per caso, per sbaglio, per sfortuna una soluzione a questo suo malessere, a questa sua diversità, nello stupefacente. La soluzione comporta più problemi di quelli che si cerca di risolvere e che erano alla base del ricorso alla sostanza. Forse, se non ci fosse questa sostanza, il comportamento dell'individuo marginale sarebbe ancor più eterolesivo. Tutto sommato, il tossicodipendente è essenzialmente un autolesivo, è un suicida mancato, è uno che non ha il coraggio di uccidersi. Ma che rischia quotidianamente la sopravvivenza accettando le incognite molteplici di ogni "pera".

In ogni affermazione, che pur condivido, dobbiamo tener presente che esiste sempre la variabile individuale. Mi sembra di conoscere persone, poche rispetto alla media, per alcune delle quali non esisteva nessun buon motivo valido per deviare, ma la cui tossicomania è stata legata esclusivamente alle occasioni, alle pressioni di gruppo, al caso, alle circostanze fortuite. Sono questi i soggetti che, arrivati alla fine della loro parabola, recuperano meglio e possono riprendere un cammino nella società senza portarsi appresso handicap particolari legati al periodo in cui sono stati dipendenti.

La sostanza, sia essa leggera o pesante, sarà sempre "bianca" o "nera" o con una ben definita tonalità di grigio a lei peculiare. L'individuo avrà invece una tonalità di grigio sempre diversa secondo le circostanze. Quindi, le volte che l'individuo vince la battaglia, nel senso che riesce a

gestire la sostanza, sono ininfluenti riguardo all'esito finale della guerra, poiché pur riuscendo a vincere la sostanza non ne modifica la forza e la sua peculiare tonalità di grigio o il bianco o il nero. Ma quando la sostanza si scontra con un individuo la cui tonalità è, magari per un momento, magari per particolari avverse condizioni, cambiata, essendo la forza intrinseca della sostanza immutata e quella del soggetto scemata ecco che, malgrado egli abbia vinto numerose battaglie contro quella sostanza, essa riesce a prevalere su di lui.

Ci si può domandare legittimamente che cosa determini il grigio dell'individuo: che cosa determini la collocazione del soggetto tra un bianco (individuo forte) e un nero (individuo debole). Penso che la risposta debba ricercarsi su tutto ciò che è successo nella storia dell'individuo dal momento in cui i genitori hanno avuto l'idea di concepirlo sino al momento che incontra la sostanza; certo quanto più il soggetto è debole e "disadattato" cioè male adattato a ciò che gli altri considerano, essendo la maggioranza, essere la norma, tanto più è facile che nel rapporto con la sostanza si instauri una dipendenza. Se il soggetto è grigio e tutto quello che gli è successo da prima della nascita, lo fa star male nella propria pelle (come dicono i francesi "e tre mal dans sa peau"), che non è né un male fisico né un male psichico ma è un male globale, un sentirsi male e, nel momento in cui incontra la droga, qualunque essa sia, si sente meglio, è chiaro che questi sono i presupposti della dipendenza; se il soggetto non sta male nella sua pelle è più difficile che dall'incontro con la sostanza nasca una dipendenza e più probabile che nasca un consumo occasionale, ricreativo e sporadico. Però io non sarei rigido in queste determinazioni; conosco anche gente che non aveva nessun buon motivo valido per drogarsi e che, ciò non di meno, si è drogata; credo che se si è drogata, ed è diventata dipendente, ci sia un elemento x legato al caso e all'occasione che non è da sottovalutare. Perché io non mi sono mai drogato? Devo ringraziare mio padre e mia madre al cento per cento, o avrei anche potuto, se avessi avuto l'occasione, drogarmi? C'è qualcuno che seriamente può essere sicuro di non aver mai corso il rischio, o di essere assolutamente refrattario? C'è qualcuno che, non avendone mai avuto nessun valido motivo, poi, per il caso, è diventato tossicomane? Come dicevo prima, io credo proprio di sí. Paradossalmente, una delle cause più certe della tossicomania, e l'unica sicuramente comune a tutti gli assuntori, consiste negli effetti stessi della droga per cui si può dire che l'effetto è l'unica causa certa. Il fatto, cioè, che la modificazione biochimica dell'organismo indotta dalla sostanza obbliga l'organismo stesso ad iterare questo comportamento per ritrovare una normalità perduta. Più che arrovellarsi tanto nella ricerca delle cause mi sembra opportuno focalizzare questo aspetto e quindi parlare degli effetti più che delle cause.

Questo "effetto causale" è peculiare dell'oppiaceo ed è insito nella sua natura: l'eroina dà la sensazione di soprannaturalità che viene pagata con una crescente e dilagante solitudine. Il potere dell'eroina rende soli; l'oppiaceo è tutto meno che socializzante: rinchiude l'individuo in se stesso e gli si rende totalmente necessario perché è l'unico con cui possa dialogare. L'assuntore non può più dialogare con gli uomini, può dialogare solo con l'oppiaceo.

L'eroina è la droga della solitudine perché rende onnipotenti. Un dio non ha bisogno degli altri, è perfetto, esaustivo, autosufficiente: per questo l'eroina mina le basi della convivenza. I soggetti

che si drogano sono disorientati nel tempo e nello spazio: un attimo diventa eternità, l'eternità ritorna ad essere un attimo. Questo continuo dilatare e restringere il valore del tempo contribuisce non poco al disorientamento del soggetto. Contribuisce anche a cristallizzarlo per cui gli anni trascorsi nella dipendenza e nell'amore con la sostanza sembra quasi che non contino ai fini di un corretto ed armonico sviluppo dell'individuo che si ritrova a trent'anni come se ne avesse ancora venti, come se quei dieci anni di droga fossero un tunnel buio con un valore del tempo assolutamente diverso da quello della maggioranza degli individui.

Se affermiamo che non esiste una causa della tossicomania comune a tutti gli individui, pur se possono esservi delle similitudini, ma l'unica vera causa comune a tutti è la proprietà intrinseca della sostanza di legare a se il soggetto rendendolo dipendente, non ha ragione l'opinione pubblica quando ritiene che se la causa della tossicomania è la droga, eliminandola si eliminerebbe la tossicodipendenza?

Però paradossalmente la stessa opinione pubblica che è disperata dal fenomeno droga, da un lato chiede l'eradicazione della sostanza, dall'altro la sua liberalizzazione, cioè l'effetto completamente opposto. Da un lato si auspica una diminuzione delle droghe circolanti e dall'altra una facilitazione del reperimento delle sostanze, il che è una contraddizione in termini. In genere si parla troppo della causa della droga e l'opinione pubblica è alla disperata ricerca del "motivo per cui", della causa sufficiente a spiegare i perché della droga; sono state scritte tonnellate di volumi alla ricerca delle cause. Torno a dire che, invece, più che delle cause dovremmo parlare degli effetti, nel senso che non esiste, per quanto si voglia andare a cercare, nessuna causa patognomonica, cioè sicuramente capace di determinare il fatto che un soggetto che incontra la sostanza ne diventa poi dipendente, al di là della sostanza stessa che è la vera causa della dipendenza; cioè la capacità della sostanza di intervenire nel sistema biochimico dell'individuo assumendo determinandone un rapporto di dipendenza, per cui la sua carenza crea malessere e obbliga il soggetto a reiterare l'assunzione, per ritrovare l'equilibrio perduto: questa è la vera causa della tossicomania. Tutto il resto, le varie concause familiari, ambientali, sociali sembrano passare in secondo ordine. In altri termini, dopo aver conosciuto oltre diecimila tossicomani non mi sembra di poter trovare un minimo comune denominatore che li abbia portati al consumo. Ci possono essere, certo, delle similitudini: soggetti di carattere debole, facilmente trasportabili, con un "io" debole e sensibile; ci possono essere dei tratti familiari analoghi in alcuni casi: madre dominante e padre assente, elementi di patologia familiare, di patologia ambientale, frequentazione di gruppi a rischio, l'imitazione degli altri, il fatto che se si alza uno in chiesa al primo banco si alzano tutti, mentre se si alza uno all'ultimo banco non si alza nessuno e quindi il fatto che l'uomo tende alla imitazione inevitabile del comportamento dei suoi simili; esiste quindi in un gruppo una spinta sociale a omogeneizzare i comportamenti per cui un ragazzo che sta in un bar in cui tutti assumono droga sarà portato da una forza fisica, direi da un "vettore", a consumare anche lui droga, ma al di là di tutto questo non mi sembra che esista nessun tratto patognomonico assoluto, nessun rapporto tipo causa-effetto, perché queste situazioni o di patologia familiare o di patologia ambientale o di squilibri sociali o di eccesso di ricchezza o di eccesso di povertà le troviamo anche nella popolazione di coloro che non usano la droga. La psicopatologia di base di un tossicomane non è poi così differente dalla psicopatologia di base di un

non tossicomane, a parte quei casi che assumono droga per automedicarsi, in un disperato tentativo di non naufragare nella dissociazione o nella depressione.

A furia di dire che la droga è un problema sociale ci si dimentica che è anche è soprattutto un problema strettamente individuale. Chi vive in prima persona il problema è il tossicodipendente, che rischia quotidianamente con la morte, che articola tutta la sua vita intorno alla sostanza e al modo per procurarsela. Se poi ciò comporta scippi, spaccio, delinquenza, solo secondariamente diventa un problema sociale. Dire è un problema sociale è un po' dire che è un problema irrisolvibile, perché si dovrebbe forse cambiare la società, obbiettivo inarrivabile.

Bisogna ribadire che il problema della droga non è solo il problema della droga ma anche il problema dell'individuo; così come una qualunque malattia infettiva non è solo il problema del batterio che l'ha causata, ma anche dell'individuo che l'ha recepita: noi possiamo avere tanti bacilli di Koch ma solo alcuni soggetti si ammalano di tubercolosi; allo stesso modo possiamo avere tante droghe ma solo alcuni dei consumatori poi ne diventano dipendenti. A volte il soggetto aveva dei buoni motivi per affezionarsi a quel tipo di stimolo piacevole che ha avuto l'occasione di provare: mi drogo perché sto male e solo dopo sto male perché mi drogo.

Ma se non ci fosse la droga staremmo tutti meglio?

Sicuramente se non ci fosse la droga non ci sarebbero i tossicomani dato che l'unico elemento assolutamente indispensabile per avere un futuro tossicomane è la disponibilità della sostanza. Un mondo senza droga è però un'ipotesi dell'irrealtà: la droga è sempre esistita e sempre esisterà, essendo connaturato all'uomo il cercare comunque, nel mondo vegetale o nei laboratori, un miglioramento delle proprie condizioni di vita o di sopravvivenza ed un sollievo alle sue sofferenze.

Quindi la droga esiste, esisteva, è legata al cammino dell'uomo e sempre esisterà e pensare di vivere in un mondo senza droga è irrealistico; certo se la disponibilità di droga è minore o esistono condizioni economiche che non facilitano la diffusione di un mercato, e quindi l'utile che ne deriva, la patologia può assumere aspetti diversi. Tutti i ragazzi che stavano legati al letto nei manicomi nell'800 perché schizofrenici dove sono andati a finire? La schizofrenia esiste di meno o è contaminata dal consumo di droga? Un soggetto che in altri tempi si sarebbe dissociato spesso oggi assume sostanze per cercare un suo equilibrio e un suo benessere. In questo caso la tossicomania sembra quasi una sorta di tentativo di automedicazione in un soggetto che cerca disperatamente un appiglio a cui agganciarsi per mantenere l'unità del suo io.

La droga può ancora oggi considerarsi appannaggio esclusivo di una determinata fascia di età? Possiamo cioè ancora parlare di tossicomanie giovanili o il fenomeno, in questo suo ampliarsi ed imbastardirsi, ha coinvolto altre fasce di età?

La fascia classica (18-25) resta sempre quella più coinvolta dal fenomeno. Periodicamente giornali, televisione, politici, esperti affermano che l'età va progressivamente diminuendo. Io

sostengo esattamente il contrario, anche perché più che tanto l'età di primo approccio non può ulteriormente diminuire ed anche quindici anni fa esistevano consumatori di droga di 14-15 anni.

Quello che invece mi sembra nuovo è la comparsa di tossicomani tra persone adulte, tra madri di famiglia, addirittura tra nonne. Conosciamo delle nonne che vendono eroina e che si fanno; abbiamo in comunità terapeutica gente anche di 50 anni. Mi sembra quindi che il range del consumo si vada allargando a forbice anziché restringersi.

I tossicomani stimati in Italia variano, secondo le più recenti statistiche, dai 200.000 ai 300.000.

Di questi, solo il 15-20% si rivolge ai servizi, anche se questi, siano pubblici o privati, presentano una rosa di potenzialità di intervento e di risposta alle richieste del tossicomane molto articolata e che può coprire i bisogni più diversi: dallo psichico, al sociale, al farmacologico. Come giustificare ciò? Paura della struttura, sia essa pubblica o privata? Paura di un'etichetta di tossicomane? Convinzione di riuscire in ogni modo a farcela? O solo alibi per poter continuare a drogarsi?

Probabilmente esistono una serie di concause che si intersecano. Tutti i tossicomani che stanno alle prime fasi del rapporto con la droga, che ancora non ha fatto vedere i suoi aspetti più negativi, non si rivolgono ad un centro antidroga. Esiste poi diffusa la paura della schedatura nonostante che la legge nazionale 685 preveda la libera scelta del medico e del luogo di cura ed il diritto all'anonimato: di fatto però tali due diritti sono ostacolati da una serie di normative regionali per cui il soggetto deve rivolgersi al centro di competenza territoriale che poi è quello che, essendo più vicino a casa, molte volte si vorrebbe tenere all'oscuro perché è più collegato con la realtà ambientale in cui il soggetto vive. Credo che combinando la paura della schedatura con la "luna di miele" si giustifichi il motivo per cui un certo numero di soggetti non si rivolge al centro antidroga.

Esiste poi una certa fascia di persone che si curano da sole, quelle che assumono droga e poi sono abituate ad interrompere, facendo degli svezziamenti drastici tipo "tacchino freddo", o quelli che si fanno aiutare dal loro ambiente circostante magari facendosi legare al letto sempre per ottenere lo stesso risultato. Peraltro le cifre dei tossicomani stimati sono estrapolate e teoriche e di esse non abbiamo assoluta certezza mentre le cifre già sufficientemente elevate di coloro che aderiscono ad un trattamento sono reali ed anche questo è un fatto di cui bisogna tener conto.

Oltre alla sopra citata stima esiste un'altra valutazione della frequenza del fenomeno in Italia. E' una estrapolazione basata sul numero dei morti per droga conosciuti da centri pubblici o privati rapportati al numero di tossicomani che afferiscono a questi centri. Detta statistica porta cifre sensibilmente minori: 60.000-80.000 tossicodipendenti stimati.

Credo che la cifra reale sia di difficile rilevamento anche perché tra il bianco del consumatore e il nero del tossicomane esistono tante sfumature di grigio per le quali è pressoché impossibile dare un numero: il numero omogeneizza comportamenti che sono estremamente variati. E' probabile che le cifre dei tossicomani rappresentino la punta dell'iceberg degli effettivi consumatori di droga, cioè

del numero di coloro che comunque hanno un rapporto con stupefacenti che nel nostro paese sembra essere francamente molto elevato.

In queste stime sono considerate soltanto prodotti generanti dipendenza, quindi oppiacei in massima parte e non hashish, altrimenti le cifre andrebbero a coprire una grossa parte della popolazione a rischio, compresa tra i 15 e i 25 anni.

Certo.

Sembra quasi che la razza umana sia particolarmente predisposta a restare in qualche modo dipendente da qualcuno o da qualcosa, anche se ciò non fornisce un benessere neppure iniziale, ma comporta in ogni caso malessere e danni a lunga scadenza. Tutti conoscono i danni del fumo di tabacco, ma ben pochi sono quelli che riescono a smettere; tutti conoscono i danni dell'alcool ma molti superano la dose massima quotidiana ammissibile di alcool; tutti conoscono i danni degli stupefacenti ma continuano a usarli. Un vecchio motto affermava che "tutto ciò che piace o fa male o è peccato o fa ingrassare". Come ogni epoca ha avuto la sua droga o la sua dipendenza, così ogni individuo ha una sua dipendenza, quasi che l'autonomia totale dagli altri o dalle sostanze o da un quid superiore non possa essere concesso all'uomo.

Forse è colpa del peccato originale. Mangiando la mela del bene e del male Adamo ed Eva hanno cercato di diventare uguali a Dio, hanno cercato cioè una condizione ed un benessere che non era consentito al genere umano, pagando poi con la cacciata dal paradiso terrestre questo attimo di superbia iniziale. Il tossicomane segue lo stesso tragitto: ricerca una condizione di benessere assoluto (che evidentemente non era consentito agli uomini), paga con l'assuefazione e la dipendenza, cioè con la perdita della sua integrità, questo suo peccato originale. Se mi è consentito un paragone irriverente Adamo ed Eva mangiano la mela, i tossicomani si fanno la pera.

Si dice talvolta che possa esistere una certa qual predisposizione a livello biologico e biochimico per diventare schiavi di questa sostanza o di quella, come se ci fosse una carenza a livello enzimatico e di mediatori che, non svelata fino a che non si viene a contatto con quella droga, diviene evidente nel momento in cui la sua assunzione, quasi un criterio ex iavantibus, ci fa capire che cosa fosse quella cosa che mancava per raggiungere il cento per cento della nostra efficienza, quel soldo che ci mancava per fare una lira. E' ipotizzabile una cosa del genere ab inizio o soltanto a posteriori? Dopo il rapporto con lo stupefacente, abbiamo per forza bisogno di una, seppur minima, quantità dello stesso per essere normali o già dall'inizio non eravamo normali e l'uso della droga ci ha fatto capire che in quel modo possiamo raggiungere "la perfezione"?

Nel concetto di "star male nella propria pelle" non possiamo a priori escludere una componente di tipo biochimico o umorale. Un soggetto che è depresso, avvilito, scarburato e che, quando si droga, apparentemente carbura, non possiamo escludere che alla base della sua scarburazione potesse avere anche dei fattori biochimici e umorali.

Il fattore biochimico e umorale può essere a monte e a valle delle circostanze ambientali: una depressione può essere il frutto di una carenza biochimica aprioristica, ma la carenza biochimica può essere il frutto di situazioni ambientali ed esistenziali tali da instaurare uno stato depressivo. Da una recente indagine svolta a Salsomaggiore si è dimostrato che, alla fine di un ciclo di cure termali, le persone che vi si erano sottoposte presentavano tutte un incremento dei livelli di endorfina nel sangue ed a questo probabilmente si doveva il loro senso di benessere. Aprioristicamente non possiamo escludere nulla e dobbiamo giocare a tutto campo, anche se dobbiamo ricordare che ogni soggetto è diverso dall'altro e che ciò che è valido per l'uno non necessariamente deve essere valido per l'altro. C'è invece spesso la tendenza ad omologare i comportamenti, quasi che l'atto del drogarsi faccia premio su tutto il resto. La gente parla dei drogati, quasi che "i drogati" siamo una categoria omogenea in cui, per il fatto stesso di assumere una sostanza, ciò determini una omogeneizzazione dei comportamenti e delle attitudini. Questo è estremamente sbagliato perché, se è vero che la droga induce dei comportamenti analoghi nei consumatori, è pur vero che ciascun soggetto è diverso dall'altro, a monte e a valle dell'incontro con la sostanza: per cui esiste il tossicomane perbene e quello permale; esiste il tossicomane violento e quello gentile e il violento sarebbe stato violento, la maggior parte dei casi, anche indipendentemente dall'incontro con la sostanza: non è la droga che lo rende violento, spesso, ma è la sua violenza di base che si manifesta e che si sarebbe manifestata anche a prescindere dall'incontro con la sostanza; esiste il tossicomane educato e quello maleducato, il tossicomane acculturato e l'ignorante.

Parlando di "droga" e di "drogati" in generale commettiamo lo stesso errore che commette l'opinione pubblica accomunando tutti i prodotti farmacologicamente attivi e illeciti in unico calderone senza discriminarli, e stigmatizzando il "drogato" senza considerare il suo modo di rapportarsi con una stessa sostanza o assumere sostanze diverse. Per nostra deformazione professionale noi intendiamo drogato o tossicodipendente la persona che assume in qualche modo oppiacei o loro sostituti o sostanze analoghe come effetto. Ma esiste tutto un caleidoscopio di sostanze con caratteristiche e azioni le più diverse a cui ricorrere. Il tossicomane da oppiacei più frequentemente ricerca l'aiuto degli altri. Ma non dobbiamo ignorare tutti coloro che usano ad esempio stimolanti, prodotti con effetto opposto degli oppiacei; non dobbiamo tralasciare coloro che usano droghe di tipo allucinatorio (ormai l'LSD non esiste praticamente più, ma possiamo ottenere analoghi effetti con cocktails di psicofarmaci e alcool). Il tossicomane da oppiacei raramente ricorre a sostanze di tipo allucinatorio o di tipo stimolante. Se vi ricorre, è talvolta a scopo di autoterapia, nei momenti di distacco dalla dipendenza dall' oppiaceo e di non sopportazione di questa nuova configurazione del "se". Forse nell'86-87, quando si parlava di consumatori del weekend, si intendevano essenzialmente i consumatori di sostanze più socialmente accettate, anche se illecite (come gli stimolanti amfetaminici o amfetaminosimili o la cocaina)?

Tutte sostanze che evocano nell'opinione pubblica l'idea del manager: iperattivo, sempre presente a se stesso, lucido, con i tempi che si succedono incalzantemente, piuttosto che l'abulico, l'apatito, l'oppiato, che riposa sotto l'albero pensando ai massimi sistemi.

Sì, il consumo di droghe spazia su 360 gradi e l'attitudine dell'opinione pubblica risente anche

del tipo di effetto della sostanza: l'oppiaceo viene condannato in quanto l'eroinomane fa una scelta di assoluta asocialità e di completa estraneazione dall'ambiente, mentre colui che riesce a gestirsi la sua cocaina e a produrre di più e ad essere più brillante e più attivo viene socialmente più accettato, magari a fare spettacolo e a divertire gli altri. L'opinione pubblica non tanto bandisce l'idea della droga per se, cioè l'idea di un soggetto che si possa modificare, quanto gli effetti delle sostanze e in questo è influenzata anche da fattori culturali e ambientali: penso alle sfilate degli alpini che si concludono spesso con tanta gente alterata, visibilmente "fatta", di alcolici, che viene considerata dall'opinione pubblica con una benevola accettazione ed una simpatica attesa dell'evento, quasi che la sbronza faccia parte del rito: se gli alpini facessero le stesse azioni "fumati" di hashish, la reazione dell'opinione pubblica sarebbe completamente diversa. Quindi esistono anche fattori di tradizione che influenzano la risposta pubblica al fenomeno droga. Forse la scelta del prodotto dipende anche dalla psicopatologia di base del soggetto. L'eroina è un eccellente farmaco antidepressivo ed anche antipsicotico. Altre volte la scelta è legata esclusivamente al caso: il soggetto che prova l'eroina la riprova perché gli è piaciuta, perché si è modificato il suo biochimismo, perché il suo organismo richiede ulteriori dosi di eroina per stare bene, per riacquistare la omeostasi, cioè la costanza del suo "ambiente interno", quello che Claude Bernard chiamava "milieu interieur". Lo scimmione che viene sensibilizzato all'eroina cerca automaticamente sempre di ritrovare lo stesso stimolo e di autoiniettarsi eroina. Lo scimmione probabilmente non aveva grandi problemi esistenziali a monte, ma solamente il gusto di una sostanza diabolica, perché capace di condizionare la biochimica dell'organismo rendendo imperfetto chi l'ha provata alcune volte.

Possiamo affermare che l'eroina conosce un feed-back positivo per l'assuefazione e la susseguente dipendenza che costringe ad assumerla in quanto, non assumendola, si sta male, e la cocaina (o gli stimolanti in genere) hanno un feed-back negativo, autolimitandosi? Oltre un certo limite, il nostro organismo non riesce più a sopportare questa sostanza che lo sfrutta in regime di "fuori giri" e si trova a un bivio: o smettere o buttare il motore?

Direi di sì. Nessun prodotto crea energia, perché notoriamente l'energia non si crea né si distrugge, tutt'al più si potenzia: concentrando energia si aumenta la potenza del motore della macchina umana, ma questo va a discapito delle successive prestazioni. Un motore troppo sfruttato per effetto della sostanza è destinato ad essere buttato prima, essendo incapace nel prosieguo del tempo anche delle prestazioni normali.

Come interpretare nella nostra più che decennale esperienza il fatto di aver conosciuto parecchie migliaia di tossicodipendenti da oppiacei e di ricordare pochissime persone che invece assumevano stimolanti o cocaina come oggetto primario d'abuso?

Forse perché i soggetti che fanno uso di altre droghe che non sono oppiacei non vanno ad un centro antidroga.

Non si assiste in Italia ad un fenomeno, abbastanza diffuso tanto nei paesi anglosassoni che in quelli in via di sviluppo: l'uso e l'abuso di droghe "fatte in casa", le cosiddette droghe povere (sniffing di colle, solventi, benzina, cocktails preparati con sostanze le più comuni). A che cosa è attribuibile ciò?

E' obiettivamente un fatto molto strano che differenzia l'Italia, e i Paesi del bacino del Mediterraneo, da tutti gli altri paesi del mondo, in particolare da quelli del nord Europa.

Probabilmente una delle concause di questo fenomeno è che da noi esiste una grande abbondanza di haschish, i luoghi di produzione dei derivati della canapa indiana sono vicini, la canapa indiana e i suoi derivati hanno un costo bassissimo e comunque accessibile in paragone alle disponibilità economiche dei ragazzi che si possono drogare e quindi non c'è bisogno di ricorrere a droghe più povere perché il fumo è sufficientemente povero.

Non sarebbe più facile per un giovane o per un bambino di dieci anni cercare di sconvolgersi "sniffando" la benzina da un motorino anziché fumare haschish quando magari non fuma nemmeno il tabacco?

Si, ma in genere questi comportamenti sono legati, nel mondo, a fasce di marginalità estrema che nel nostro paese, diventato ricco e uno dei primi al mondo per qualità della vita, non si ritrovano. Un accenno di sniffing, peraltro, da noi si ha nelle carceri dove la sorveglianza rende difficile, anche se non impossibile, il procurarsi delle droghe maggiori e non è infrequente che, nelle celle, i detenuti assumano il gas delle bombolette colà situate per far da mangiare.

Le grosse difficoltà a capire la malattia "droga", anche nella classe medica, derivano forse dal fatto che non esiste altra malattia con simili caratteristiche. Le malattie acute presentano un decorso con un'inizio, un acme, un miglioramento con guarigione o una morte. Nelle malattie croniche si possono limitare i danni ma non si può sperare in una guarigione nemmeno a distanza di anni: per esempio il diabete, in cui si cerca di limitare i danni, ma non si riesce mai a svezzare dall'insulina un diabetico insulino dipendente nemmeno dopo venti o quaranta anni. Fino alla morte sarà "condannato" all'insulina. La tossicomania non si può classificare né tra le prime né tra le seconde.

E' una malattia cronica ad andamento ciclico, forse l'unica patologia simile è la malaria (malattia cronica con riacutizzazioni cicliche ma anch'essa destinata a protrarsi nel tempo e evolvere o verso la morte o verso la guarigione con o senza reliquati). Molti considerano la tossicomania una condanna a vita; non riescono a capire che prima o poi la tossicodipendenza in quell'individuo avrà fine.

Tant'è che ancora la maggioranza dell'opinione pubblica non considera, per una sorta di maledizione (una delle tante maledizioni a cui è sottoposto il tossicomane), la tossicomania una malattia. Ma, se la definizione di stato di salute secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità è quella di un completo benessere psichico, fisico e sociale e l'assenza dello stato di salute si chiama malattia, mi sembra che il tossicomane sia il prototipo del malato perché è colui che sta male da un punto di vista psichico, da un punto di vista fisico e da un punto di vista sociale. E che sia un malato lo dimostrano anche altri motivi: innanzitutto perché quando chiede aiuto il più delle volte, almeno in una fase dell'evoluzione della sua dipendenza, chiede un'intervento di tipo sanitario: inoltre perché ha una mortalità che è due volte e mezzo più alta della mortalità di una popolazione di pari età; poi ancora per la frequenza elevata di malattie intercorrenti che si sommano al problema base della dipendenza ed infine per il suo stile di vita che è totalmente condizionato dall'auto somministrazione di farmaci e di sostanze attive sull'organismo ed in particolare sul sistema

nervoso centrale da cui il comportamento viene direttamente e proporzionalmente influenzato. Dire che il tossicomane non è un malato, poi, quando il 50% è sieropositivo all'HIV, assume quasi il valore di una beffa per quanti per questa "non malattia" nei prossimi anni dovranno morire.

Tra gli operatori da più lungo tempo impegnati sul fronte droga, va diffondendosi la convinzione che sempre più tossicodipendenti presentino disturbi di tipo psicotico, molto superiori per numero ed entità di quanto avveniva negli anni passati. Quali fattori potrebbero essere implicati in quest'accentuata psichiatrizzazione del fenomeno? La patologia psichiatrica preesiste o consegue alla tossicodipendenza? L'incremento del numero di soggetti polifarmacodipendenti può essere in rapporto con l'aumento del numero di soggetti con evidenti disturbi psichici?

Sempre maggiore è il numero dei consumatori di droga che presentano contemporaneamente disturbi di tipo psichiatrico. Ne è tipico esempio il soggetto che mantiene un apparente equilibrio della personalità fin quando si droga o assume metadone, per manifestare poi una chiara sindrome dissociativa al momento dell'abbandono dell'involucro protettivo. Ci si può domandare allora se la patologia dissociativa preesista, almeno potenzialmente, all'assunzione di droga, essendo questa un disperato tentativo di automedicazione, oppure ne sia la conseguenza, come effetto sia della lesività delle droghe assunte che dello stile di vita particolarmente disagiato caratteristico del dipendente.

Né è da escludersi che i fattori a monte e a valle possano coesistere, ciascuno con un proprio valore variabile a seconda del singolo individuo, sempre unico e irripetibile. Penso che tale accentuato riscontro di psicotici tra i tossicomani possa essere la conseguenza di tre fenomeni che, per sinteticità, chiameremo effetto conoscenza, effetto farmaco ed effetto società. L'effetto conoscenza consisterebbe nella generalizzata maggiore consapevolezza del fenomeno tra tutti coloro che ci si trovano di fronte in prima linea, come gli operatori dei numerosi servizi che l'urgenza del fenomeno, più che la preveggenza degli amministratori, ha obbligato a costituire.

L'obbligo di rapporto quotidiano con una così imponente mole di problematiche individuali sta selezionando una classe di esperti, i cosiddetti "operatori dei servizi", di giorno in giorno sempre più consapevoli di quanto sia eterogeneo e variegato il quadro patologico che hanno di fronte rispetto a quanto appreso dall'insegnamento ufficiale, e tuttora recepito dalla stampa e dalla pubblica opinione, per cui la droga diffusa dallo spacciatore crea il drogato, da redimere magari in una comunità terapeutica, secondo uno schema mentale stereotipo a tipo riflesso condizionato che lascia poco spazio all'individuo. L'obbligo del rapporto pressoché quotidiano ha creato invece consapevolezze nuove sulla eterogeneità dei consumatori di droga, permettendo così anche un migliore riconoscimento degli psicotici, che la precedente inferiore sensibilità terapeutica era incapace di discernere, passando la psicosi in secondo ordine rispetto al quadro dominante ed apparentemente indifferenziato della dipendenza. L'effetto farmaco consisterebbe nell'aumentata diffusione di droghe che agiscono favorendo la dissociazione anziché combatterla. L'oppiaceo è un farmaco antipsicotico per eccellenza, rappresentando un involucro protettivo e ovattato, rasserenante ed antidepressivo. Il passaggio dall'oppiaceo allo psicofarmaco, così frequente per l'aumento delle polifarmacodipendenze in cui il soggetto assume tutto ciò che trova, a prescindere dal "gusto" del prodotto, ma anche per effetto di un'errata prassi medica che considera comunque auspicabile il passaggio dal cosiddetto stupefacente alla droga psicotropa non stupefacente, ha

effetti spesso devastanti sul comportamento, agendo in modo da favorire la dissociazione. Tipico l'effetto dirompente del famigerato Roipnol, di per se forse il miglior ipnoinducente sul mercato, che, assunto di giorno "per sconvolgersi" in dosi elevate, fa cadere il paziente in uno "stato sognante" dissociato, in cui è norma compiere gli atti più assurdi ed irresponsabili. Il tutto magari grazie ad una ricetta più facile da compilare di quella gialla da stupefacenti e con meno sensi di colpa per il medico, posto che i mass-media sembrano intenti a parlar male più del metadone che del Roipnol, favorendo così nei fatti comportamenti irrazionalmente antiscientifici. Per effetto società intendiamo l'effetto devastante che ha sull'igiene mentale del singolo la drammatica rete di rapporti sociali che opprime il tossicomane e che è destinata a diventare sempre più condizionante quanto più quest'ultimo invecchia. La dipendenza dagli altri e dalla loro cattiveria, l'allucinante catena di umiliazioni e mortificazioni subite in ogni ambiente, l'angosciante solitudine di una cella d'isolamento, il senso continuo di precarietà e d'incertezza, sono tutti cofattori che sembrano capaci di favorire la follia tanto più quanto più a lungo è durata l'esposizione ad essi, come tentativo di compenso per uscire da una situazione invivibile. In tal senso l'invecchiamento del fenomeno, moltiplicando sul singolo l'effetto società, favorirebbe una aumentata diffusione della malattia mentale tra i tossicomani.

Si assiste spesso al fatto che un tossicomane in una situazione di grave crisi (farmacologica, esistenziale, carceraria) sveli tutta un'autolesività insita nel comportamento tossicomano. Classico il "tagliarsi", cioè il prodursi lesioni senza apparente motivo trovandosi quasi poi terapeutizzato da queste lesioni provocatesi, per cui la crisi viene quasi magicamente ad essere risolta. Cosa c'è alla base di questo comportamento irrazionale?

In genere c'è sempre una condizione "borderline" tra normalità e follia. Il soggetto che sente allontanarsi la vita, che sta per uscire di senno, e per uscire di sé, si direbbe quasi abbia bisogno di una stimolazione clamorosa e concreta, tattile e violenta per continuare ad essere aderente alla realtà. Questi gesti di autolesionismo avvengono classicamente in carcere, in una situazione terribilmente difficile, in cui il soggetto appena entrato è lasciato in isolamento, solo con le sue angosce, con la sua astinenza crescente. In questa fase è facile uscire di senno, il tagliarsi obbliga gli altri a farsi carico della sua solitudine e della sua angoscia. Obbliga gli altri a toccarlo, e questo toccarlo, curarlo, fasciarlo contribuisce a far sentire vivo ed ancora aderente alla realtà un soggetto che, carente di droga ed in una situazione esistenziale drammatica ed ambientale rarefatta, teme di uscire da se stesso e trasformarsi in un altro. Difficilmente il tagliarsi ha un reale scopo suicida. Parliamo di scopo dimostrativo, anche se con rispetto e non con derisione, di fronte ad un atteggiamento che è banale considerare strumentale e che deve essere più correttamente valutato come disperata espressione di sofferenza e di voglia di non naufragare.

Un notevole numero di soggetti fa uso di sostanze stupefacenti (di varia natura) senza divenirne dipendente. I consumatori occasionali, i "weekenders" riescono (anche se spesso solo per un certo periodo) ad assumere droga pur mantenendo comportamenti ed inserimento sociali?

Dell'esistenza di una larga fascia di consumatori (bianchi) non tossicomani (neri) non ci si rende generalmente conto in un servizio sanitario antidroga che viene frequentato solo da chi, avendo raggiunto lo stadio della dipendenza, ha urgenti e impellenti necessità di ordine fisico. In altri osservatori, peraltro, quale il tribunale civile ex articolo 100 della 685, che convoca tutti i soggetti segnalati per fatti di droga, è possibile constatare come sia elevato il numero di quanti hanno provato droghe ed hanno subito smesso, oppure, pur continuando, non ne sono totalmente dipendenti, potendo così mantenere un certo grado di autonomia e di inserimento sociale, compatibile anche con una pressoché normale attività lavorativa. Spesso, peraltro, è proprio dalla fascia dei compatibili che, dopo un periodo più o meno lungo a secondo delle risposte individuali, provengono i nuovi tossicomani. Paradossalmente, è proprio da questo gruppo di non dipendenti che proviene l'aumento del numero dei morti, essendo più probabile l'incidente e l'overdose in chi, da un lato è privo dello scudo protettivo dell'assuefazione, dall'altro è anche meno avvezzo all'uso della siringa e della via endovenosa.

Sono trascorsi ormai gli anni in cui il fenomeno droga, talora banalizzato e sottovalutato nelle sue gravi implicazioni e ritenuto di facile e rapida soluzione, veniva dall'opinione pubblica e dagli stessi addetti ai lavori ritenuto un "problema degli altri" cui non fosse necessario opporre una strategia di interventi mirati e specializzati. Attualmente si assiste a posizioni altalenanti tra la ricerca e la richiesta di soluzioni rapide e miracolose (leggi più dure—morte agli spacciatori—cure coatte per il T.D. - Comunità Terapeutiche sempre, comunque e per tutti) e una deresponsabilizzazione generale, un passivo "non interventismo" (la droga è un problema sociale, un'emanazione della società malata, per risolverlo dovremmo, o dovrebbero "gli altri", guarire la società). E' dunque realmente molto cambiato dai primi degli anni 70 alla fine degli anni 80 il sentimento comune nei confronti del problema droga?

Negli anni 70, la classe politica e la stessa opinione pubblica hanno ignorato l'ampiezza del problema droga in Italia. Ne fanno testo una serie impressionante di errori, che avrebbero ben meritato qualche sana autocritica. Si va dalle affermazioni di tanti medici "che non hanno mai visto un'astinenza vera", per cui di fronte avevano solo dei mentitori o al massimo degli autosuggestionati, tutt'al più affetti da "pseudoeroinismo", posto che l'eroina che circolava in Italia era talmente a bassa concentrazione da non poter creare tossicomanie, fino alle disquisizioni accademiche contrarie alla costituzione di centri antidroga per non creare "dei ghetti"; e ancora il tentativo, quanto meno ingenuo, di curare i tossicomani "nei comuni presidi socio-sanitari", quasi che un poliambulatorio dell' INAM potesse fare o dire qualcosa a chi si drogava, o la bella invenzione di inserirli nei comuni reparti ospedalieri di medicina, accanto all'infartuato o all'arteriosclerotico, e con assoluta "esclusione" degli ospedali psichiatrici, addirittura sancita per legge; il rifiuto, in nome di una superiore visione politica nostrana, condita di provincialismo, di rendere applicabile in Italia quanto già stava avvenendo in tutto il mondo con un pullulare di iniziative terapeutiche atipiche quanto efficaci, quali Comunità Terapeutiche, free-clinics, drop-in, centri di accoglienza diurni e notturni, programmi metadonici, tanto di svezzamento che di mantenimento ambulatoriale. Addirittura le leggi limitano per i privati la possibilità di fare terapia, banalmente identificata con lo svezzamento, quasi fosse possibile distinguere tra terapia e reinserimento e tutto ciò non sia un nostro schema mentale completamente avulso dalla realtà del

"lungo cammino" necessario per riconquistare l'indipendenza. Alla fine degli anni 80 la situazione sembra cambiata: l'opinione pubblica, caduta ogni illusione per la eloquente evidenza dei fatti, e perché colpita spesso in prima persona, è più consapevole della gravità del problema, anche se sempre alla ricerca della panacea e dei colpevoli. Si diffonde la falsa convinzione che l'unico rimedio sia la comunità terapeutica, indotti in ciò anche dall'attivismo dei leaders delle stesse comunità, carismatici per definizione e necessità, alla ricerca di consensi e di finanziamenti, e vincolati ad una promozione della immagine della propria impresa, promozione che è di per se stessa un importante momento di terapia. Si moltiplicano i gruppi di genitori che hanno scoperto di essere in tanti, ed hanno così superato le primitive remore a manifestare pubblicamente il proprio problema con un effetto benefico, anche in vista del superamento dei propri sensi di colpa. Proprio da tali gruppi di genitori si reclama a gran voce maggiore severità, terapie coatte, una legge che obblighi comunque i ragazzi a star bene. D'altro canto si moltiplicano gli aristocratici fautori della soluzione opposta, con i progetti di liberalizzazione portati avanti sia dalla filosofia della totale libertà individuale che dalla preoccupazione, di colore opposto, di diminuire l'assalto ai propri beni, facendo anche, nel contempo, un dispetto alla mafia. Si accentua infine la tendenza deresponsabilizzante e tutto sommato comoda, ad attribuire la colpa del tutto allo spaccio, identificato in entità quasi mitiche e sovranaturali, alla radice di tutti i mali, e contro le quali chiunque è impotente e, quindi, giustificato, con una riedizione della parabola manzoniana del "dalli all'untore": di fronte allo spacciatore il genitore, l'insegnante, lo stesso drogato, che ci possono fare?.....

Nella storia recente della tossicomania giovanile in Italia, l'eroina costituisce un elemento nuovo, di rottura, una pietra miliare. La ricerca di contestazione, di ribellione agli schematismi, di socializzazione alternativa, l'aderenza a culture e civiltà lontane e idealizzate, teorizzata dai primi consumatori di haschish, finisce tristemente con l'avvento della "regina delle droghe". La socializzazione e, forse, l'identità trovata nei circoli di consumatori di haschish, viene bruscamente a mancare con l'apparire dell'eroina, che, lungi dall'indurre comportamenti aggreganti, ingenera autoesclusione. E' dunque lecito affermare che il consumatore, in gruppo, contesta attivamente, mentre il tossicodipendente da oppiacei sopporta, singolarmente e passivamente la "violenza sociale"?

I primi fumatori di haschish in Italia alla fine degli anni 60, se è vero che si isolano da un contesto sociale disprezzato e deriso, cercano pur sempre un nuovo modo di stare insieme e di comunicare. Non a caso lo spinello è detto "joint" ed è fumato appunto "insieme", nella speranza (o illusione?) vecchia quanto il mondo che la modificazione farmacologicamente indotta dello stato di coscienza serva a far star meglio l'uomo nella propria pelle ed a renderlo meno nemico del vicino.

L'arrivo degli oppiacei, ai primi degli anni 70, tronca bruscamente l'illusione di una nuova integrazione; quanto l'haschish, disinibendo, sembra favorire un nuovo modo di socializzare, tanto l'eroina è la droga della solitudine. Chi si buca, nella prima fase della sua carriera tossicomantica, è perfetto ed onnipotente, ama la droga di un amore folle e totalizzante, non ha bisogno degli altri, non ha amici, se non quelli che gli procurano la roba e che è pronto a tradire e, a volte, finanche ad ammazzare, se questo può portare ad un aumento della sostanza oggetto d'amore. Quando muore, è

abbandonato da tutti, solo, in un giardinetto, nella sua macchina, nel cesso di un bar o di un ospedale. Se sopravvive, lo aspetta un "lungo cammino" in cui disperatamente ricercare un compromesso tra le sue esigenze di dipendente e quelle dell'universo dei "normali", sempre estremamente critico e poco disposto a reinserire chi si è voluto isolare dal contesto sociale. E' il "lungo cammino" della terapia, anch'esso costellato da un alternarsi continuo di emarginazione o di integrazione.

Alcuni aspetti del fenomeno droga nell'epoca attuale si discostano da quelli delle tossicomanie giovanili degli anni '70. In particolare sembra di ravvisare una perdita di prestigio e una crisi di identità del tossicodipendente che non è più avvolto dal vecchio alone magico-avventuroso. La sua immagine ne risulta degradata, venendo sempre più spesso e da più persone considerato qualcuno da compatire piuttosto che da emulare come stile di vita.

Il fenomeno più si è allargato, più ha perso quei connotati culturali che poteva avere all'inizio, più si è imbastardito. Alla perdita di quella immagine del tossicomane hanno concorso anche il degrado di certi servizi assistenziali con il drogato ridotto a travet del metadone: grigiamente e meschinamente in fila in un'ambiente generalmente fra i più squallidi di quelli a disposizione di una unità sanitaria locale, in attesa della grazia di un po' di metadone. Non c'è nulla di eroico o di affascinante in questo immeschinarsi nella routine quotidiana della ricerca del farmaco sostitutivo; d'altro canto è sotto gli occhi di tutti l'infelicità, l'angoscia, la frustrazione continua e costante della vita di un tossicomane. Tutto questo insieme di fattori ha contribuito ad una perdita di immagine ma anche ad una montata di sdegno e di indignazione nei confronti di un soggetto che attenta alle basi stesse del vivere comunitario da un lato perché fa una scelta di isolamento dal contesto sociale, dall'altro perché attenta ai patrimoni altrui. C'è irritazione, oggi, oltre che compassione nei confronti del drogato. Questa irritazione popolare è alla base della richiesta di maggiore durezza e di maggiore severità nei confronti di chi si ribella alle leggi della convivenza civile.

Se il re Mida trasformava in oro tutto quanto toccava, anche se poi da questo gliene è derivato un danno più che un beneficio, il tossicodipendente trasforma in letame tutto quello con cui viene a contatto. Questo almeno è il sentimento, se non degli addetti ai lavori, dell'opinione pubblica, delle famiglie che si considerano distrutte a causa della presenza nel loro seno di un tossicodipendente, dei servizi che non possono mantenere un certo status e decoro perché il comportamento dei tossicodipendenti non risponde agli standard medi del soggetto che si cura. Questo considerare il tossicomane bugiardo, strumentale, diabolico, dannoso, corruttore e minatore di tutto quello che può essere l'ordine precostituito, le consuetudini e le norme, serve sicuramente ad emarginarlo maggiormente ed a rendergli più difficile una compatibilità sociale; ma, se vogliamo, serve anche ai cosiddetti normali, ai giusti, ai terapeuti, agli inseriti, per rivalutare se stessi: in fin dei conti "in terra di ciechi beato chi ha un occhio" e quindi più il tossicomane viene colpevolizzato ed emarginato più il cosiddetto normale si sente tale, anche se poi in effetti a ben vedere, ha le sue belle patologie gravi ed evidenti che però sono ben poca cosa se rapportate allo status del tossicodipendente.

Il tossicomane è un maledetto, capace di contaminare tutte le realtà con cui viene a contatto. In ogni situazione cerca in continuazione l'aspetto peggiore da enfatizzare: nell'interlocutore esalta qualunque piccolo difetto amplificandolo e distorcendolo. Credo che ci sia una logica in tutto questo: il tossicomane vive sempre in riserva ed ha, come effetto della pressione degli altri, una pessima immagine di se stesso; ha bisogno disperato di scoprire i difetti altrui per sopravvivere e rivalutare se stesso.

Il tossicodipendente ha delle scale di valori completamente diverse rispetto a quelle comunemente accettate e usate: il bello, il funzionale, il resistente, il domani, la previsione sono tutte parole vuote di significato per lui per cui conta solo il qui e l'ora e la possibilità di trasformare situazioni, fatti, denari, cose, persone, occasioni in sostanza stupefacente. Tutto per lui ha un valore zero se rapportato al valore infinito che ha la droga.

Il tutto è logico e comprensibile se alla scala dei comuni valori si sostituisce in prima posizione, al di sopra di tutto e di tutti, la necessità di trovare la droga che è l'unico, assoluto, onnipotente, oggetto d'amore; il resto è silenzio e non conta.

CAPITOLO SECONDO

"Evoluzione e terapia"

E' necessario esaminare più dettagliatamente l'evoluzione del rapporto uomo-eroina, in funzione del tempo, delle implicazioni sull'individuo e delle conseguenze fisiche, sociali, psichiche.

I primi buchi di eroina possono portare al rifiuto netto della sostanza; il soggetto che si buca ha effetti sgraditi e sgradevoli: frequentemente vomita, probabilmente la sua paura dell'incontro con la sostanza gli dà la grande chance di non doverla amare, la storia finisce lì dove è cominciata. Ciò avviene in una piccola percentuale di assuntori anche perché all'eroina si arriva dopo un lungo cammino di superamento delle proprie remore ed inibizioni al riguardo che passa attraverso l'uso dapprima di droghe apparentemente più innocue, di più facile reperibilità, di più basso costo per arrivare poi all'oppiaceo, molte volte tirato per via endonasale. L'atto del drogarsi bucadosi è così autolesivo che non si improvvisa da un giorno all'altro. Per altri il primo buco di eroina è la folgorazione assoluta, il piacere superiore, in genere non tanto il primo buco quanto il secondo, il terzo, i successivi, un senso di onnipotenza, di assoluto benessere, di piacere folle, di reimmersione in un ambiente prenatale, caldo, ovattato, tiepido, protettivo, idrico, affettuoso, in cui tutti gli ostacoli del mondo circostante vengono vissuti in maniera atarassica, in una impregnazione di godimento di cui chi, come noi, non ha mai provato l'eroina è difficile possa parlare e rendere l'immagine e l'idea: uno stato di assoluto, completo, totale, onnipotente benessere. Il tossicomane si ritrova ad essere un dio, uomo e donna contemporaneamente, privo delle necessità dei comuni mortali, onnipotente come mai avrebbe ipotizzato o sperato di essere. E' la cosiddetta fase della "luna di miele" in cui il soggetto è talmente assatanato dalla sostanza che ama di un amore folle e di cui vede solo gli aspetti positivi che per nessuna ragione al mondo intende sospendere la sua assunzione. Se non si capisce che l'eroina è "buona", che l'eroina apparentemente "dà tutto", che l'eroina "fa bene" a tutti i malesseri, non ci si può rendere conto come sia possibile che un soggetto che l'ha provata rinneghi se stesso, la sua famiglia, le sue convinzioni, le sue abitudini, tutto ciò che gli era stato conculcato con l'educazione e si avvii in un lungo cammino in cui c'è solamente il rapporto con la sostanza al primo posto e tutto il resto è silenzio e comunque secondario. Una volta instaurata la dipendenza, la fase dell'onnipotenza comporta un folle amore per la sostanza: l'eroina è tutto, il resto non conta. Ma da un lato si sviluppa l'assuefazione: evidentemente questo benessere non era consentito al genere umano. Le successive somministrazioni di eroina comportano un effetto progressivamente decrescente proprio per un processo di difesa per l'organismo che non gradisce di essere modificato e che, per mantenere l'omeostasi, impara a difendersi dalla sostanza per cui questa, per ottenere lo stesso effetto, deve arrivare in dose maggiore. In parte nascono le prime problematiche esistenziali legate al consumo di droga: la necessità di procurarla, gli sbattimenti, le azioni criminose, il giro, le bugie, i furti, le umiliazioni. Tutto questo ha un costo, esistenziale più che economico, che è il drammatico costo, sempre crescente, dell'abuso di droga. E allora, dalla prima fase di onnipotenza e di amore folle della luna di miele, si passa alla seconda fase, più realistica, dell'ambivalenza, di amore-odio: io ti amo perché non mi dici mai di no e ti odio perché sei alla radice di tutti i miei mali; e mano a mano che passa il tempo, l'aspetto negativo della

droga supera abbondantemente gli aspetti positivi e gratificanti, ma quanto più il mondo è frustrante, quanto più la mia situazione esistenziale è drammatica, tanto più ho bisogno di un attimo di rifiuto in cui ancora l'eroina è capace, sempre, di accogliermi e di proteggermi. E siccome sono passati gli anni, questo mio comportamento è oramai talmente connaturato alle mie esigenze esistenziali che al di fuori del rapporto con la sostanza i ponti si sono bruciati, mi mancano punti di riferimento, non sono più nessuno. Ma è un processo irreversibile che va verso la sconfitta, verso l'odio per la sostanza. Il terzo periodo è quello dell'odio franco: dopo 10 anni di droga non esiste tossicomane che non maledica l'eroina, il momento in cui ha iniziato, che non abbia la bocca amara quando ritorna, nonostante tutto, tra le sue braccia. Si viene a creare una situazione tipo "Sabato del villaggio" in cui non è tanto bello il bucarsi, anzi questo lascia la bocca amara come è amara la domenica, il bello è la ricerca, lo stare in piazza, il sapere chi ha la roba e poi quando ci si fa ci si rimane male: "diman tristezza e noia porteran l'ore". C'è una formula fisica che ben riassume l'evoluzione della tossicomania in funzione del tempo ed è $P \times V = K$ (prodotto pressione/volume = costante). Se P è il fascino della sostanza, la pressione della droga, la esaustività dell'eroina e V è lo spazio delle alternative, tutto ciò che non è legato alla sostanza; all'inizio del rapporto P è massimo e V, quindi, è limitatissimo. Mano a mano che passa il tempo P inevitabilmente diminuisce, per un processo di assuefazione e perché nascono gli aspetti negativi; se P diminuisce, inevitabilmente, per mantenere il prodotto uguale a K, V si allarga: si allarga lo spazio delle alternative, di tutto ciò che non è legato all'uso della sostanza ed alla sostanza stessa. Il problema della terapia è fare in modo che V si allarghi in maniera attiva ed autonoma e non soltanto a rimorchio di una diminuzione spontanea di P: la costituzione di alternative di per se stessa, aumentando V, comporta una diminuzione del fascino della sostanza. Il tossicomane smetterà quando V sarà maggiore di P, quando cioè il fascino dell'alternativa supererà il fascino, ormai ammaccato dall'usura del tempo, della sostanza.

Come si conclude il lungo cammino a fianco della sostanza stupefacente? Alcuni muoiono, qualcuno si salva, qualcun'altro guarisce, qualcun'altro ancora transita nell'abuso di altre sostanze. E' un'evoluzione ineluttabile su cui si può incidere in misura relativa, o è un processo modificabile in ogni sua tappa?

Indubbiamente gli interventi terapeutici sono in grado di modificare il corso naturale degli eventi. Se così non fosse non sarebbe giustificabile la mobilitazione delle tante risorse che la società italiana ha messo in campo per contrastare il fenomeno, in un modello di intervento assistenziale bipolare (pubblico e privato), che ci sembra d'avanguardia nel mondo e che non trova eguale in pressoché nessun'altra nazione. In tale sistema, e con tutte le eccezioni che confermano la regola, il "pubblico" si è fatto carico degli aspetti sgradevoli e sgraditi della somministrazione delle terapie farmacologiche, mentre il "privato" si è fatto carico degli aspetti, altrettanto importanti, delle terapie comunitarie, d'ambiente e, in sostanza, della rieducazione del tossicomane. Dopo dieci anni di droga, che è la durata media della parabola del rapporto con l'eroina, noi parliamo di legge del 33% secondo la quale 1/3 dei tossicomani nel frattempo è morto, 1/3 continua ad essere dipendente, 1/3 ha superato la dipendenza. Potrebbero sembrare cifre forti, 1/3 di morti: evidentemente si tratta non solo di quelli che vanno a finire sul giornale perché morti di overdose, ma di tutte le cause che

possono portare a morte, da quelle infettive (epatite, AIDS, endocarditi batteriche, polmoniti), a certi incidenti automobilistici, ai suicidi, a tutta la mortalità direttamente o indirettamente connessa con un fatto di droga. Il terzo che continua non sempre prosegue la vita di piazza, anzi spesso si ricicla su altre forme di dipendenza, diventando ad esempio un alcoolista, che è il tentativo di reinserimento di chi non ce la fa a rimanere drug-free: l'alcoolista essendo un drogato che non si deve sbattere sulle piazze, e che può godere di una rispettabilità superiore a quella del tossicomane da droga illegale. 1/3 supera la dipendenza, quasi che il fenomeno abbia inevitabilmente un andamento di parabola con un inizio ed una fine e che questo inizio e questa fine siano ben delimitati e delimitabili nel tempo in una durata media di 10 anni, anche se parliamo di media e, come i polli di Trilussa, le medie tolgono sempre, o aggiungono sempre, qualcosa a qualcuno: conosciamo gente che dopo 15-18 anni ancora è tossicomane inveterata, altri che sono stati capaci, magari perché sottoposti ad un trattamento terapeutico particolarmente ben riuscito ed efficace, di smettere dopo 4, 5, 6 anni.

Quando un tossicomane "svezzato" ricade nell'uso della sostanza, si ritiene sia per sua "colpa" o per sua perversa compulsione. Una volta disintossicato, non esistono, secondo alcuni, motivi per ricadere nella spirale della droga. Lo svezzamento fisico è generalmente considerato il principale obiettivo di chi cura il tossicomane. E' sempre corretto applicare l'uguaglianza: svezzato uguale guarito?

Terapia non vuol dire semplicemente "disintossicazione", ma è un concetto molto più vasto, in cui gli obiettivi devono andare al di là del puro superamento di una dipendenza fisica, posto che la cosiddetta ricaduta è in realtà l'andamento costante del fenomeno e non un "optional", che potrebbe anche non verificarsi. Anzi, se tossicomane non è colui che si droga, stante che ci si può drogare anche in maniera sporadica o ricreativa, veramente "viziosa" e senza dipendenza totalizzante, ma chi in una data fase della sua esistenza è incapace di sopravvivere senza droga, la disintossicazione e basta è la negazione della malattia, la negazione, cioè, che possa esistere chi, disintossicato, è destinato a soccombere. In realtà tutto il nostro focalizzare l'attenzione sul sistema per superare la dipendenza fisica, non è altro che il sintomo della nostra impotenza a superare la tossicomania nel suo insieme.

Non si può curare qualcuno senza suo esplicito e maturato consenso. Questo è valido in tutto l'ambito delle patologie mediche, ancor più lo è in campo di tossicodipendenza. Però chi accetta di farsi curare è meno malato di chi non solo non accetta ma non pensa nemmeno minimamente all'ipotesi di aver bisogno di una qualunque forma di terapia. Come comportarsi verso chi non è motivato a smettere?

La terapia di un drogato oscilla sempre tra un polo "liberale" ed uno "coercitivo". A favore del primo sta la constatazione che è impossibile far star bene per forza chi sta male nella propria pelle.

Il benessere obbligato è evidentemente un controsenso. A favore del secondo sta la consapevolezza del circolo vizioso che si viene ad instaurare per l'effetto della droga che più viene assunta più indebolisce ulteriormente la volontà. La strategia di intervento allora non può

essere analoga tra chi vuole smettere e chi non vuole smettere: chi non vuole smettere deve ricevere dal mondo circostante un surplus di attenzione ed un pressing a marcatura stretta che sia capace di far evolvere la condizione di non motivato verso quella di soggetto consapevole della sua patologia e disponibile a curarsi ed a trovare alternative di vita. In questo ambito c'è spazio per interventi di tipo coercitivo capaci di spezzare il circolo vizioso "debolezza dell'Io - rinforzo della debolezza indotto dalla sostanza", ma l'intervento coercitivo non può interessare tutto il lungo cammino della terapia e deve quindi essere limitato solo al suo inizio: alla fase quindi di conversione del soggetto dalla indisponibilità ad iniziare un lungo cammino di cambiamento fino alla disponibilità a mettersi in discussione. Oltre questa fase iniziale, essendo la terapia anche una alleanza tra terapeuta e paziente; la coercizione non ha diritto di cittadinanza e diventa una contraddizione in termini.

L'esperienza ha maturato, nella generalità degli operatori del settore droga, la profonda convinzione che se è difficile intervenire terapeuticamente sul singolo ancor più difficile è farlo sulla coppia quasi che le tendenze a non smettere del singolo anziché sommarsi si moltiplichino o si elevino a potenza se il rapporto terapeutico viene instaurato sulla coppia. Forse che l'aiuto reciproco è in discesa anziché in salita, oppure quale altri motivi sono sottesi a questa grossa difficoltà ad un intervento globale sulla coppia?

Un ambo ha meno probabilità di uscire rispetto al numero singolo. Se uno dei due si trova in una fase positiva non è detto che anche l'altro si trovi sulla stessa frequenza d'onda. Chiaramente il fascino della droga, specie se in casa o facilmente a disposizione, è una strada in discesa meglio percorribile rispetto a quella in salita, piena di spine e di difficoltà di un iter terapeutico. Il richiamo della foresta, soprattutto se è a portata di mano, ha un fascino spesso superiore alla dura realtà della terapia; quindi è buona norma separare sempre le coppie, formali o informali, di tossicomani ed avviarli ad iter terapeutici diversi o comunque distanti fra di loro. Sta poi alla sensibilità ed al feeling del terapeuta di decidere se e quando contravvenire a questa regola.

Oltre a prefiggersi, come obiettivo primario, il definitivo affrancamento dalla droga, a che altro deve tendere un corretto intervento terapeutico? Forse a permettere al tossicomane di "convivere" nel migliore dei modi possibili con la sua "patologia"?

Terapia è un concetto molto vasto che ha a che fare con l'esigenza, primaria ed assoluta, di evitare l'irreparabile e che, come in ogni malattia, non può dimenticare che lo scopo di ogni intervento sanitario in senso lato è quello di aumentare la felicità e diminuire l'infelicità di chi sta male. Fare terapia dunque vuol dire imbarcarsi in un'avventura di lunga durata, in cui fasi di relativo benessere si alterneranno ad altre di disperazione assoluta, ma in cui il passare del tempo di per se svolge un ruolo favorente o positivo, contrariamente a quanto possa sembrare a prima vista.

Per migliorare la qualità della vita sono necessari interventi diversificati, adattati al singolo ed al momento. Ricette miracolose, valide sempre, per tutti, non esistono. E' lecito allora, in nome di un purismo terapeutico, escludere a priori il ricorso ai farmaci e limitarsi a trattamenti "drug free", proponibili questi ultimi soltanto in particolari situazioni ad una parte di soggetti?

Non c'è dubbio che lo Stato ha tutto l'interesse di curare il maggior numero possibile di tossicomani. Per fare questo deve insistere nell'allargare il più possibile il ventaglio delle ipotesi terapeutiche, perché solo così facendo riesce a raggiungere fasce di dipendenti poco disponibili a rapporti alternativi a quello di piazza.

In questo senso si giustificano le terapie farmacologiche ed in particolare il metadone. Quando il tossicomane chiede aiuto, il primo problema è fare diagnosi, capire cioè chi si ha di fronte: un soggetto in luna di miele, o uno che ne ha le scatole piene; un soggetto strumentalmente rivolto ad un centro per rifiutare due o tre giorni e poi ricominciare con novella lena o uno che ha completamente esaurito il suo rapporto di amore con la droga e, pur di smettere, è disposto a tutto?

Solo dopo aver fatto diagnosi si può stabilire l'intervento terapeutico. E' deprecabile il riflesso condizionato dell'opinione pubblica che ritiene che solamente un'intervento possa essere risolutore e gli altri siano tutti quanti inutili o addirittura colpevoli nella perpetuazione della dipendenza. Questo riflesso "drogato-Comunità Terapeutica-guarigione" è un riflesso falso e ingeneroso sarebbe mettere le statistiche a confronto dei cosiddetti successi delle Comunità Terapeutiche con i cosiddetti insuccessi del metadone: per paragonare due interventi si deve necessariamente ipotizzare un substrato costante. In questo caso il substrato è tutto meno che costante in quanto il soggetto che aderisce ad una Comunità Terapeutica è profondamente diverso da quello che cerca una terapia farmacologica; spesso è lo stesso individuo ma sicuramente la fase del rapporto con la sostanza è completamente cambiata. Un soggetto che sceglie un trattamento "drug-free", specialmente se di tipo comunitario, ha raggiunto un livello motivazionale che precedentemente non aveva. Con una certa dose di schematismo potremmo quindi dire che il soggetto che vuole smettere accede ad una comunità terapeutica e il soggetto che non è motivato a smettere accede ad un trattamento di tipo farmacologico sostitutivo. In questo senso le liste di attesa o i lunghi periodi preparatori per entrare in comunità terapeutica sono congeniali non tanto ad una scarsità di posti quanto proprio alla funzione di selezione della motivazione che una lunga attesa inevitabilmente comporta. Il passare del tempo screma le velleità e seleziona il soggetto che veramente può trarre giovamento dalla terapia di tipo comunitario. Mandare un soggetto non motivato in comunità terapeutica comporta l'ingovernabilità della stessa o la fine anticipata, traumatica ed inevitabile del rapporto terapeutico. Ovvero la Comunità Terapeutica, per reggere le provocazioni di un tossicomane che non ci vuole stare, dovrebbe trasformarsi in un durissimo lager.

Al consumo di droghe è spesso preesistente e sotteso un malessere esistenziale. Il rimedio si rivela però peggiore del male, ma spesso una "disintossicazione" intempestiva, slatentizza psicopatologie "tamponate" dall'oppiaceo, con l'unico risultato di far stare ancor più male nella sua pelle chi, secondo l'opinione corrente, dovrebbe considerarsi guarito.

Il concetto di "guarigione" nelle tossicomanie giovanili è molto sfumato: quando la droga è un sintomo di un malessere sottostante, non basta non assumere più droga per "guarire", ancor più di come non basta sfebbrare per poter considerare superata una qualunque malattia infettiva. Se il soggetto che incontra la droga ne diventa dipendente perché sta male, e solo in una seconda fase sta male perché è diventato dipendente, togliere la droga non basta a superare il malessere di fondo, spesso clamorosamente evidente e manifesto, in termini di psicopatologia. Se c'è chi, svezato, si dissocia o sviluppa una dipendenza nuova dall'ambiente "terapeutico" o passa ad una assunzione

non criminalizzata nè criminalizzante, quindi più compatibile, di droghe legali, ovvero anche dopo anni di astensione, si ribuca perché riaffiora il suo male di fondo, la terminologia della "guarigione" appare inadeguata, fino ad assumere i toni di una beffa. Il problema della terapia quindi non è semplicisticamente ed univocamente legato all'assunzione o meno della sostanza illegale, ma è intimamente connesso allo star bene o allo star male dell'individuo, capace di smettere di drogarsi il giorno in cui il suo benessere gli consentirà di sopravvivere. Terapia allora vuol dire cercare "alternative" intendendo per alternativa tutto ciò che consenta al soggetto di sopravvivere senza droga, di alzarsi al mattino con la coscienza, (o la speranza?), di aver qualcosa da fare per cui valga la pena di alzarsi, senza dover ricorrere allo scudo protettivo ed ovattato di una "realtà irreale", farmacologicamente indotta. Ecco perché se l'alternativa è un amore o un lavoro o un interesse qualunque od un superamento della propria incapacità a stare con gli altri, il passare del tempo agisce da involontario terapeuta, favorendo, anche in termini statistici di probabilità, le occasioni e gli incontri non legati alla droga. E se, contemporaneamente, lo charme della sostanza fatalmente diminuisce, tanto per un processo di assuefazione fisica quanto per l'insorgenza clamorosa e sempre meno governabile di aspetti negativi, quanto ancora per l'inevitabile declinare nel tempo di ogni "luna di miele", sarà quindi più facile che l'alternativa acquisti un peso emotivo superiore a quello della sostanza, che allora, e solo allora, potrà essere accantonata. Terapia è dunque un processo lungo in cui gli shunts pur possibili, sono pericolosi, anzi dannosi, come è dannoso costruire una casa senza adeguate fondamenta, ed il cui motivo di fondo deve essere il processo di progressiva riscoperta di una compatibilità e di una integrazione più che la ricerca di una nuova etichetta da ex, dannosa, come dannose sono tutte le etichette. In questo faticoso cammino di ricerca non esistono le certezze assolute, nè le ricette "capaci di", nè i motivi validi per tutti, contrariamente a quanto pensa, illudendosi, un'opinione pubblica tanto preoccupata del fenomeno, da ricercare emotivamente ed istericamente una soluzione, costi quel che costi, dal metter l'eroina dal tabaccaio, fino al suo esatto opposto, di portare tutti i drogati nell'isolotto salvifico di una comunità terapeutica. Superata la fase della negazione totale del fenomeno, ("l'Italia è un Paese sano legato alle tradizioni, la droga da noi non può attaccare") e quella delle varie negazioni parziali ("problema del vicino di casa; pseudoeroismo giovanile, senza dipendenza; fenomeno controllabile nei comuni presidi socio-sanitari") siamo passati alla fase opposta, con la gente sempre alla ricerca di rassicuranti certezze, forse anche per esorcizzare in qualche modo l'ansia che deriva da un fenomeno poco oggettivabile in quanto diverso da caso a caso ed al quale, in realtà, siamo tutti impotenti a dare una soluzione collettiva definitiva.

Può forse ritenersi che, nelle rielaborazioni fantastiche della coscienza comune, il problema droga debba originarsi e risolversi per "magiche" influenze?

Sembra quasi di assistere, nella interpretazione collettiva di un così sconvolgente fenomeno, ad una riedizione, riveduta e corretta della favola di Cappuccetto rosso, in cui il giovane, incapace di giungere a destinazione, incontra, nel bosco della vita, il lupo spacciatore, che lo rende drogato, fino a che compare all'orizzonte il cacciatore buono che, organizzando una comunità terapeutica, uccide il lupo e restituisce Cappuccetto rosso alla vita, magari con tanto di diploma e medaglia da extossicomane.

Spesso la situazione familiare trova un suo proprio equilibrio, spostato a destra o a sinistra del punto ideale, avendo nel suo interno un "diverso", sia esso un tossicomane o una persona che comunque non rispecchi gli schemi classici di comportamento. Molte famiglie faticano a riaccogliere nel proprio seno un ex tossicodipendente che ha acquisito un nuovo ruolo e che scombussola tutto l'equilibrio preesistente. Le famiglie dei tossicomani in trattamento presso Comunità terapeutiche residenziali si sottopongono esse stesse a terapie, per affrontare questa nuova situazione di riequilibrio e di ridefinizione dei ruoli familiari che si avrà con il ritorno del tossicodipendente che, non solo non lo è più, ma ha acquisito una sua individualità e coscienza personale che forse prima non aveva. Che dire del rapporto tra famiglia e droga?

L'ambiente di famiglia di un tossicodipendente è sicuramente malato. Ci si può domandare quanto sia malato a monte e quanto lo sia a valle. Propendo più per la seconda ipotesi anche se l'una non esclude l'altra. L' avere in casa una mina vagante costantemente in pericolo di vita, certo non contribuisce a rasserenare gli altri componenti del nucleo familiare nè ad addolcire i loro comportamenti. Io, peraltro, detesto gli atteggiamenti troppo drastici e le attitudini isteriche di certe madri che arrivano a dire che preferirebbero vedere il figlio morto piuttosto che tossicomane o che considerano la droga la peggiore di tutte le disgrazie, assumendo così atteggiamenti terribilmente aggressivi e violenti nei confronti di quei poveri disgraziati dei figli. Nello stesso modo ho qualche dubbio sulla colpevolizzazione delle famiglie che è il leit-motiv di certa psicologia spicciola per cui, gratta gratta, si trova sempre o si presume di trovare il motivo della dipendenza. Mi sembra che qualunque tipo di patologia, familiare o ambientale, passi sempre in secondo ordine di fronte al fascino della sostanza e al suo potere intrinseco e al caso che ha determinato l'occasione dell'incontro con la sostanza. Io non so quanto incide in percentuale una famiglia, più o meno patologica, nel determinismo della creazione di una tossicomania. Nessuno studio ha potuto mai con sicurezza accertare il rapporto famiglia droga come un rapporto di causa ed effetto.

L'opinione pubblica spesso si attacca, con una speranza e un impeto incredibili, ad ogni soluzione prospettata come risolutiva, ad ogni metodica dichiarata miracolosa, a ogni nuovo tipo di trattamento "definitivo". Negli ultimi tempi grossa popolarità riscuotono metodi consistenti nell'uso di antagonisti. Queste sostanze, se assunte regolarmente, rendono inutile, in quanto inefficace, l'assunzione di oppiacei, che non produrrebbero effetto alcuno. In questo modo il soggetto, demotivato ad assumere eroina, perché non ne ricaverebbe effetti piacevoli, continuerebbe a non bucarsi finché assume questa sostanza. Sicuramente questo metodo, come tutti gli altri, non è miracoloso. Per alcuni però, nella rosa di trattamenti possibili, quello con antagonisti di lunga durata può ottenere buoni risultati. Chi intende mantenersi astinente ma avrebbe magari desiderio talvolta di ricorrere alla sostanza per alleviare una malattia fisica, o un momento di depressione, non è indotto a bucarsi, in quanto inutile, e ricercherà alternative di vita con maggiore impegno.

L'uomo, in tutta la sua esistenza, ha sempre cercato il rimedio, la pillola della felicità, la sostanza capace di, e quindi è naturale che anche nel campo delle tossicomanie, che causano tanta

disperazione in tante famiglie, si cerchi il rimedio miracoloso, la soluzione immediata, il chiodo capace di schiacciare il chiodo. Un'approccio serio al fenomeno esclude la possibilità di miracoli.

Abbiamo pochi mezzi a disposizione e l'importante è usare il mezzo giusto nel soggetto giusto.

Il Naltrexone può essere un ausilio utile in alcuni soggetti anche se chi è incapace di stare bene nella propria pelle ha sempre il coltello dalla parte del manico e nessuno sarà mai capace di costringere nessuno a stare bene.

La vita del tossicomane è una totale dipendenza. Egli non riesce a decidere per se null'altro se non come, quando, con chi procurarsi la sostanza. Per tutto il resto c'è sempre qualcuno che decide o che crede di poter decidere per lui: la famiglia, il servizio, il medico, il prete, l'assistente, tutti sono convinti di avere in tasca la soluzione al suo problema: "...ti svezzi, poi voi in comunità terapeutica, poi andiamo fuori quindici giorni al mare, poi ti inserisco in un lavoro lontano di qui, ti trovo un altro cerchio di amicizie....", e così via. Molto poco è considerato il potere di autodeterminazione del tossicomane. Spesso, se non sempre, ci si adegua e ci si uniforma, ci si riflette nell'immagine che l'altro ha di noi. Meno la gente ci ritiene capaci di autodeterminismo meno noi sviluppiamo le nostre capacità e potenzialità in questa direzione. La pressione del gruppo sociale e familiare induce a cercare una soluzione immediata a un problema che invece non ha immediatamente altra soluzione che non il protrarsi senza eccessivi danni fino a quando il tempo e le mutate condizioni personali e ambientali produrranno risposte possibili e valide. Il tossicomane molto spesso è considerato un pacco postale. Viaggia da un servizio all'altro, affrancato, se non addirittura consegnato a mano con ricevuta di ritorno, da parenti, amici e benefattori, per percorrere una strada che non percorrerebbe mai. Egli sa benissimo quale strada in quel momento gli è necessaria: non per guarire, perché in quella contingenza non ha nessuna intenzione di smettere o possibilità di farlo, ma per poter sopravvivere nel modo meno infelice fino a che non gli si apra uno sbocco valido.

La pressione del gruppo, dei parenti e di coloro che circondano il tossicomane rappresenta uno dei mezzi che evitano la cristallizzazione dello status quo ed una delle concause dell'instaurarsi della crisi, senza arrivare alla quale non è pensabile una evoluzione della dipendenza. Il tossicomane lasciato a se stesso rischia di rimanere totalmente vittima della sua dipendenza senza nessuna possibilità di evoluzione. E' peraltro importante il discorso della modulazione della terapia in funzione delle capacità obiettive di reazione del soggetto in quella fase di evoluzione della sua tossicomania. La terapia non ha obiettivi del tipo "tutto o niente", ma ha anche obiettivi parziali, limitati e modulabili. Difficilmente il gruppo dei parenti e degli amici è disposto ad accettare e tollerare ciò, essendo sempre alla ricerca disperata della soluzione finale del problema. Un sano intervento terapeutico deve invece porsi l'obiettivo della qualità della vita del soggetto e deve essere tale da non peggiorarla ma migliorarla.

Negli anni trascorsi trattando i tossicodipendenti più volte si è avuta l'impressione che terapie o metodologie di intervento, spiegazioni delle cause per il verificarsi o il mantenersi di una tossicodipendenza non servano al tossicodipendente; siano ininfluenti, quando non addirittura dannose, per l'evoluzione in senso positivo della tossicomania nel singolo. Sembra che tutto questo

serva ai terapeuti, alle famiglie, all'opinione pubblica: ai terapeuti forse per narcisismo o per trip salvifico; all'opinione pubblica come pillola anti ansia per dire che si fa qualcosa e che comunque le cause superano le nostre possibilità di intervento. Alle famiglie di tossicodipendenti che, non potendo accettare e sopportare in pieno le proprie responsabilità, fanno autoterapie impegnandosi in associazioni genitori per fare qualcosa, qualunque cosa, il cui risultato non è importate per il tossicomane ma per far star meglio nella loro patologia le famiglie. Che ne pensi?

In effetti si ha spesso l'impressione che molte cose che vengono fatte per il tossicodipendente in realtà poi servano ad altri più che a lui. Stessa impressione si ha con talune manifestazioni di cosiddetta prevenzione che, a volte, sono passerelle dei potentati locali più che reale possibilità di incidere sui motivi per cui il soggetto marginale incontra la sostanza e diventa poi dipendente. C'è sempre questa tendenza a considerare la tossicomania come un fatto trascendente, diabolico; la mafia acquista quasi valore di un'entità soprannaturale contro la quale a poco valgono le nostre forze ed anche poco rilevanti diventano le nostre responsabilità.

L'eroina stende un velo fra noi e la realtà che permette molto spesso di sopportare quello che altrimenti non riusciremmo ad accettare; questo frapporta un velo media gli stimoli esterni abbassandone l'intensità, ed è per questo necessario che ogni stimolazione per giungere al tossicodipendente sia molto più potente di quella necessaria per giungere a una persona normale; questo comporta forse un'abitudine ad alte stimolazioni per cui, mancando quella modulazione di piano e forte ed essendo tutto ovattato, portato nella media, si ha una minore capacità residua di reagire agli stimoli, a meno che questi non siano decisamente fuori dalla norma?

L'oppiaceo riduce i livelli di ansia per cui tutto viene vissuto senza preoccupazione. Qualunque cosa avvenga al di fuori non mi tocca nè mi tange perché, non essendo ansioso, mi viene a mancare il meccanismo che è alla base della reazione. Ogni volta che si fa terapia, bisogna tener conto del rapporto tra stimolo e capacità di ricezione dello stimolo stesso: questa capacità è profondamente modificata nel tossicomane dall'uso continuo di sostanze tanto di tipo depressivo quanto di tipo eccitante, che comunque poi portano ad una successiva depressione intensa del sistema nervoso centrale. Tale assuefazione mitridatizza il soggetto che di conseguenza ha bisogno di stimolazioni intense capaci di superare la sua corazza; il tossicomane cerca sempre stimoli clamorosi e chiassosi (come le radio a tutto volume) ed anche il rapporto terapeutico è insensibile a messaggi paludati e tranquilli tipo psicologo del CIM col suo appuntamento e il suo camice bianco. C'è quindi la necessità di una certa violenza di stimolazione capace di superare la barriera ovattata in cui è annidato il tossicomane e non tutti i terapeuti sono disponibili a questo notevole surplus di sforzo.

Questa overdose di energia che è richiesta al terapeuta per far "passare" i suoi messaggi è una delle concause del suo "burn-out".

Un concetto di crisi e di rottura è elemento costante e necessario per interrompere la normale evoluzione della tossicodipendenza e avviarsi su strade alternative, che possano condurre ad un affrancamento dalla sostanza. La crisi può proficuamente incidere talvolta su soggetti che vivono un "feedback" positivo, autoelimentantesi, di ricerca sempre più spasmodica e sempre più

ingigantentesi della sostanza come unico scopo di vita. In questi soggetti può forse impiegarsi, come necessario momento di crisi, un trattamento obbligatorio, una coercizione che, da una parte spezzi questo circolo vizioso automantenentesi e autopotenziantesi, dall'altra, anche se non permette di trovare subito una via alternativa che conduca all'affrancamento, quanto meno permetta all'individuo di sopravvivere per un periodo, di interrompere quel perverso meccanismo che lo porterebbe quasi inevitabilmente al disastro.

Spesso il soggetto si droga perché sta male e solo in un secondo momento sta male perché si droga. E' chiaro che nessuna forma di coercizione riesce a far star bene una persona che ha deciso di star male. "Se vuoi, puoi" è uno slogan abitualmente utilizzato per convincere il tossicomane a guarire. Il problema è che in certi momenti il soggetto non vuole, ovvero non può volere. La sua malattia consiste proprio nella incapacità e nella impossibilità di volere, impossibilità che è ulteriormente rinforzata dalla continua assunzione di droga che, per effetto farmacologico, contribuisce ulteriormente e sempre più ad indebolire la volontà. In certi momenti sembrerebbe di assistere a un gatto che si morde la coda. Spezzare questo circolo vizioso può essere utile alla evoluzione positiva del caso. Certe volte l'unico modo per spezzare il circolo vizioso non può che essere di tipo coercitivo, quindi la coercizione non serve tanto a far star bene una persona che ha deciso di star male, quanto ad interrompere il circolo vizioso che sembra sempre più forte e senza uscita, permettendo anche all'organismo intossicato di godere di un attimo di rifiato, il che è sempre un effetto positivo indipendentemente dalla prognosi futura e dal raggiungimento di risultati più consistenti e permanenti. Il ricovero coatto è previsto dalla legge 685, anche se mancano strutture idonee e adeguate e specificamente rivolte allo scopo e gli ospedali generali tendono in ogni modo a rifiutare questo tipo di approccio con un paziente sempre scomodo e con ulteriori problemi derivanti dalla coercizione della terapia. Basterebbe la semplice applicazione della norma attualmente vigente per migliorare il tipo di intervento rendendo possibile, se non la risoluzione, quanto meno un'intervallo di recupero in quelli che sono i casi più disperati e apparentemente irresolubili. E' importante però di non abusare della attività di coercizione, pena l'ottenimento di effetti assolutamente controproducenti. C'è il rischio che la società che tende sempre a delegare la risoluzione dei problemi, di fronte al tossicomane tenda ad adottare atteggiamenti di tipo sempre più coercitivo che determinerebbero un'aggravamento della marginalizzazione del tossicomane e della sua patologia depressiva e non porterebbero certo a soluzione ma aggraverebbero ulteriormente le sue problematiche esistenziali. Di tutto abbiamo bisogno in questo settore, meno che di aumentare il "sommerso" con tossicomani che rinuncino a farsi curare per paura delle possibili conseguenze giudiziarie delle loro dichiarazioni.

In Italia finora l'unico vero ricovero coatto è nel carcere, e, per assurdo, per alcuni, in certi particolari momenti, il carcere è terapeutico, molto più che non un ospedale, che lo trattenga male, in una struttura inadeguata, anti terapeutica, per un periodo di tempo limitato, contro la sua volontà.

I ricoveri coatti, oggi come oggi in Italia, sono al 90% ricoveri coatti per la struttura ospedaliera che rifiuta il tossicodipendente che dunque sfrutta la legge 685 per ottenere un trattamento che l'ospedale non vuole effettuare. Soltanto quando non sa più proprio a che santo

votarsi il tossicodipendente si ricovera, rischiando di essere trattato in modo se non inumano, spesso inadeguato in un ospedale che lo rifiuta, perché la sua unica alternativa a quel punto potrebbe essere il carcere o la morte.

In effetti esistono dei soggetti talmente incapaci di sopravvivere, che lasciati a se stessi in una particolare fase della loro vita sono destinati inevitabilmente a naufragare. Per questi una terapia si configura come la necessità di un contenitore: la Comunità Terapeutica è sicuramente un contenitore; anche il carcere a volte svolge un ruolo analogo: la giornata è scandita da ritmi precisi e "c'è qualcuno che si prende cura di me". Con questo non intendo proporre il carcere come soluzione alla tossicomania, però l'esperienza dimostra che alcune volte un contenitore è migliore della disattenzione che lascia il soggetto in balia di se stesso, in attesa del suo inevitabile ed atteso naufragio. La legislazione italiana è d'avanguardia per quello che riguarda i rapporti tra droga e carcere. Le disposizioni in materia di trattamenti alternativi consentono tutta una gamma di soluzioni diverse dalla reclusione che possono svolgere un adeguato ruolo terapeutico. L'uscita dal carcere è sempre un momento di crisi: il soggetto che contro la sua volontà si era astenuto dalla sostanza stupefacente, nel momento in cui riacquista la libertà nel 90% dei casi utilizza la libertà riacquistata per riprovare l'esperienza drogastica. Se l'uscita dal carcere è sempre un momento di crisi, tanto vale allora ridurre il periodo di reclusione, utilizzando i procedimenti alternativi, in funzione di una "strategia dell'attenzione" rivolta alla crisi-scarcerazione. In questo senso la semilibertà appare lo strumento più adeguato, così come adeguati possono essere, per determinati soggetti, l'affidamento in prova e anche gli arresti domiciliari. Questi ultimi sembrano ad una opinione pubblica distratta un provvedimento liberale e di disponibilità nei confronti del recluso; nella realtà pratica rappresentano una pena a volte estremamente dura: nel carcere c'è una vita sociale che nel chiuso di un'appartamento, magari ristretto, manca del tutto. Il permanere molti mesi chiusi a casa propria può rappresentare l'inizio di altre patologie o un aggravamento di quella preesistente; in questo senso gli arresti domiciliari non sembrano essere particolarmente indicati per i tossicomani se non nella forma di arresto domiciliare presso una struttura terapeutica, come ad esempio una Comunità Terapeutica. Ma la concessione del provvedimento alternativo alla reclusione non deve mai essere un fatto automatico: se così fosse, la ricerca dell'alternativa al carcere sarebbe più motivata dalla voglia di uscire di prigione che da quella di curarsi. Non ho mai conosciuto nessuno che sia riuscito a smettere senza avere prima maturato una adeguata motivazione e i corti circuiti in questo senso non servono: il soggetto deve compiere tutto il "lungo cammino" della sua terapia. Pensare che possano esistere comunità terapeutiche in cui il soggetto viene avviato come un pacco postale indipendentemente dalla sua volontà ovvero con una motivazione che, anziché essere terapeutica, sia quella esclusivamente utilitaristica del soggiornare in un ambiente più gradito di quello carcerario, è una illusione che comporta pesanti conseguenze operative e un disservizio la cui vittima resta sempre l'elemento più debole del sistema, cioè il tossicodipendente.

La terapeuticità degli istituti di pena è ancora da verificare mentre la loro antiterapeuticità ha notevoli elementi di dimostrazione al suo attivo. Forse in un particolare momento di crisi, quando sia indispensabile un distacco, la positività di una carcerazione può essere reale. Il permanere però

a lungo in un'ambiente carcerario, delinquenziale, non aiuta a maturare in positivo, ma solo ad affinare le capacità a delinquere ed eventualmente a procurarsi la sostanza o spacciarla una volta usciti. Certe volte la Comunità Terapeutica residenziale ha regole di vita rigide e di accettazione molto più difficili di quelle che può avere la vita carceraria che, per lo meno in Italia, permette notevoli libertà ed è abbastanza rispettosa dell'individuo. L'istituto degli arresti domiciliari, peraltro, è più ghettizzante, isolante, della vita "comunitaria" nel carcere. Ma per la psiche del tossicodipendente è ancora più pesante l'istituto della semi libertà che reitera un comportamento tossicomane di up and down, di bianco e nero, di tutto e di niente. Di giorno è un "normale" che lavora, che ha amici, che ha un comportamento sociale. Improvvisamente, a una determinata ora (verso le 22), gira l'interruttore e ritorna in carcere dove, di fatto, non ha amici con cui colloquiare, non ha un rapporto umano con nessuno,, né guardie né compagni di prigionia che di giorno godono dello stesso istituto o che, non fruendone, vivono in un contesto sociale carcerario in cui il semilibero è emarginato.

Tutti i provvedimenti alternativi al carcere sono solo apparentemente liberali ed in realtà contengono una loro dose di durezza da non sottovalutare. La "ginnastica terapeutica" è peraltro uno degli elementi che possono concorrere alla crisi: il soggetto che si stanca di un lungo periodo di semilibertà è un elemento che supera la logica carceraria e che si avvia a diventare diverso da quello che è stato in precedenza. Nel carcere c'è una logica aberrante in cui il potere è nelle mani del più delinquente ed è direttamente proporzionale al numero di anni di carcere inflitti. Il tossicomane in questo, nella maggior parte dei casi, è oggetto della violenza altrui; è sempre bene distinguere colui che si droga per delinquere da colui che delinque per drogarsi. Colui che delinque per drogarsi è un tossicomane e il giorno che non lo sarà più non sarà più delinquente; colui che si droga per delinquere o per delinquere meglio è un delinquente e l'atto del drogarsi è solo strumentale al raggiungimento di una migliore capacità eterolesiva e delinquenziale. Nel momento in cui le due categorie si trovano insieme, la capacità di condizionamento va nel senso del più delinquente verso il meno e quindi è controproducente che le due categorie coesistano in un ambiente che di per sé è condizionante e patologico. In questo senso i provvedimenti alternativi, soprattutto se affidati a staff terapeutici validi e con una adeguata filosofia di intervento, appaiono la soluzione migliore rispetto al mantenimento nell'ambiente carcerario.

CAPITOLO TERZO

"Astinenza"

L'astinenza, spesso identificata dalla comune opinione con l'assenza della tossicodipendenza è, come tale, fantasticamente e terroristicamente rappresentata. Parallelamamente, la soluzione del problema droga, per un individuo, è identificata con la di lui vittoria sulla "terribile", "straziante" crisi di astinenza. Pur con le riserve già ampiamente esposte nel precedente capitolo, è forse opportuno inquadrare nel suo reale valore e significato la mitizzata astinenza. Questa famigerata sindrome, allora, che cos'è in realtà?

Sindrome vuol dire insieme di sintomi - Sindrome di astinenza significa l'insieme dei sintomi che presenta un soggetto assuefatto all'uso di droghe pesanti, cioè fortemente capaci di modificare l'organismo, rendendolo ad esse dipendente, quando la o le sostanze, oggetto di abuso, vengono bruscamente a mancare.

La sindrome di astinenza è considerata dai tossicodipendenti come un evento magico e demonizzata in quanto tale: non a caso in tutte le parti d'Italia viene descritta come un qualcosa di ineluttabile, che non ha termine, una tortura, una maledizione che sembra attaccarsi addosso. Da qui derivano terminologie in gergo per indicarla: "rota", "scimmia", "down" ecc. Che cosa è sotteso a questi termini di corrente uso, che cosa significano in sostanza rota, scimmia, down? Sono l'equivalente dell'astinenza o hanno significati più profondi?

Si può dire che in ogni regione la cultura underground tossicomane conia un termine diverso per indicare una stessa condizione limite, penosa, di sofferenza. A Roma l'astinenza è chiamata "rota", forse in ricordo subculturale del '700 romano quando i condannati alla tortura venivano messi alla ruota, e questa sintomatologia dolorosa, carenziale viene inconsciamente rapportata alla tortura della gogna e della "rota". La scimmia è un ricordo di un libro famoso in cui l'autore tossicomane descriveva il peso della droga come quello di una scimmia sulle spalle che ti carpisce, ti attanaglia, ti abbranca, che non scende mai e contro la quale è difficile combattere. Il down indica, con una terminologia inglese in voga soprattutto nel nord Italia, questo senso di discesa da una situazione di pregresso benessere verso livelli inferiori, quasi una discesa all'inferno. In altre zone si parla di carenza o di mancanza: carenza e mancanza di quel quid che permette all'organismo di sentirsi bene e di sopravvivere.

L'astinenza evoca subito alla mente il tossicomane da oppiacei. In realtà l'astinenza non si verifica, anche se con diversa sintomatologia, in chiunque abusi continuativamente di una qualche sostanza e ne sospenda poi bruscamente l'assunzione?

- Certo - L'astinenza non è caratteristica esclusiva di una interrotta assunzione di oppiacei, ma si manifesta anche nei riguardi dell'alcool, della nicotina, di numerosi psicofarmaci. Poco importa dunque se la droga sia legale o illegale, accettata e "digerita" nel suo consumo dalla opinione pubblica ovvero temuta e rifiutata: la legalità o meno delle sostanze non è sempre direttamente

proporzionale al grado di pericolosità delle stesse, ma è influenzata da numerosi altri fattori, tra cui occupano un posto preponderante quelli culturali ed ambientali, legati alle tradizioni ed ai costumi di un popolo. Così l'alcool che in funzione della dose è droga mortale è legale, mentre l'haschish, di cui non si conosce la dose letale, è illegale.

Una astinenza grave può costituire un pericolo mortale?

L'astinenza da oppiacei non è mai mortale; possono essere mortali gravi forme di astinenza da alcool o da psicofarmaci, come le benzodiazepine, precedentemente assunti per lungo tempo a dosi elevatissime.

L'astinenza è l'unico segnale vero e obiettivabile della dipendenza da sostanza che ponga l'indicazione di un adeguato trattamento. L'astinenza è però di difficile interpretazione. Consta di sintomi soggettivi e di sintomi oggettivi, un po' come la fame. L'ansia, la fame di oppiaceo interna, questo vuoto che non riusciamo a riempire con niente se non con la sostanza, che è il primo momento dell'astinenza, è praticamente non obiettivabile ma reale, solo poi avremo segni clinici come la tachicardia, l'ipertensione, la sudorazione, la midriasi, e così via, per poi arrivare a volte fino all'eclatanza del vomito, della diarrea, ecc. Ma il dolore renale, il crampo al muscolo, l'insonnia, l'ansia, questa "fame" come si obiettivano?

Sono difficilmente obiettivabili anche se, in genere, i primi sintomi dell'astinenza si accompagnano, oltre alla fame di oppiaceo, ad almeno tre sintomi oggettivi: la midriasi, la lacrimazione e la rinorrea. L'astinenza è sempre il contrario dei sintomi dell'intossicazione acuta: se l'oppiaceo porta secchezza della cute e delle mucose, l'astinenza porterà, per un meccanismo di rebound, abbondanza di tutte le secrezioni, da cui lacrimazione, sudorazione, rinorrea, diarrea; se l'eroina porta bradicardia l'astinenza indurrà tachicardia; atonia intestinale aumento della peristalsi; sedazione eccitamento; calore senso di freddo profondo. I primi sintomi obiettivabili sono legati all'abbondanza delle secrezioni: un ragazzo che tira su il naso, che ha le pupille dilatate e l'occhio acquoso ha elevate probabilità di essere in astinenza se è un consumatore di droga.

Si dice spesso oggi, anche da parte degli addetti ai lavori, che ben raramente si riscontra in un tossicodipendente una astinenza conclamata, con tutto il suo corredo sintomatologico. E' vero ed è forse imputabile alla modica quantità di sostanza pura presente, a causa del "taglio", nell'eroina da strada?

Nel caso dell'astinenza da eroina le esigenze cinematografiche e televisive hanno imposto la drammatizzazione di sintomi che nella realtà non compaiono, come atroci contorcimenti, collassi o vomito di sangue. Il risultato è stato che il mancato riscontro nella pratica quotidiana, anche da parte del personale medico o paramedico, del sintomo clamoroso ha portato molti a snobbare l'astinenza, genericamente sottovalutata e liquidata come "fatto psicologico". Come se la fame fosse un "fatto psicologico". E' peraltro vero che l'eroina da strada è sempre tagliata il che riduce la quantità reale di sostanza iniettata e, di conseguenza, anche l'ampiezza della dipendenza e della relativa astinenza

quando venga a mancare. Se i sintomi sono poco appariscenti, il senso di malessere globale e complessivo che ad essi si accompagna è reale e non va sottovalutato. Un drogato in astinenza va trattato sempre con l'attenzione che deve essere riservata alle persone che soffrono. E' un soggetto "impanicato", ansioso di fronte a tutto, non gratificabile.

E' di frequente riscontro che "grossi" tossicomani superino la dipendenza fisica in modo meno drammatico di quanto accade in soggetti meno pesantemente invischiati nella sostanza, che ne abusano in misura notevolmente minore per frequenza e quantità. Quali fattori influenzano la gravità di una astinenza?

L'ampiezza dei sintomi di astinenza da oppiacei dipende da fattori oggettivi e soggettivi. I fattori oggettivi sono costituiti dal tipo di droga e dalla quantità assoluta che ne viene assunta, ciò che dipende dalla dose assunta quotidianamente e dal tempo di assunzione. Per quanto riguarda il tipo di sostanza, pur nel medesimo gruppo di oppiacei, cioè di tutte le droghe "agoniste" dei derivati dell'oppio, ciascuna ha le sue caratteristiche, legate alla durata di azione, alla via di somministrazione, alle proprie peculiarità chimico-fisiche. Così, ad esempio, l'astinenza da eroina determina una sintomatologia più acuta di quella da metadone, che invece è notevolmente più prolungata. Per quanto riguarda la dose, è abbastanza intuitivo che 500 mg di eroina al giorno per 4 mesi daranno una dipendenza maggiore che se la stessa quantità sia stata introdotta per 2 mesi. E' parimenti intuitivo che 500 mg al dì per 4 mesi comportano una dipendenza, e quindi un'astinenza, venendo a mancare, maggiore di quella provocata da una assunzione di 250 mg al dì per lo stesso periodo. Se la dose costituisce il fattore oggettivo capace di influenzare l'entità dell'astinenza, non va sottovalutato il fattore soggettivo, cioè il modo più o meno ricco di ansia e di paura con cui il soggetto, sempre unico e irripetibile, vive il suo distacco da un oggetto che ha tanto amato più di qualunque altra cosa al mondo e che è stato capace di condizionare la propria vita al punto di rivoluzionarla. L'ansia è sempre capace di creare sintomi fisici, scaricandosi su organi bersaglio. Si può dire che la maggior parte dei sintomi dell'astinenza da oppiacei possono essere "prodotti" anche in un soggetto che non abbia mai avuto rapporto con la droga, come portato di una "distonia neurovegetativa", cioè di un alterato gioco tra simpatico e parasimpatico, indotto da situazioni ambientali ed esistenziali ricche di contenuti generatori di ansia. L'astinenza è certamente una situazione di grave squilibrio, capace, anche solo dal punto di vista emotivo, di creare una sintomatologia somatica, che, una volta prodottasi, è reale e causa di sofferenza non meno di altri fatti morbosi che non trovino la loro origine in squilibri di ordine psichico, ammesso che ne esistano. Il sintomo finale dell'astinenza da oppiacei è quindi la somma algebrica della quota parte di sintomo oggettivamente prodotto dalla carenza di sostanza, più la quota parte indotta dalla situazione esistenziale del soggetto.

Esiste quindi una notevole influenza dei fattori soggettivi, dello stato d'animo, della forza di volontà, che possono attenuare o amplificare la sintomatologia astinenziale?

Certo ed ecco perché in una condizione "protetta", quale quella di una comunità terapeutica, o di mobilitazione delle proprie risorse in vista di un'alternativa valida e praticabile, o anche di

esaltazione momentanea o di nuova dipendenza da persone "carismatiche", l'astinenza decorre in maniera meno drammatica, essendo la componente soggettiva sottratta, anziché addizionata, a quella oggettiva. Se invece l'ambiente circostante è ostile, come può esserlo un ambiente ospedaliero o assistenziale "indifferente" quando non simbolicamente o dichiaratamente ostile, ovvero quando l'astinenza è imposta, oppure giudicata inutile o pedaggio obbligato da pagare contro voglia, il fattore soggettivo si somma a quello oggettivo, producendo stati di sofferenza rilevante, che sarebbe una forma di violenza o di ignoranza considerare irreali o "artefatti", inesistenti nella misura in cui è stata soggettivamente rinforzata.

Se è corretto trattare farmacologicamente il consumatore di oppiacei, non sarebbe opportuno adeguare l'impiego di farmaci, per tipo, quantità e durata ai diversi soggetti piuttosto che applicare rigidi protocolli terapeutici per tutti e sempre eguali?

E' banale trattare ogni astinenza allo stesso modo, con gli stessi farmaci ed agli stessi dosaggi, quasi fosse una realtà costante ed oggettiva, come purtroppo tuttora avviene in numerosi servizi privi di qualunque supporto teorico al proprio operare.

E' costante il tempo che intercorre tra l'ultima assunzione di droga e la comparsa dei primi segni di astinenza?

L'astinenza da eroina inizia 6 ore circa dopo l'ultima assunzione, tanto che questa sia avvenuta per l'usuale via endovenosa che per le meno abituali via inalatoria o per fumo, essendo 6 ore in media la durata di azione della sostanza nell'organismo. Evidentemente la durata di azione è in parte anche funzione della dose, occorrendo più tempo per "smaltire" gli effetti di una quantità particolarmente rilevante, con conseguente ritardo nella comparsa dei segni carenziali.

Anche dopo il superamento del periodo critico dell'astinenza in 2-3 giornate e il termine classico del 5°-6° giorno, molti soggetti presentano per lunghi periodi, anche se in modo meno acuto, alcuni dei sintomi, soggettivi e/o obiettivi propri del periodo di svezzamento. Si è in presenza della cosiddetta "dipendenza psichica"?

Il culmine del malessere si raggiunge in terza giornata, nel mentre si è usi ritenere che in sesta giornata la sindrome sia completamente risolta. Nella pratica, il soggetto "fresco" di astinenza non appare clinicamente in pieno benessere. Tutti gli automatismi, come l'alzarsi, il lavarsi, in una parola il "vivere", diventano per lui motivo di sofferenza e preoccupazione, come se dovesse riabituarsi o reimparare a farli, con una poco sopportabile dilatazione di quel tempo che prima da "fatto" non esisteva.

Il soggetto svezzato sembra quasi una ortensia priva di acqua: basta dargli il liquido di cui ha bisogno e ritorna immediatamente normale. Se ad un soggetto svezzato noi diamo un goccio di un oppiaceo, gli facciamo recuperare immediatamente quella omeostasi che ancora non è stata ritrovata e recuperata. Ci vorranno parecchie settimane, se non addirittura dei mesi, perché il soggetto possa ritornare in piena efficienza così come era prima del primo contatto con l'oppiaceo. Evidentemente questa è una delle concause che giustifica la cosiddetta ricaduta: perché mobilizzando le risorse,

facendo gli eroi si può superare una settimana di difficoltà. E' più facile che accettare dei mesi di non normalità. E' più facile essere eroici ed affrontare "il tacchino freddo" tre quattro giorni, sapendo di dover star male; piuttosto che il limo sotterraneo e insistente di un piccolo malessere che però sembra iterarsi nel tempo e non avere fine.

Il paziente è depresso, "scarburato", presenta anche a distanza di giorni uno dei sintomi della sua pregressa astinenza, variabile da individuo ad individuo ed a lui peculiare: o il mal di reni, o la diarrea, o i crampi, o una sudorazione profusa e anomala, sintomo che può persistere anche per numerose settimane, sia pure alternato a fasi di recuperato benessere. A tale sintomatologia protratta, riduttivamente, viene dato il nome di "dipendenza psichica", quasi non avesse più a che fare con una problematica di ordine fisico.

E' invece probabile che una parte del disturbo fisico legato alla diminuita increzione di oppioidi endogeni, che era alla base dell'astinenza "macroscopica", persista nel tempo, almeno come disturbo del rapporto tra endorfine prodotte e recettori, ciò che comporta una seconda fase astinenziale "microscopica" della durata di alcune settimane, il che rappresenta un momento clinicamente delicatissimo ed importante, almeno quanto viene generalmente disatteso ed ignorato. In tale senso, anche parte della dipendenza psichica deve essere considerata fisica, a carico dei meccanismi organici del sistema nervoso centrale deputati alla omeostasi del sistema degli oppioidi endogeni.

Il corredo sintomatologico ben raramente è presente al completo e in pari misura in più soggetti. Solitamente prevalgono alcuni sintomi, quasi questi e solo questi fossero peculiari, durante l'astinenza, per quel tossicomane.

Anche la "scelta" dei sintomi è funzione strettamente legata al soggetto, su cui influisce, oltre ai fattori sunnominati, anche il patrimonio genetico, con la possibile esistenza di defaillances organiche familiari, che rendono certi apparati più vulnerabili. Così alcuni soggetti enfatizzeranno i sintomi a carico dell'apparato digerente, altri di quello muscolo-scheletrico, altri ancora la depressione, l'astenia e tutta la componente nervosa.

Poiché l'astinenza da oppiacei non crea pericoli per la vita o la salute dell'individuo, alcuni "terapeuti" considerano positivo lo svezzamento attuato senza ausili farmacologici, in quanto le sofferenze provate fungerebbero da deterrente, al ricordo, alla ricaduta nella dipendenza della droga. Ma non è forse corretta e deontologicamente accettabile una disassuefazione attuata con l'ausilio di farmaci, sostitutivi o non?

La terapia dell'astinenza da oppiacei può andare dall'assenza totale di interventi farmacologici fino alla somministrazione di altri agonisti degli oppiacei a scalare. Nel primo caso si configura il cosiddetto "tacchino freddo", cold turkey degli americani, che è il portato di una astinenza totalmente "drug-free". L'imposizione del tacchino freddo è il frutto di una visione moralisteggiante e volutamente, o inconsciamente, punitiva della tossicomania. La razionalizzazione che tenta di giustificarla è che tanto più il soggetto soffre tanto più sarà portato in futuro ad evitare di ricadere in una assunzione di droga, sapendo a quali conseguenze andrà incontro. Il ragionamento pecca di eccessiva logicità, in un campo in cui la logica conta poco rispetto all'emotività ed alla irrazionalità, che peraltro tanta parte costituiscono nel determinare i comportamenti umani. Tanto peggio starà il

soggetto cui è imposto un tacchino freddo, tanto più la sua mente sognerà il momento in cui gli sarà possibile "rifarsi", riconquistando quel benessere, apparente ma per lui sostanziale, che gli è stato violentemente sottratto. Altra razionalizzazione di un tacchino freddo imposto considera il tossicomane come un soggetto incapace di provvedere a se stesso ed in grave pericolo di vita, per cui qualunque violenza è giustificata "per il suo bene". Il sistema, inoltre, servirebbe per "rinforzare la volontà". Classici al riguardo gli incatenamenti in alcune comunità terapeutiche che vanno per la maggiore (anche perché cammin facendo si sono emendate dei loro errori più grossolani), così come il padre che, con l'ausilio dei fratelli "sani" del tossicomane, lo legano al letto per impedirgli di drogarsi, ciò che spesso avviene, specie negli ambienti meno culturalmente dotati. La violenza "aguzzina" di tali comportamenti è pari solo all'ipocrisia con cui si giustifica e conferma la tesi che considera il tossicomane come l'elemento più debole di un sistema, incapace della cattiveria, e quindi della "normalità", di chi lo circonda. Il tacchino freddo imposto, dunque, in genere non è giustificabile stante che il superamento della dipendenza fisica può ottenersi anche con altri metodi più liberali che prevedono l'uso di farmaci e quindi minori sofferenze inutili. Quale che sia il metodo usato per svezzare, questo non influenza minimamente la prognosi futura, che è legata a ben altri fattori che non alla banalità di una astinenza, una delle tante che costellano il "lungo cammino" della terapia. In altri termini l'imporre una sofferenza, inutile nella misura in cui, con altri mezzi, si può ottenere lo stesso risultato, è più il frutto della patologia e del sadismo dei "sani" e dei "normali" che non una effettiva necessità terapeutica. Il discorso, si badi bene, vale solo per l'imposizione di inutili sofferenze e non si applica al concetto di coercizione in genere, posto che in taluni casi un intervento "coatto" di svezzamento (sempre senza sofferenze gratuite) può essere utile come una delle tappe del "lungo cammino", come dicevamo in precedenza.

Come considerare l'impiego di farmaci antagonisti (Naloxone) nella disassuefazione, da alcuni centri a titolo sperimentale attuato?

Non concordo con l'uso fatto da alcuni centri in vena di sperimentazione (sulla pelle degli altri) del Naloxone, somministrato in soggetti già in astinenza, con la scusa di "ripulire i recettori" ed ottenendo l'effetto di aggravare, per l'azione antagonista del Naloxone, i già soggettivamente poco sopportabili sintomi di carenza. Anche l'uso del Naloxone in soggetti dipendenti per scatenare una astinenza a scopo diagnostico è prassi inutilmente violenta, posto che nell'arco di poche ore l'astinenza, così brutalmente accelerata e concentrata, comparirebbe ugualmente seguendo il suo corso naturale.

Non solo i medici, ma gli stessi tossicmani, forse per un desiderio "catartico", ritengono utili, per lo svezzamento, terapie perfusionali. Essendo la perdita idro-salina in corso di astinenza di ridotta entità, salvo casi particolari, un'eccessivo apporto di liquidi, e la conseguente diuresi, non sarebbe in linea generale sconsigliabile?

E' un altro procedimento improprio, molto in uso, specie in regime di ricovero, quello di sottoporre il soggetto in astinenza a grandi quantità di infusioni liquide, somministrate per "disintossicare". A parte i significati simbolici della "flebo", i cui radicali purificatori sono graditi

allo stesso paziente, la somministrazione di liquidi, sottoponendo l'organismo ad una diuresi forzata, non fa che aggravare la sintomatologia carenziale, anche in tal caso provocando sofferenze inutili da ogni punto di vista, sofferenze non mitigate dagli psicofarmaci che generosamente quanto inutilmente vengono di solito aggiunti al liquido di perfusione. Un ciclo di fleboclisi potrà invece rivelarsi utile tanto per i suoi significati intrinsecamente antidroga che per i suoi simboli purificatori e catartizzanti che anche per la sua azione di "rinforzo" aspecifico di un organismo comunque provato e di aiuto al fegato "intossicato", una volta che la dipendenza fisica sia stata superata e che la somministrazione di liquidi quindi non sia più in grado di scatenare una sintomatologia sgradevole da privazione.

L'astinenza va sempre e comunque trattata farmacologicamente?

Posto che l'astinenza è sempre una evenienza antipatica ed una sofferenza che deve essere adeguatamente valutata e rispettata, il modo migliore per superarla è quello che prevede la somministrazione di farmaci, lasciando il tacchino freddo a quei casi in cui il soggetto lo richieda volontariamente, per "espiare" le sue colpe e per mostrare agli altri, ma soprattutto a se stesso, che è capace di elaborare e portare a termine un programma impegnativo. I farmaci più comunemente usati nell'astinenza da oppiacei possono essere agonisti degli stessi (ad esempio il metadone), agonisti-antagonisti (come la buprenorfina) oppure aspecifici (come la clonidina). In linea generale si preferisce l'uso di farmaci non sostitutivi per le piccole astinenze, riservando gli agonisti o gli agonisti-antagonisti alle astinenze più gravi e rilevanti. Per quanto riguarda la clonidina, consigliamo il catapresan in compresse da 0,300 mg 3 volte al dì, unitamente ad analgesici quale l'acetilsalicilato di lisina (Flectadol o Aspegic 500), 3/4 volte al dì intramuscolo o endovena. Tra gli agonisti-antagonisti citiamo la Buprenorfina (Temgesic) tanto in pillole sub-linguali che in fiale, alle dosi: le prime da 4 a 6 da 0,2 mg, le seconde, molto più efficaci, capaci di bloccare l'astinenza con 2 fiale da 0,3 mg al dì. Tra gli agonisti il migliore è il metadone per bocca, la cui dose iniziale dovrà essere quella capace di far stare il soggetto "non male per le successive 24 ore, scalando facilmente la dose nei giorni seguenti a condizione di non assumere contemporaneamente altra eroina, nel qual caso lo scalaggio risulta praticamente impossibile per una sorta di "reazione anamnestic" dell'organismo che si riporta immediatamente alla sua dipendenza iniziale.

CAPITOLO QUARTO

"Incontri e colloqui"

Il tossicodipendente ha le "antenne" e sente se chi gli sta' di fronte ha imparato dalla gavetta, se ha frequentato l'accademia, se ha studiato sui libri, oppure se non sa nemmeno che cosa sia l'eroina.

Predilige non chi ha studiato sui libri o in corsi accademici universitari, ma chi ha vissuto questa esperienza negli anni e ha assorbito attraverso la pelle determinate cognizioni, sensazioni, vibrazioni, che nessun testo e nessun corso può fornire. Questo imbibirsi di "cultura" tossicomana si ha solo col vivere a stretto contatto con diecimila diversi individui, in diverse situazioni, in tanti anni. Sarebbe il top, ma gli operatori formati in questo modo sono pochi.

Sono pochi anche perché il rapporto con il drogato è estremamente duro: il tossicomane è un manipolatore e un seduttore, è un soggetto che ricorre a tutte le armi in maniera diabolica pur di ottenere il suo scopo; è un soggetto che gioca sempre in riserva con la vita, che rischia quotidianamente la morte perché ogni volta che ci si inietta una sostanza di cui non si conosce né la composizione né la concentrazione si rischia inevitabilmente la morte e il sopravvivere o il morire è legato al caso. Il tossicomane, essendo un soggetto perennemente con l'acqua alla gola, sfrutta tutte le doti umane e sovraumane, a volte diaboliche, per sopravvivere e chi ne fa le spese è chi gli sta intorno. Per questo nel mondo è stata descritta una "sindrome di Burn-out" che è la condizione di esaurimento e di bruciamento che colpisce tutti gli operatori che hanno a che fare con il problema del disagio altrui. Tale sindrome, nel caso della tossicomania, si verifica mediamente dopo due anni di attività, il che comporta un elevato turnover degli operatori con difficoltà quindi di acculturazione e di affinamento delle tecniche e delle metodiche. C'è inoltre da dire che lo status sociale dell'operatore non missionario, che si occupa di tossicodipendenze non è particolarmente elevato.

Un oculista viene considerato più di un addetto ad un centro antidroga e anche questo influisce nel facilitare e accelerare il Burn-out. Il rimedio consiste nella rivalutazione di una professionalità che richiede una sensibilità e una acculturazione particolarissime per poter essere sviluppata al meglio nell'interesse del paziente e della società tutta.

Se il Burn-out si verifica dopo pochi anni, gli operatori sulla breccia da più tempo sono particolarmente masochisti, sono tossicomani mancati, sono missionari, sono persone che non troverebbero un'altra collocazione nella vita, o che altro?

Anche qui mi sembra che ogni generalizzazione sia una forma di violenza nel senso che omogeneizza ciò che in realtà è legato all'individuo che è sempre unico e irripetibile. Certo quelli che superano i dieci anni di contatto con tossicomani probabilmente hanno una grossa dose di patologia alle loro spalle che gli consente di trovare soddisfazione in un rapporto che per la maggioranza è terribilmente frustrante.

Parlare con una persona non sempre significa comunicare con essa. Il tutto può risolversi in un atto dovuto, formale, senza un rapporto vero, senza che si crei un "transfert", uno scambio di vibrazioni. Nel colloquio tra un terapeuta e un tossicodipendente talvolta, anziché uno scambio reciproco di emozioni, non si ha altro che uno sterile gioco delle parti, un comportamento dovuto, senza sentimento o con un sentimento di puro e semplice egoismo. Se per rapportarsi è necessario volerlo in due, un colloquio fallimentare va imputato all'operatore, al tossicodipendente, a entrambi, talora a uno talora all'altro?

Il colloquio tra un tossicomane ed un operatore è un incontro tra due persone, una che chiede aiuto, in qualunque modo lo chieda, ed un'altra che sta lì per fornirgli l'aiuto. Tutti e due si possono incontrare, per i casi fortuiti della vita, volendolo o non volendolo: l'operatore può volerlo, se interpreta correttamente il suo ruolo di agganciare più gente che può per avere l'opportunità di migliorare le condizioni della controparte, assolvendo ad un suo preciso compito che è quello di operare, per il quale è pagato o comunque per il quale è impegnato. Anche l'operatore può stare al colloquio cercando di fare di tutto per difendersi dal colloquio stesso: è il classico esempio dell'operatore in Burn-out, che farà di tutto per non fare il colloquio, per mandarlo in vacca o per ridurlo a livello di esercizio burocratico. Generazioni di operatori all'inizio pieni di entusiasmo, freschi, disponibili, sono poi progressivamente discesi verso una involuzione sclerotica, per cui l'operatore bruciato al colloquio preferisce il riempire una scheda. Nel momento in cui il colloquio diventa il pretesto per riempire una scheda c'è sempre qualcosa che non funziona: se dal gusto di un incontro interpersonale si passa all'obbligo di ufficio per il riempimento di un modulo, possibilmente precodificato per evitare lo sforzo di dover scrivere, mettendo solamente delle crocette, vuol dire che si è pericolosamente vicini alla involuzione sclerotica. Siccome il tossicomane bene o male ha le antenne (ha le antenne perché è un ipersensibile, iperestesico; direi che è un iperestesico a monte e a valle nel rapporto con la droga: a monte perché se non era iperestesico avrebbe fatto altre cose che non drogarsi; a valle perché qualunque tipo di sostanza agisce sempre sul sistema nervoso centrale determinando dei "patterns" ascendenti, degli schemi in salita, delle sorte di autostrade neuroniche per cui gli stimoli sensoriali e sensitivi arrivano immediatamente al cervello invece che perdersi nei mille rivoli dei circuiti collaterali in cui le onde nervose, quando non c'è allenamento, si possono disperdere) avverte immediatamente la falsità del rapporto e il colloquio muore prima di incominciare. Ma anche la controparte può essere venuta al colloquio senza volerlo fare: pensa ai ragazzi accompagnati dai genitori, i quali vengono ad un centro antidroga, solamente perché ad un certo momento la situazione familiare è talmente tesa e vicina al limite di rottura che devono fingersi bravi bambini e quindi fare finta di accettare un intervento terapeutico perché da questo far finta dipende, per esempio, la sopravvivenza del vitto e l'alloggio gratuito, o la deca quotidiana, quando non addirittura la complicità e la perversità del genitore che va a comprare l'eroina per il figlio (cosa che mi è capitato di vedere: era un ragazzo che non vedevo da quattro anni: la madre "foraggiava" il figlio a condizione che il figlio non delinquesse e infatti il figlio non ha commesso reati, non è andato a finire in galera, però si è "fatto" come una pigna e continua tuttora a farsi. E la madre mi ha chiamato con l'illusione che io potessi prescrivere una sostanza stupefacente in modo che lei continuava a proteggere e a cristallizzare questa situazione del figlio e il figlio, bontà sua, accettava questa buona droga legale che ha meno

inconvenienti della droga illegale non foss'altro perché si conosce la concentrazione e anche la quantità). Il fatto di venire al colloquio, quand'anche sia una venuta forzata, indica peraltro una disponibilità che per esempio non c'è in chi non viene al colloquio. Quindi se noi facessimo una scala dovremmo prendere prima quelli che se ne stanno in piazza, e non si pongono neanche il problema di andare ad un centro antidroga; poi quelli che ci vengono perché accompagnati forzatamente, e che comunque ci sono venuti perché, per quanto forzata potesse essere la situazione, viene accettata l'ipotesi, magari inconsciamente, di avere un'alternativa alla piazza; poi quello che ci viene con le sue gambe, non forzato da nessuna situazione di oppressione familiare o ambientale particolare ma per una sua necessità, e questo io lo distinguerei in due categorie (anche qui siamo sempre tra il bianco ed il nero, poi la realtà è grigia): quello che viene perché ha un'impellente e contingente necessità da soddisfare e quello che viene perché vuole intraprendere un cammino di cambiamento e quindi si è talmente stancato della droga che vuole ad un certo momento trovare una soluzione alternativa. Il primo è strumentale (bianco), il secondo è il "buono" (nero), poi la realtà è sempre grigia perché anche il buono poi viene mosso da una necessità impellente da soddisfare: un soggetto va a un centro antidroga per un colloquio quando sta' con l'acqua alla gola e non quando sta in paradiso e quindi, che sia predominante l'aspetto strumentale o che sia predominante l'aspetto terapeutico e di buona fede, c'è sempre una commistione tra elementi di necessità impellente da soddisfare (quindi richiesta urgente, immediata da porre al centro antidroga), e l'esigenza a lungo termine di trovare una soluzione al problema della dipendenza.

Spesso pervengono all'operatore richieste di colloquio da parte di un tossicodipendente sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, lecite o illecite. E' giusto acconsentire a porsi in rapporto con chi è "alterato" dalla droga, con quali condizioni e quali accorgimenti?

E' importante la condizione dei partecipanti al colloquio. Nella fattispecie il tossicomane, che può essere "fatto" o non "fatto". La cosa è di fondamentale importanza perché un soggetto "fatto" ha un filtro tra le due persone che devono rapportarsi capace di sovvertire completamente qualunque forma di comunicazione, perché in realtà la comunicazione non è a due ma a tre ed in mezzo c'è la regina, la roba. Se nel colloquio bisogna mandare delle stimolazioni c'è sempre un rapporto tra l'entità della stimolazione e le condizioni di recettività di chi riceve la stimolazione: se il soggetto che riceve la stimolazione è "fatto", la stimolazione deve essere clamorosa ed eclatante perché se no non passa: sarebbe come fare il solletico ad un elefante o ad un rinoceronte. E allora tanti colloqui sono inutili: si può scegliere tra il non farlo per niente e dire "torna domani perché oggi sei fatto e non ci capiamo" oppure assumere degli atteggiamenti clamorosi cioè dare delle stimolazioni che siano tali da superare anche la corazza di atarassia, di imperturbabilità, di non scalfibilità caratteristica di un soggetto "fatto" di una qualunque sostanza che sia droga, illegale o legale che sia. Noi non abbiamo un codice di comportamento fisso: in genere nel rapporto a due ci possiamo anche permettere il lusso di parlare con un soggetto "fatto": quando il colloquio è collettivo, come in una riunione, una persona "fatta" disturba e quindi è buona norma allontanarla: il "fatto" polarizzerebbe l'attenzione degli altri sia con le cose che dice sia soprattutto con le cose che non dice, con i suoi atteggiamenti, con il suo addormentarsi o con il suo straparlare a seconda della sostanza e quindi determinerebbe una deviazione patologica del colloquio e dell'incontro. Ma anche

l'altro, il terapeuta, può essere "fatto", "fatto" dei cavoli suoi, per esempio, "fatto" delle sue preoccupazioni, "fatto" dall'aver litigato con la moglie o con il marito, "fatto" dal non essere presente (se non fisicamente) all'incontro, essere lì solamente per dovere di ufficio, perché non ha nient'altro di meglio da fare, considerando quel colloquio come una cosa da concludere nel più breve tempo possibile per passare ad altri più gratificanti occupazioni (tipo il parlare dei prossimi bikini, oppure dei vestiti o dell'estate romana). Queste cose succedono spesso nei servizi pubblici, raramente in quelli privati mossi da una forte motivazione ideologica. L'handicap del servizio pubblico è quello di essere costituito partendo dalle "razze" (psicologo, medico, assistente sociale, ecc.) e non dai singoli individui.

Il modo di porsi di fronte al tossicodipendente influenza notevolmente il livello di confidenza in un colloquio. Perché questo non si risolva in una recita, è necessario forse che le due persone abbassino le difese proprie dei rispettivi ruoli, al fine di informalizzare al massimo il rapporto. Un ambiente informale, un ruolo più "disinvolto" sono condizioni indispensabili per un colloquio sincero?

Il colloquio è influenzato dall'ambiente in cui si svolge. Pensa al colloquio fatto in galera o in tribunale. In qualità di giudice esperto del tribunale civile, in cui vengono tutti i ragazzi segnalati per questione di droga, e il cui compito è vedere se stanno bene o stanno male e se stanno male farli curare, giudico questo colloquio uno psicodramma abnorme: perché c'è una sorta di giuria (composta da due giudici togati e due giudici esperti e spesso anche dal SAT, quindi cinque, sei persone) in un ambiente che è tutto fuorché terapeutico perché è il tribunale, quindi con le sbarre alle finestre: anche se "civile" sempre tribunale è. Il soggetto deve giocare la parte del bravo ragazzo, di quello che "si, l'eroina l'ho toccata, ma sostanzialmente non la faccio più...": in questo ambiente si avrebbe l'idea che abbandonare l'eroina sia quanto di più facile perché, su dieci persone che ammettono di aver fatto uso di eroina, almeno l'80% dichiara che è qualcosa di superato e di trascorso e che il problema non esiste più. Il colloquio è falsato perché c'è un qualcosa di strumentale che impedisce la sincerità del rapporto. D'altronde dobbiamo considerare che anche il terapeuta ha diritto alla sua psicopatologia che si manifesta a volte con l'eccesso di zelo o di trasporto enfatico nei confronti del suo paziente, altre volte in una sorta di aggressività e di violenza, di rifiuto di tutto ciò che è legato alla droga e al mondo della tossicomania, altre volte ancora con la disperata ricerca di gratificazioni immediate (la ricerca del tutto e subito, che è un ricalcare, mutatis mutandis, l'andamento della tossicomania): l'"io ti salverò", i trip mistici e salvifici che nel momento in cui incontrano il primo scacco si tramutano in una aggressività, in una violenza ammantata di legalità, che non è meno greve della violenza banale del tossicomane. Io sostengo che il tossicomane di per sé non è un soggetto particolarmente violento: se lo è, lo sarebbe stato anche se non era tossicomane. La sua violenza è spesso infantile, di contestazione banale. Ci sono categorie ben più violente dei tossicomani, più eterolesive. Esiste anche una violenza di stato o di regione: quella delle varie circolari elaborate da burocrati più o meno competenti e firmate da politici più o meno interessati all'argomento. Per cui la ricerca della terapia diventa spesso una fonte di disperazione, di affanno, soggetta a repentine modificazioni a seconda degli umori di questa o quella maggioranza politica, di questo o quell'assessore e tutto ciò costituisce una violenza di

regime, di stato, al quale il tossicomane in genere non risponde con adeguata violenza in quanto la sua capacità di sopportare le frustrazioni è terribilmente limitata: di fronte ad un qualunque stress il tossicomane reagisce fino ad un certo punto, al di là del quale ci sono le braccia sempre calde ed affettuose dell'eroina, che non dice mai di no e che è capace di lenire qualunque stress e qualunque dolore. Per questo il tossicomane non si organizza, non si riunisce in club, non fa pressione: perché è incapace di sopportare le frustrazioni anche minime del vivere quotidiano; per questo il tossicomane è un singolo, è un isolato e per questo anche è un disperato.

Talora l'operatore riversa le sue frustrazioni sul tossicodipendente, incolpandolo del fallimento della strategia terapeutica, rivelatasi improponibile per la non aderenza al programma o il mancato rispetto di impegni precedentemente assunti. E' un comportamento da evitare o è giustificabile?

Un punto fondamentale della terapia, è la "non colpevolizzazione". Nella storia di un tossicomane, continuamente, l'ambiente circostante invia messaggi depressogeni e colpevolizzanti: "sei un avanzo di galera, ma ti pare che devo perdere tempo con te, ci hai rovinato, hai rovinato la famiglia, hai rovinato tutti, sei un buono a niente, sei una frana...". Si viene a creare una sorta di circolo vizioso perché chi si droga è un depresso (se non era un depresso non si drogava), un iperestesico che cerca a volte nella droga un supporto farmacologico, un sistema più decente (o meno deprimente) di sopravvivenza. E allora, in un soggetto depresso a monte, che poi ha tanti altri buoni motivi di essere depresso a valle (non trovare la roba, la dipendenza, la cattiveria della gente, il pusher che non si trova, l'ansia di trovare i soldi... in una situazione sempre in bilico che aggrava in continuazione questa depressione), i messaggi generalmente mandati, sia dai familiari sia dai cosiddetti terapeuti, spesso aggravano la depressione: "sei un avanzo della società: è possibile che perdo tempo a curare te quando ci sono i malati veri, e come ti fai, quanto ti fai, perché ti fai?" e tutto questo avviene 30, 40 volte in una storia! Ad un certo momento la risposta diventa un *clique*, una sorta di risposta stereotipa, routinaria e tutto ciò blocca il colloquio. La non colpevolizzazione è un fatto molto importante: occorre cercare di spezzare il circolo vizioso della depressione e di innestare un circolo virtuoso di valorizzazione del soggetto. E' poi tutto da dimostrare che nell'incontro tra i due per forza ci debba essere uno perverso, malato, depresso, e l'altro completamente sano.

Nel primo incontro tra un tossicodipendente e il terapeuta, quest'ultimo ha tutto l'interesse ad agganciare il tossicodipendente per facilitare una prosecuzione futura del rapporto. Se l'irrigidirsi sulle proprie posizioni mette in pericolo ulteriori possibilità di intervento, è lecito in un primo momento essere malleabili e scendere a compromessi? Il fine giustifica i mezzi?

Il primo colloquio deve avere l'obiettivo di non perdere il filo, cioè di lanciare un amo, un messaggio che, anche se non è concludente lì per lì, possa comunque rappresentare un dubbio per cui, nel momento in cui le condizioni si modificano, si arrivi a qualche cosa di positivo. Non ci deve essere l'ansia del "prodotto finito": se pensiamo che la tossicomania evolve nel tempo e che il rapporto con la droga cambia, e che gli aspetti positivi con il tempo tendono a diminuire e a salire

gli aspetti negativi, e che la vera terapia è l'invecchiamento, la conseguenza logica di questa visione è la mancata ansia del prodotto finito. Se uno pensa, al contrario, che più passa il tempo peggio è chiaro che è divorato dalla necessità del prodotto finito, perché domani è peggio. Se noi siamo convinti, come è in realtà, che domani è meglio e che domani è passato un'altro giorno e lo charme della droga diminuisce e possono nascere le alternative non dobbiamo avere l'ansia di trovare soluzioni immediate e risolutive: ci possiamo anche permettere il lusso di seminare qualcosa che poi ci tornerà utile dopo un anno o a distanza di tempo. Però il colloquio qualcosa deve lasciare; per questo deve superare la corazza, deve entrare, ci deve essere un rapporto, un qualcosa che non sia superficiale e nel quale la non indispensabilità di un risultato immediato non ci induca ad essere arrendevoli. Non è necessario per ottenere risultati immediati, accondiscendere ed essere superdisponibili anche a delle condizioni inaccettabili. E' molto meglio un atteggiamento fermo, adeguato a quella che è la propria filosofia di intervento piuttosto che accondiscendere, venendo meno ai propri principi, per ottenere un risultato contingente di un aggancio che, essendo strumentale e basato esclusivamente su un rapporto di *do ut des*, è un rapporto falso che poi viene squalificato dallo stesso tossicomane. Paga di più alla lunga l'atteggiamento fermo e giusto, che viene ricordato, mentre l'atteggiamento del prescrittore o dell'accondiscendente (che poi, in fondo, è un ricalco del padre assente) viene disprezzato: per esempio tutti quelli che hanno prescritto la morfina sono profondamente disprezzati da tutti i tossicomani, quegli stessi tossicomani che quando avevano il loro utile erano dei seduttori, degli incantatori di serpenti, dei gratificatori nei confronti dei dispensatori di morfina.

Molto spesso il tossicodipendente fa leva sul narcisismo dell'operatore, elogiandolo, e denigrando allo stesso tempo gli altri operatori di quel servizio o di altri con cui è venuto in contatto. Si può accettare il gioco della seduzione o l'operatore deve rifiutare questa manovra?

Chi fa il colloquio deve sapere con chi ha a che fare e deve sapere anche che tra le arti diaboliche c'è la seduzione e c'è anche l'alternarsi di docce fredde e docce calde. Questo crea panico in un servizio, in cui il tossicodipendente arriva e incomincia a gratificare quell'operatore dicendo che è il più bello, il più bravo, il più intelligente, che solo lui lo capisce, non lei, l'altra, che è cretina, che non lo capisce, che ieri gli ha negato il metadone. Quell'operatore rischia di crederci e quando incontra lei nelle riunioni di operatori la attaccherà, anche perché il tossicodipendente, diabolico gli ha detto: "lei ha detto male di te". Il drogato è diabolico nella sua abilità di fare tutto ciò con metodo scientifico e la cosa clamorosa è che funziona sempre, e che anche gente acculturata, scienziata, studiata, psicologi, psichiatri ecc. cada spesso nel tranello....

E' un arte seducente, affascinante. E' difficile non credere, e poi ognuno di noi, tutto sommato, non aspetta altro che la gratificazione, sentirsi dire io sono meglio di quell'altro. Bisogna cercare di non cadere nel tranello, non dico di essere disincantati perché poi il disincantato si crea una sua corazza, ed allora non passa più niente. Stare al gioco ma non troppo, credere ma non abdicare al proprio senso critico, in un gioco che è un gioco di strumentalizzazione in cui il tossicomane tenta di strumentalizzare il terapeuta ed il terapeuta tende a strumentalizzare il tossicomane: bisogna vedere chi vince, e fino a che punto uno può cedere in vista di una vittoria successiva. Alla lunga, quindi, il colloquio è un sottile gioco di seduzione.

E' corretto subordinare la prosecuzione di un rapporto fra un terapeuta e un tossicodipendente alla sua accettazione della strategia propostagli? In altri termini, è meglio troncare un "feeling" creatosi se il tossicodipendente non rispetta le regole, oppure proseguire ed insistere sperando in tempi migliori?

Credo che la vittoria sia l'aggancio. Aggancio vuol dire creare il dubbio che ci possa essere un'alternativa allo status quo e che per un primo colloquio questo sia il massimo che noi possiamo ottenere. Certo possono sussistere condizioni favorevoli (come una empatia, strisciante o clamorosa, in cui il primo rapporto diventa rapporto di amore, oltremodo intenso, in cui la seduzione funziona nei due sensi) e a un certo momento questo incontro dà un piacere che è sostitutivo del piacere della droga per cui si richiede poi di continuarlo e di intensificarlo nei giorni successivi. Questo può avvenire con gli operatori più disponibili anche a dare. Più si invecchia e più si diventa cinici, scettici, sclerotici, più si tende a non avere tante emozioni, a giocare in riserva. Chi ha giocato ormai tutte le emozioni è bene che non faccia più colloqui e che il colloquio sia svolto da chi è "ruspante", disponibile ed ha sete di conoscenza. Chi ha troppo conosciuto è bene faccia altre cose per non chiudere la porta prima di andare in vibrazione. Il colloquio certe volte deve sostituire il piacere fisico del flash e quindi essere qualcosa di estremamente intenso, emotivamente parlando. A un soggetto che arriva ad un centro antidroga, la prospettiva offerta è quella di abbandonare il suo unico oggetto d'amore e tutto ciò che gli ha riempito la vita fino a quel momento. Pensa che tipo di emozioni sarebbe necessario mettere in gioco per poter sostituire il piacere gratificante, protettivo e materno (la "grande mamma"), dell'eroina con un rapporto interpersonale, e come comunque il rapporto interpersonale sia inadeguato a sostituire l'onnipotenza della droga. E' necessario tenerlo sempre presente, per scongiurare deliri di onnipotenza degli operatori che, spesso, si pongono in rivalità nei confronti della roba: "O io o lei. Scegli chi vuoi. O io o lei." Ci vuole una bella presunzione, considerato che la sostanza è buona e che un rapporto interpersonale difficilmente riesce a dare l'emozione, la protezione e il calore che dà la roba. Bisogna stare molto attenti nel dire: "O io o lei" e accettare anche la sconfitta pensando che questa può essere una sconfitta parziale: non assumere poi atteggiamenti di ripicca nel senso "tu sei andato da quella zozza di eroina, non sei degno del mio amore" ovvero cadere in depressione perché nella scelta tra me e lei ha scelto lei; cosa che determina spesso la più grande depressione degli operatori quasi che l'operare o l'adeguatezza dell'operare sia direttamente proporzionale al numero di soggetti che abbandonano la roba. Capita spesso che operatori dicano: "Io avevo investito tutto su quel ragazzo.. qui non funziona niente.. stava andando bene.. riusciva.. poi s'è fatto pure lui.." e ciò è sintomo della inefficienza, del disastro, della catastrofe; della catastrofe che fa piombare poi il centro (come somma delle singole personalità) in una depressione da cui difficilmente si uscirà.

Sappiamo bene che il tossicodipendente recita spesso e parla e agisce in modo diverso da come vorrebbe. Il terapeuta deve fare altrettanto o mostrare chiaramente i propri sentimenti, a costo di precludersi la prosecuzione del rapporto?

Direi che nel colloquio bisogna essere fondamentalmente se stessi: quindi non essere falsi e non dire cose false perché le bugie hanno le gambe corte. Terrorizzare con discorsi del tipo "hai il fegato scassato" per indurre un tossicodipendente a non drogarsi più è inutile in quanto la reazione non sarà quella voluta (se questo mi determina il fatto di stare peggio non mi drogo più) discorso logico, cartesiano. Piccolo problema: l'atto del farsi non attiene alla logica ma a quanto di più irrazionale c'è nell'individuo. Così si ottiene, con una bugia, un risultato controproducente perché: "io sono depresso, tu mi dici che io muoio se continuo a drogarmi. Ciò mi deprime a tal punto che l'unica possibilità che ho di sopravvivere è farmi e così, almeno, non ci penso e tiro a campare".

Col colloquio il terapeuta, oltre rapportarsi col tossicomane, tenta sempre di influenzarlo per modificare in positivo il suo comportamento. Quando ciò, alla resa dei conti, non avviene, il terapeuta ha fallito nel suo compito?

Il risultato del colloquio può non essere la catarsi o l'avvio alla redenzione: può essere solamente un incontro interlocutorio, un buon incontro interlocutorio: è il seme che fruttifica a distanza, non importa a quanto tempo, l'importante è in quel colloquio essere stati credibili e avere seminato un dubbio che ci possa essere un'alternativa meno autodistruttiva allo stile di vita che il soggetto ha condotto fino allora.

CAPITOLO QUINTO

"Il metadone"

Il metadone... pochi farmaci hanno provocato tante discussioni e prese di posizione da parte di tecnici e "benpensanti". Che cos'è in realtà il metadone e con quali modalità e precauzioni può utilmente impiegarsi per incidere sul fenomeno droga?

Una buona definizione sintetica di metadone si può dare con cinque parole: metadone è una droga, pesante, legale, sintetica, oppiacea. E' droga, perché è una sostanza estranea all'organismo capace di modificarlo quando viene assunta; è pesante perché è capace di indurre assuefazione e dipendenza (anche se l'assuefazione al metadone è inferiore all'assuefazione agli altri oppiacei); è legale perché è ammessa dalla legge; è sintetica perché è sintetizzata in laboratorio; è oppiacea perché, pur non derivando dall'oppio e dal papavero, ma dai laboratori, è capace di dare con gli altri oppiacei il fenomeno della dipendenza crociata, il che vuol dire che un soggetto dipendente da un oppiaceo e che va in astinenza trova sollievo alla sua situazione di carenza dall'uso di una qualunque altra sostanza dello stesso gruppo. La semplice definizione di metadone non spiega la modalità d'uso della sostanza che varia enormemente secondo due tecniche che sono antitetiche l'una all'altra: il metadone, infatti, può essere usato per svezzamento o per mantenimento. La vera origine del metadone è legata a una politica di mantenimento e non ad una di svezzamento. Mi spiego meglio: svezzamento vuol dire superamento di una astinenza con dosi scalari di droga fino ad arrivare a zero nel giro di poco tempo; convenzionalmente lo svezzamento viene ritenuto concluso nel giro di tre settimane anche se questo è solo un ricordo di una prassi americana quando all'inizio Dole propose l'uso di questa sostanza e le agenzie che erano abilitate alla distribuzione di mantenimento ricevevano una quota capitaria per il loro lavoro, per cui bisognava discriminare che cosa fosse svezzamento e che cosa fosse mantenimento e convenzionalmente si disse che ogni somministrazione fino alle tre settimane doveva essere considerata per svezzamento e ogni somministrazione al di là delle tre settimane configurava una situazione di mantenimento. In Italia non esiste nessuna legge per la quale non sia possibile dare il metadone così a lungo quanto il medico ritiene che sia necessario per il paziente, e non esiste nessuna disposizione legislativa e regolamentare che obblighi il medico e il paziente a seguire il programma di svezzamento per ventuno giorni. In altri termini il soggetto che si vuole svezzare può usare il metadone per un tempo maggiore o minore a seconda delle sue capacità di reazione e di superamento della dipendenza.

Posto che nessuno è mai morto per astinenza e che tutti i sintomi dell'astinenza sono estremamente influenzati dalla soggettività, la durata stessa di un programma di svezzamento dipende dalla motivazione maggiore o minore del soggetto a superare la propria dipendenza. Il metadone in questo senso è un palliativo, una sostanza capace di dare sollievo ad una situazione di malessere generalizzato e di riportare una sorta di equilibrio nel soggetto in tempi brevi. Il mantenimento obbedisce alla filosofia opposta: mentre il metadone a svezzamento si propone un obiettivo terribilmente limitato nel tempo (superare un'astinenza in tempi brevi), il mantenimento si propone l'obiettivo opposto, cioè quello di cristallizzare una situazione di dipendenza, sostituendo la dipendenza dall'eroina con la dipendenza dal metadone. Per capire il motivo per cui si possa ipotizzare come valido supporto terapeutico un mantenimento noi dobbiamo necessariamente

studiare, casi alla mano, qual'è l'evoluzione statistica della tossicomania in funzione del tempo. Il mantenimento metadonico non può essere capito se non si associa l'idea del mantenimento a quella dell'evoluzione spontanea della tossicomania indipendentemente da qualunque intervento terapeutico.

Il mantenimento, secondo l'ipotesi iniziale di Dole, configurava due possibilità estremamente diverse: la cosiddetta impregnazione metadonica e la dose minima sufficiente. Impregnazione metadonica: consiste nel dare dosi via via crescenti di metadone fino ad arrivare a dosi alte, stabilizzate nel tempo, per far sì che il soggetto abbia nel metadone una vera alternativa all'eroina.

Essendo i recettori degli oppiacei saturati, l'eventuale ricorso alla droga da strada non produrrebbe risultato e non si otterrebbe l'effetto ricercato. Si proteggerebbe inoltre il soggetto anche da eventuali sovradosaggi. Questa impregnazione metadonica, d'altro canto, comporta un sovraccarico dell'organismo ed alcuni problemi di carattere farmacocinetico, soprattutto nel momento in cui si cerca di "svezzarlo" dalle grandi quantità di metadone assunto e in parte accumulato in organi come il cervello, nei lipidi, nei muscoli. La modalità opposta, quella della dose minima sufficiente affinché il soggetto non stia male, presuppone da parte del soggetto dipendente una valida motivazione a mantenersi astinente. In questo tipo di trattamento l'assunzione di eroina è possibile e frequente. La "dose minima" rappresenta un male minore, un compromesso, per paura di intossicare con troppa sostanza l'individuo, il cui bisogno di procacciarsi eroina viene a cessare ma che non può considerarsi adeguatamente protetto da un eventuale assunzione, permanendo sempre presente e valida la voglia di "farsi". Attualmente in Italia, come pure negli Stati Uniti, l'impregnazione metadonica non è quasi più praticata e si somministra la dose minima di mantenimento sufficiente affinché il soggetto non abbia il bisogno di ricorrere all'eroina pur potendo assumerla se lo vuole, senza rischiare eccessivamente. Queste considerazioni spiegherebbero l'insuccesso di certi trattamenti di mantenimento, nel corso dei quali i tossicodipendenti assumono eroina regolarmente ciò che costituisce un ostacolo ad accettare l'utilità di un trattamento di mantenimento a "dose minima" e non di "impregnazione" come effettiva e valida alternativa all'eroina. E' forse più corretto un tipo di trattamento in cui, al momento opportuno si diminuisca gradualmente la dose metadonica, salvo poi all'atto della ricaduta eventuale nell'oppiaceo risalire se necessario con la quantità di metadone per trovare un nuovo equilibrio?

Credo che nei servizi ci sia una certa confusione tra lo svezzamento e il mantenimento e che questa pessima nomea pubblica del metadone ed anche il fatto di dare una droga per scacciare una droga, comporti dei problemi in tutti gli operatori deputati alla distribuzione di metadone, per cui tutti tendono ad esorcizzare il problema nascondendo una politica di mantenimento e camuffandola con quella di uno svezzamento. In realtà il metadone serve più a mantenere che a svezzare: lo svezzamento rapido può essere un accettabile modo di superare una dipendenza fisica ma ne esistono altri, forse meno piacevoli, e il risultato finale non cambia, perché il superamento della dipendenza fisica non influisce minimamente, comunque venga ottenuto, nella prognosi finale della tossicomania, che è legata a ben altri fattori che non al banale svezzamento. Il fatto che il soggetto svezzato ricada è l'andamento costante del fenomeno, non è un "optional" che possa o meno

verificarsi. Se il soggetto non ricade non era un tossicomane, ma un consumatore occasionale o ricreativo, vizioso, sporadico; se era tossicomane, è destinato a ricadere e cioè a riassumere quella sostanza. La filosofia del mantenimento è legata alla ipotesi, verificata poi nei fatti, di un andamento della tossicomania verso l'auto-esaurimento spontaneo nel singolo individuo. Questa ipotesi viene confermata dall'osservazione nostra, delle tre fasi del rapporto con la sostanza che si susseguono in un arco di tempo medio di circa dieci anni per cui dopo dieci anni assistiamo, in moltissimi casi, ad una autorisoluzione spontanea del rapporto con la sostanza. Se il tossicomane non è colui che si droga ma colui che, senza droga, è destinato a soccombere, il togliere la droga come unico intervento terapeutico implica la negazione della malattia: se la tossicomania è la malattia di colui che è incapace di sopravvivere senza droga e io gli tolgo la droga, nego che esista un certo numero di persone che, in una data fase della loro esistenza, sono incapaci di sopravvivere senza la sostanza. Partendo da questo presupposto, il metadone viene dato così come si dà l'insulina ad un diabetico. Il mantenimento non è una condanna a morte o una condanna a vita, per sempre, ma solo per quella fase dell'esistenza tossicomantica in cui gli aspetti positivi della droga sono ancora molto più consistenti, nel vissuto del tossico, di quelli negativi: il soggetto è pienamente "assatanato" dalla sua tossicomania, intende continuare ad essere tossicomane, perché senza la sostanza è destinato a soccombere, a stare male ed è incapace di sopravvivere, così si preferisce dare terapeuticamente una sostanza stupefacente al fine di cristallizzare una situazione, in attesa, da un lato dell'evoluzione spontanea, dall'altro di una evoluzione positiva, terapeuticamente indotta, non dal farmaco (perché il farmaco di per se non risolve nessuna situazione esistenziale o tossicomantica) ma da un lavoro ai fianchi, collaterale, svolto dal gruppo dei terapeuti in funzione della psicopatologia o della patologia esistenziale, sociale, ambientale del soggetto e delle sue necessità maggiori o minori di attenzione e di disponibilità terapeutica. Se cioè la tossicomania è destinata comunque ad autoesaurirsi, perché nel tempo tutto scorre e anche gli effetti apparentemente belli della sostanza sono destinati ad essere un ricordo sempre più lontano ed il soggetto elabora delle alternative esistenziali che hanno un fascino maggiore del fascino della sostanza, perché la sostanza perde inevitabilmente come tutte le cose belle e buone parte del suo fascino con il tempo, il passare del tempo non è un fatto negativo, non è una perdita ma è tempo guadagnato, per cui vale la pena cristallizzare una situazione per un certo numero di mesi o di anni, in attesa che si compia questo processo spontaneo di autorisoluzione del fenomeno.

La dose minima necessaria a stare bene permette, per la maggior parte dei soggetti, non di vivere ma di sopravvivere. Non stanno bene bene, non stanno male male, ma non stanno nemmeno normali. Ancora altalenanti nella loro situazione, spesso questa "fame" si concretizza, si verbalizza con la richiesta di una maggior quantità di metadone che permetta, anche solo per pochi giorni o per poche ore, di stare "bene": di vivere anziché sopravvivere, eliminando quello stillicidio costituito dalla microastinenza, presente non solo dopo lo svezzamento, nello stato drug free, ma anche in corso di trattamento prolungato. L'assuefazione, infatti, pur ridotta, si ha anche per il metadone.

Dopo un certo tempo la dose che all'inizio faceva stare bene bene, diventerà scarsa, poi francamente insufficiente. Come regolarsi in questi casi?

Vale sempre il principio che ogni situazione è diversa dall'altra, anche perché, trattandosi di sintomi intimamente psicosomatici, essi sono influenzati o influenzabili dai fattori esterni esistenziali che variano da soggetto a soggetto e nello stesso soggetto in funzione del tempo che passa. Come linea generale non mi sembra adeguata la politica del risparmio della dose: come non è detto che un soggetto che si fa' un grammo di eroina stia peggio di uno che si fa mezzo grammo al giorno e che sia più probabile che guarisca dopo; come non è detto che un soggetto che ha duemila di transaminasi in corso di un'epatite acuta stia peggio di uno che ha cinquecento di transaminasi o abbia maggiore probabilità di cronicizzare o di un'evoluzione negativa della sua infezione, allo stesso modo non è detto che chi assume cinque, dieci o venti milligrammi di metadone più di un'altro abbia una prognosi più infausta, o a più lungo termine, perché la prognosi è legata sempre all'esaurimento del rapporto con la sostanza e non all'entità della dipendenza fisica in atto. La dipendenza fisica è l'ultimo dei problemi, perché non esiste dipendenza fisica da cui non sia possibile svezzarsi anche senza trattamenti farmacologici. Lesinare o negare un attimo di rifiato per risparmiare cinque o dieci milligrammi mi sembra una politica controproducente anche se la decisione spetta sempre alla sensibilità clinica del terapeuta che, per questo, non può essere l'ultimo arrivato o colui che non ha nient'altro di meglio da fare, ma uno specialista selezionato attraverso un duro tirocinio ed un confronto continuo sotto gli occhi di colleghi più esperti per selezionare la sua sensibilità terapeutica ed affinare le sue conoscenze in materia ciò che, obiettivamente, in Italia ancora non avviene.

I narcotici classici, gli oppiacei, appiattiscono il comportamento del singolo e uniformano i comportamenti di chi li usa, rendendo quasi standard la categoria tossicomana, privando singoli di personalità e omogeneizzando il tutto. L'uso del metadone, in sostituzione all'oppiaceo naturale, permette invece al soggetto di rimanere più se stesso, non appiattito in uno standard tossicomano: gli permette forse quindi anche di trovare soluzioni ed ipotesi personali e personalizzate, alternative all'uso di oppiacei illeciti.

In effetti il soggetto in terapia metadonica, se ha il dosaggio esatto in funzione della sua dipendenza, è persona assolutamente normale, non distinguibile da un soggetto che non abbia mai consumato droghe. Il metadone non gli serve quindi per sconvolgersi od alterarsi ma solo per riconquistare la normalità perduta: il soggetto in terapia è un soggetto che sta "non male" ovvero che è tornato normale. Tale riconquistata normalità consente al soggetto da un lato qualunque tipo di attività lavorativa, dall'altro la riconquista di alternative esistenziali praticamente impossibili da raggiungere per chi è sottoposto all'altalena continua di stimolazioni "up and down" date dalle altre sostanze stupefacenti.

E' molto delicato fare diagnosi di tossicodipendenza, ma ancora più problematica è la sua terapia farmacologica sostitutiva. A chi dare metadone, a che dosi e per quanto tempo, che tipo di decisioni adottare in caso di ricadute nell'abuso di eroina durante il trattamento con metadone; come individuare per ogni soggetto la quantità sufficiente, lo scalaggio o l'eventuale mantenimento.

Esistono linee guida che possono aiutare i medici: sono emanate dal Ministero della Sanità e prendono in considerazione la letteratura mondiale e le esperienze internazionali nel campo.

Circolari e direttive, pur rappresentando un valido riferimento, non possono costituire un binario ma soltanto una direzione da seguire con tutte le possibili deviazioni necessarie per individualizzare il trattamento e renderlo efficace sul singolo.

Mi sembra che queste circolari del Ministero della Sanità rappresentino un'ottima base di partenza per l'istaurazione di una terapia metadonica e per questo ad esse va data la massima diffusione. Evidentemente una circolare o un protocollo non possono sostituire la scienza e la coscienza del medico, nè, tantomeno, sostituire la sua esperienza. Ci sono dei fatti sui quali ci si può basare nell'intraprendere una terapia metadonica. Ad esempio non si dovrebbe mai dare metadone ad un soggetto che non sia in astinenza; anche qui ci sono le debite eccezioni: soggetti particolarmente conosciuti o per motivi particolarissimi possono anche impiantare una terapia metadonica in una condizione non di dipendenza ma è l'eccezione che conferma la regola. In linea generale l'unico criterio valido per intraprendere una terapia metadonica è una situazione di carenza cioè di astinenza in atto, essendo questo l'unico indicatore certo di una dipendenza fisica dalla sostanza. L'assunzione in terapia metadonica viene da molti subordinata ad una positività agli oppiacei delle urine, con un madornale errore di prospettiva, posto che la positività agli oppiacei nelle urine indica solo che c'è stata una pregressa assunzione di droga, ma non che si è instaurata una dipendenza, la quale unica giustifica un trattamento con farmaci sostitutivi, ed essendo invece il riscontro obiettivo e solamente clinico di un'astinenza in atto l'unico segno incontestabile che la dipendenza esiste ed il trattamento farmacologico, anche agonista, è giustificabile e opportuno. Se l'astinenza viene poi collegata al criterio anamnestico e ad un esame obiettivo, in cui saranno evidenti i segni delle ripetute assunzioni endovenose e la patologia concomitante ad una tossicomania, la diagnosi può essere facilmente fatta, giustificando l'inizio di una terapia metadonica.

Una volta fatta diagnosi per l'ammissione (diagnosi di dipendenza e non di uso soltanto sporadico della sostanza che non comporta la dipendenza) quali possibili interventi farmacologici possono utilmente impiegarsi, con che criteri?

E' un giudizio sempre clinico: se non c'è dipendenza non c'è astinenza; se c'è astinenza c'è dipendenza. La dipendenza può essere maggiore o minore. Non conoscendo il soggetto è chiaro che bisognerà sempre avere l'obiettivo di svezzarlo e di svezzarlo nel tempo più breve possibile. Il mantenimento è concepibile solo per quei casi in cui ripetuti svezziamenti abbiano dimostrato la loro inutilità. Il mantenimento è una terapia di un soggetto ben conosciuto, non una terapia che si può dare a cuor leggero ad un soggetto sconosciuto nel primo rapporto con un centro. Se volessimo quantizzare un percentuale ipotizziamo che il mantenimento non debba andare a più del 10% dei tossicomani conosciuti perché è chiaro che è sempre preferibile un trattamento "drug free" ad un trattamento con droga che rientra nell'ambito di ciò che in medicina viene chiamato trattamento eroico. Ma se è un errore dare metadone a chi potrebbe sopravvivere senza, è altrettanto un errore non darlo a chi senza è destinato a soccombere; se è un errore sparare ad un uccellino con un cannone è anche un errore sparare ad una corazzata con una fionda.

Se si costituisse un partito dei tossicodipendenti probabilmente avrebbe ancor meno peso specifico del partito dei pensionati: il tossicodipendente non paga e non gratifica chi l'accudisce, non paga le istituzioni, non paga i terapeuti, è scomodo, è un inutile, va soppresso. Su questa base, forse troppo drastica, estremista, sono fondate alcune normative e disposizioni (regionali e locali) che non tengono in alcuna considerazione le linee guide nazionali del Ministero della Sanità facendo e disfacendo a loro uso e consumo, secondo il benessere dei servizi, o della regione, o della popolazione e sempre sulle spalle del tossicodipendente. Probabilmente se si facesse la stessa cosa su un comune cittadino mortale questo si rivolgerebbe al TAR, al pretore, ai carabinieri, all'avvocato; per il tossicodipendente è più semplice ricorrere all'avvocato che ha da sempre, alla sua grande mamma, l'oppiaceo illegale, l'eroina che gli fa dimenticare anche questi soprusi.

La soglia della frustrazione del tossicomane è molto bassa: quando supera certi livelli, scatta immediatamente il riflesso condizionato che gli impedisce di organizzarsi, di unirsi con gli altri, di diventare artefice dei suoi futuri destini e della sua terapia.

Si dice oggi da più parti, non solo da parte dell'opinione pubblica ma anche dei cosiddetti addetti ai lavori, che il metadone in più di dieci anni di sperimentazione a tutti i livelli in Italia non ha risolto il problema della tossicodipendenza se non per pochi individui mentre per molti ha protratto un comportamento tossicomano quasi fosse una polizza di assicurazione contro l'astinenza che permetta di continuare a drogarsi tranquillamente senza dover impegnare troppo delle proprie riserve fisiche, psichiche e sociali per continuare il rapporto con la droga. Se senza metadone si deve assumere eroina tre volte al giorno e delinquere, o comunque arrabattarsi per arrivare a ciò, con il metadone si può godere dell'eroina quando si vuole, avendo sempre una assicurazione contro l'astinenza?

Ci sono pochi farmaci sui quali sono state dette così tante stupidaggini da parte di persone così poco informate come sul metadone: il metadone ha avuto la disgrazia di essere più oggetto di discussione fra i non addetti che fra gli addetti ai lavori e la disgrazia, per un farmaco, di essere più oggetto di diatribe di natura filosofico-religiosa o sociologica piuttosto che di natura tecnico scientifica legata ai suoi effetti.

Ci si chiede, a volte, se la cristallizzazione del fenomeno dovuta all'uso di sostanze quali i sostitutivi (come il metadone) non porti un allungamento della durata della tossicodipendenza (pur se ne diminuisce le conseguenze e i reliquati per il fisico e per la socialità dell'individuo). In altri termini, è possibile dire che anche se il metadone permette una tranquillità grazie alla quale si possono scoprire alternative che, altrimenti, nel giro dell'eroina, non si avrebbe tempo, modo o voglia di cercare, protrae, in un certo senso, la possibilità di usufruire dell'eroina senza riceverne grossi danni. Quindi se da una parte permette più facilmente un impegno per smettere, dall'altra prolunga l'agonia del rapporto con l'eroina. Meglio allora protrarre la tossicodipendenza per anni e uscirne vivi, senza malattie gravi, senza aver trascorso metà della esistenza in galera, senza aver contratto malattie infettive incurabili, senza aver fatto terra bruciata intorno e non poter più

contare sui parenti, sugli amici, e, quindi, non poter più vivere, o piuttosto smettere prima perché costretti?

Non c'è dubbio che, secondo anche quanto fortemente propugnato da una scuola di pensiero in tema di terapia della tossicodipendenza, in particolare da alcuni gestori di Comunità Terapeutiche, la crisi accelera la risoluzione dei fenomeni: il fatto che il soggetto venga lasciato con l'acqua alla gola, venga messo alle corde, venga cacciato di casa, vada in galera, rubi, tutto ciò che può aggravare la sua situazione accelera, enfatizzando gli aspetti negativi legati all'uso di sostanza, il momento in cui al soggetto si accende la lampadina ed è in grado di accettare qualunque soluzione alternativa perché quella legata alla droga diventa troppo drammatica; in questo senso il metadone può agire da elemento di ritardo e di disturbo della crisi. Il problema è valutare sempre nel singolo soggetto il calcolo delle probabilità, che variano da individuo a individuo, sulla reversibilità o meno della crisi e sulla sua pericolosità. In altri termini il rischio deve essere ben calcolato. Un ragazzo da sempre protetto e coccolato dalla sua famiglia, se sbattuto all'improvviso per strada con un comportamento dei familiari contraddittorio rispetto a quello tenuto per anni o per decenni, può non avere le risorse per sopravvivere adeguatamente e trarre giovamento dalla "crisi" così indotta.

Bisogna sempre valutare il rapporto costo-beneficio. Esistono ragazzi assolutamente incapaci di sopravvivenza autonoma perché la dipendenza, in fondo, è uno spazio dell'anima. Chi è dipendente dalla droga è dipendente anche dalla madre, dal padre, dalla famiglia, dall'ambiente circostante.

Esistono soggetti che, fuori dall'ambiente familiare, sono destinati a soccombere. Io non mi sentirei per questi soggetti di invitare ad una terapia aggressiva capace sì di accelerare la crisi, ma anche di essere terribilmente pericolosa. Bisogna sempre domandarsi qual'è l'obiettivo della terapia: la redenzione ad ogni costo? Ovvero l'obiettivo della terapia va modulato in funzione del singolo individuo, della singola fase di evoluzione della sua dipendenza, avendo sempre come meta e come criterio dominante anche la qualità della sua vita immediata e futura. Io credo che l'obiettivo della terapia di un tossicomane non sia esclusivamente l'abbandono della droga; ho visto soggetti arrivati ad una tale fase di affrancamento dalla sostanza, capaci poi di assumerla saltuariamente, senza ridiventare dipendenti; ho visto anche soggetti completamente affrancati che si sono dissociati ed hanno avuta una qualità pessima della loro esistenza. Quindi il problema non può essere affrontato in maniera schematica, drastica e valida per tutti ma va affrontato dopo aver fatto diagnosi, cioè dopo aver capito tutte le implicazioni psicopatologiche legate al consumo di quella sostanza. In questo senso ogni omogeneizzazione di comportamenti terapeutici diventa un modo di essere violenti. Il vero obiettivo della terapia deve essere la qualità della vita presente e futura del tossicomane perché, se il soggetto per accelerare l'affrancamento dalla sostanza è costretto a delle situazioni di crisi che si ripercuotono così negativamente sul suo fisico, per esempio determinando delle patologie infettive che possono diventare anche irreversibili, il gioco non vale più la candela: potremo avere un soggetto non più drogato che muore per le conseguenze delle crisi a cui è stato sottoposto nel momento in cui era dipendente. La diffusione della sieropositività e della infezione da HIV in questo senso mi sembra un'ulteriore convalida della necessità di un approccio che è da ignoranti affermare che non debba essere medicalizzato. La negazione che la tossicomania sia una malattia ricalca vecchi schemi già conosciuti nei Promessi Sposi quando si tentava di negare l'esistenza della peste come malattia e dimostra che nonostante il passar degli anni l'oscurantismo e

l'ignoranza, pur aggiornate all'evoluzione dei tempi, sono tuttora ben presenti nell'opinione pubblica.

Nella difficoltà quotidiana di porre attendibili prognostici sulla tossicomania di un individuo e nell'incapacità di discriminare con una sicurezza matematica se per quel soggetto, in quel momento sia più indicato uno svezzamento, un evento critico che lo ponga di fronte ad una scelta oppure una cristallizzazione, un congelare la sua tossicomania fino a che non si avranno più probabilità di provocare la crisi senza troppi rischi, è preferibile forse attenersi alla regola "primum non nocere".

Meglio metadonizzare due anni di più un individuo mettendolo poi di fronte ad una crisi quando avrà le spalle forti, piuttosto che obbligarlo alla crisi quando ancora è prematuro, con i rischi che ne conseguono, per narcisismo del terapeuta che vede nello svezzamento e nella guarigione un suo successo personale, e invece nella ricaduta una frustrazione della sua scienza e coscienza.

Questa è una buona strategia che va riservata a tutti quei soggetti che siamo certi che in quella fase sarebbero incapaci di sopravvivere senza la droga. Come dicevamo prima, non si tratta di tutti i tossicomani, tanto meno di tutti i consumatori di droghe. Anche da questo aspetto emerge con enfasi la necessità di una diagnosi. La necessità, cioè, che di fronte ad un soggetto che assume droghe si capisca innanzitutto quale è la sua condizione: è un consumatore occasionale ricreativo (bianco) o un tossicomane (nero); un soggetto in "luna di miele" assatanato dalla sostanza e che per nessuna forza al mondo rinuncerebbe ad essa, o un soggetto oramai provato dalle vicissitudini legate al consumo di droga e disponibile a qualunque cosa pur di smettere; un soggetto che rischia pesantemente conseguenze sulla sua salute per una patologia concomitante al consumo di droga o un individuo intonso e che può essere restituito ad integrum senza particolari conseguenze future?

Di qui la necessità di un approccio globale, multidisciplinare, ma con una attenzione alla situazione complessiva dell'individuo al di là di ogni possibile schematizzazione, che è sempre frutto di limitazione e che non porta mai conseguenze positive per il paziente. Io propongo quindi, alla luce di queste considerazioni, tre obiettivi fondamentali della terapia. Primo obiettivo: evitare l'irreparabile, evitare che il soggetto si ammazzi per l'uso diretto o per conseguenza indiretta del consumo di droga. Secondo obiettivo fondamentale: la qualità della vita dell'individuo che, pur essendo un peccatore perché si è drogato, è sempre un essere umano e quindi va fatto di tutto perché la sua esistenza sia il meno infelice possibile o il più felice possibile. Il terzo obiettivo consiste nella catalizzazione, cioè nell'accelerazione, della riscoperta di alternative, intendendo per alternativa tutto ciò che non è legato alla droga e che evidentemente è difficile proporre ad un soggetto che sta con l'acqua alla gola e che alterna tutte le ore della sua giornata tra l'apatia indotta dalla intossicazione acuta e l'angoscia indotta dallo stato di carenza, il che comporta la polarizzazione di tutte le proprie energie per la ricerca di un'ulteriore dose da cui riinizierà il ciclo dell'apatia, della successiva angoscia e della ulteriore ricerca. E' difficile trovare l'alternativa quando si ha in continuazione l'acqua alla gola ed in fondo il metadone ci consente di sostituire un andamento meno tossicomano a quello che è il vero problema esistenziale del tossicomane: l'alternarsi di fasi antitetiche che non trovano mai una quiete, per cui il soggetto passa la sua giornata o bene bene o male male, o in paradiso o all'inferno, o "fatto" o in astinenza. E siccome l'eroina dura mediamente

sei ore nell'organismo, tutto questo si ripete quattro volte al giorno, rendendo pressoché impossibile la riscoperta dell'alternativa. Per problemi banalmente farmacocinetici, il metadone che dura più dell'eroina nell'organismo e che può e deve essere assunto per bocca (e quindi con un'andamento di assorbimento e di eliminazione più lento, più progressivo e più addolcito), consente al soggetto di stare per ventiquattrore non male o normale, non andare in paradiso ma neanche all'inferno, non essere "fatto" ma solamente non in astinenza. Il metadone serve a colmare un fossato che altrimenti resterebbe scavato e inciderebbe pesantemente nella vita quotidiana del tossicomane.

Se non è ipotizzabile sparare a zero col metadone sul consumatore saltuario, occasionale, voluttuario, è invece ipotizzabile ed auspicabile metadonizzare chi, in luna di miele o meglio nelle prime fasi di amore folle per l'eroina, non può vivere senza la sostanza? O, al contrario, il metadone va riservato a chi, alla fine della carriera tossicomane è prossimo alla guarigione? Oppure, non esistono criteri che possano indicare tempi, modi di somministrazione, quantità, opportunità di questo trattamento?

Io credo che non esistano leggi e che l'obiettivo di ogni rapporto terapeutico sia il miglioramento immediato della qualità della vita del soggetto, costi quel che costi. Bisogna inserire in un ipotetico computer tutte le valutazioni dei pro e dei contro legate agli interventi terapeutici e vedere quale, di tutte le possibilità, è capace di migliorare la qualità della vita del soggetto già dall'immediato futuro, senza che ciò comporti particolari controindicazioni per il futuro più lontano.

In questo senso il terapeuta deve giocare a tutto campo, senza essere condizionato da pregiudizi e senza limitarsi a priori, per problematiche di ordine morale o di sua patologia, senza precludersi nessun mezzo. In altri termini il metadone sempre più mi appare come unica possibilità reale di far cambiare vita al drogato da un giorno all'altro, oltre alle folgorazioni tipo Paolo sulla via di Damasco che, al contrario del metadone, non sono né prevedibili né preordinabili.

E' terapeutico concordare col tossicodipendente tempi e modalità di svezzamento? Quali indicazioni generali esistono al trattamento con un farmaco piuttosto che con un altro?

Non esiste alcun valido motivo che non attenga alla presunzione del medico che impedisca di concordare preventivamente la terapia col tossicomane, adattandola poi giorno per giorno sia alla sintomatologia obiettiva che a quella soggettivamente procurata.

Esiste una sostanza, una terapia adatta ad ogni tipo di tossicodipendente? Al tossicomane in "luna di miele" è proponibile l'eroina o la morfina? Al tossicomane che cerca di svezzarsi si possono invece offrire terapie alternative con farmaci non specifici, con narcotici tipo metadone, con narcotici tipo morfina, con altre sostanze ad azione agonista-antagonista oppure un trattamento completamente drug-free? E' possibile quantificare, pur coi limiti propri delle statistiche, quanti tossicomani in percentuale trarrebbero giovamento da un certo tipo di terapia, quanti da un'altra? Se ciò è ipotizzabile, una terapia tipo eroina o morfina "a go go", non avrebbe conseguenze deleterie su quella fascia di utenti che approfitterebbero della derivante grande disponibilità di sostanza sul mercato?

C'è sicuramente un gioco di compatibilità di cui non possiamo non tenere conto. Io sono contrario a qualunque tipo di distribuzione più o meno controllata di droghe che siano tossicomaniogene (cioè capaci di creare nuovi tossicmani) perché qualunque somministrazione di droga comporta inevitabilmente la creazione di un mercato grigio e se la droga è tossicomaniogena il mercato grigio così determinato crea nuovi tossicmani: è quanto è avvenuto a Roma nel momento in cui era di moda prescrivere morfina per la cosiddetta "terapia di morfina" ai tossicmani romani il che ha ingenerato, da un lato, le più forti dipendenze (essendo la morfina medicinale pura mentre la eroina da strada è abbondantemente tagliata e quindi induce una dipendenza minore), e dall'altro ha creato nuovi tossicmani per il fenomeno della "divertion" e la creazione del mercato grigio parallelo. Qualunque tipo di terapia sostitutiva non deve inoltre rintanare eccessivamente il tossicmane nel suo guscio, pena la non evoluzione della situazione individuale: una situazione eccessivamente di comodo contrasta con la necessità della crisi che è l'elemento che fa scattare l'evoluzione in positivo dalla dipendenza alla indipendenza. L'unico farmaco sostitutivo accettabile in tal senso è il metadone in quanto non tossicomaniogeno (il metadone non genera nuovi tossicmani) ma esclusivamente capace di far stare non male o normale chi è già dipendente e non di sconvolgere chi non è dipendente; in altri termini il metadone serve a sanare una situazione già compromessa e non a crearne delle nuove. Chi si vuole sconvolgere lo fa con altri farmaci, magari anche a maggiore portata di mano, piuttosto che con il metadone.

Come è possibile evitare che i farmaci impiegati per trattare una dipendenza da oppiacei anziché essere assunti dall'interessato vengano da questi commercializzati al mercato nero?

Per evitare il fenomeno della divertion l'unico sistema è la somministrazione in sito e, considerata la cinetica della morfina o dell'eroina, questo dovrebbe avvenire tre o quattro volte al giorno il che impedirebbe qualunque tipo di alternativa esistenziale al soggetto che, in questo modo, sarebbe trattato direi animalescamente e obbligato alla frequenza ripetuta del centro. Non mi sembra una politica né umanitaria né sufficientemente valida per essere tentata. Nel caso del metadone, la "divertion" non è poi un fenomeno così drammatico perché non crea nuovi tossicmani ma va a sanare, nel mercato grigio parallelo, dipendenze già in atto di soggetti che, per motivi qualsiasi, non possono accedere al trattamento ufficiale: perché, per esempio, in quel centro c'è una persona a cui è stato fatto uno "sgarro" in precedenza e per questo si desidera non incontrare, ovvero per motivi di discrezione: l'infermiere dell'ospedale in cui esiste il centro antidroga che non intende rivelare la sua condizione di dipendenza al proprio ambiente di lavoro o altre situazioni particolari legate a problemi di orario come i soggetti turnisti, gente che lavora in aeroporto o opera in lavorazioni a ciclo continuo ed il cui orario di lavoro non è compatibile con quello di apertura del centro. Sono tutti soggetti candidati ad un acquisto clandestino di metadone al mercato grigio. In ogni caso è chiaro che ogni volta che esiste una terapia con farmaci sostitutivi si viene a creare un mercato grigio ma non mi sembra un problema drammatico o da enfatizzare come avviene spesso sui giornali che, ignorantemente, fanno equivalenze tra il mercato grigio del metadone e quello nero dell'eroina.

Per una certa percentuale (un 5%?) di ragazzi in luna di miele o nella fase di amore folle per la sostanza, la cui vita ruota tutta intorno all'eroina non sarebbe meglio fosse anche con morfina o eroina, intervenire terapeuticamente per evitare che, restando nel giro, incrementino il mercato creando nuovi tossicomani? Sarebbe positivo, costituirebbe un buon aggancio per questi soggetti una somministrazione controllata di tali sostanze in un centro di assistenza?

E quale sarebbe il loro futuro? Morfina chiama morfina, droga chiama droga. Una somministrazione endovenosa, perché di questo si tratterebbe, di morfina o eroina comporta dosi sempre crescenti con una responsabilità elevata, da parte dello stato, di rendere i soggetti sempre più dipendenti, fino a renderne automatici i comportamenti e probabilmente irreversibile la condizione esistenziale. E se la somministrazione non fosse adeguata alla richiesta, inevitabilmente si verrebbe a ricreare un mercato nero: i soggetti in parte assumerebbero la droga di stato al centro e in parte andrebbero in piazza per colmare la differenza tra la dose richiesta e auspicata in funzione dell'elevatissima dipendenza e quella che il centro, secondo coscienza, sarebbe in grado di erogare.

Quindi, un'impregnazione morfina analogo a quella metadonica non sarebbe attuabile neanche su una fascia ristretta e selezionata di utenti?

Non sarebbe fattibile come non lo sarebbe neanche con il metadone se questo non avesse il grande vantaggio di poter essere dato per bocca. Cioè se il metadone fosse utilizzato esclusivamente in fiale per via endovenosa avrebbe gli stessi inconvenienti della morfina e dell'eroina e sarebbe un'ipotesi impraticabile di terapia dal punto di vista tecnico. Il grande vantaggio del metadone è quello di essere attivo per bocca e durare 24 ore, ciò che comporta una cinetica e una assuefazione diverse che nel caso di una somministrazione endovenosa.

Il metadone soddisfa forse la "media" degli utenti. Ma esisterà sempre una fascia consistente di persone che, come non sarebbero soddisfatte da una certa quantità X di morfina distribuita dal centro, così non sono soddisfatte, non tanto dalla quantità del metadone, quanto dai suoi effetti, che sono di normalizzazione più che di sconvolgimento. Ricorrono perciò ugualmente, anche se con minore frequenza, a un oppiaceo illegale come l'eroina.

Non c'è dubbio che se noi mettiamo in fila 100 tossicomani abbiamo un certo numero di essi che si accontentano di una terapia completamente priva di farmaci, poi quelli che ricorrono ai farmaci non sostitutivi, poi quelli che ricorrono al metadone a scalare, poi quelli che hanno bisogno del metadone a mantenimento, e poi esiste un'ulteriore piccola fascia di soggetti che rifiuta finanche il metadone a mantenimento e sta in piazza. Per questi non ritengo che ci possiamo inventare nessun tipo di terapia idonea se non attendere che passi la fase di infatuazione e di assatanamento che condiziona i loro comportamenti, ovvero adottare provvedimenti coercitivi di ricovero per spezzare, almeno temporaneamente, il circolo vizioso in cui si sono cacciati.

Spesso durante un trattamento di disassuefazione il tossicodipendente fa uso di eroina. Quali le cause e quali le conclusioni da trarre? Il concetto dell'interruzione, o della ridefinizione di un

trattamento metadonico per quei soggetti ripetutamente risultati positivi per l'assunzione di oppiacei, è basato sulla considerazione e sulla credenza che se la terapia prescritta fa stare bene non esiste alcun bisogno di ricorrere all'eroina. Quindi, se dopo ripetuti tentativi di adeguare il dosaggio all'effettiva necessità (rialzi, mantenimenti, dosaggi individualizzati) il soggetto ricorre comunque, pur se non quotidianamente, all'uso di oppiacei, questo comportamento viene interpretato come edonistico, voluttuario, anziché dettato da effettive esigenze, e come tale perseguibile. Questa motivazione è sottesa ai protocolli terapeutici regolamentanti il trattamento con metadone nei soggetti ripetutamente positivi.

Se il tossicomane continua ad assumere eroina nel mentre prende metadone, o i dosaggi di quest'ultimo, come spesso avviene, non sono adeguati, cercando il medico di "risparmiare", anche per lenire i suoi sensi di colpa scatenati dal turbamento di "drogare" il proprio paziente, nel qual caso è doveroso aumentare la dose, o il soggetto non ha nessuna intenzione di svezzarsi, per cui è inutile insistere con quel metodo ed è bene soprassedere, per il momento, o passare a metodi più coercitivi. Non sarà mai ripetuto abbastanza che la decisione, in tal caso, è soggettiva e relativa, e va adattata di volta in volta al soggetto che è sempre diverso anche da se stesso perché diverso è il suo rapporto con la droga in funzione del tempo che passa. In altri termini non credo che si possa dare una ricetta valida per tutti e sono contrario a regolamentazioni rigide tipo: alla prima o la seconda o la terza o alla ennesima positività automaticamente scatta l'allontanamento dalla terapia metadonica. Partendo proprio dal presupposto che se un tossicomane in terapia metadonica che non si buca è malato, un tossicomane in terapia metadonica che continua a drogarsi è un malato ancora più grave; è un soggetto che manifesta una patologia più inveterata e meno reversibile del primo.

Senza contare che la positività agli oppiacei si basa su analisi di laboratorio che non sempre sono evangeliche anzi, noi abbiamo la prova che molte volte si tratta di falsi positivi, che l'incuria del laboratorio pubblico, o addirittura la volontà perversa di certi operatori, fa apparire diverse da quelle che sono in realtà, con conseguente patologia pseudo iatrogena che aumenta la diffidenza tra il centro e i soggetti in terapia e aumenta la conflittualità e quindi il danno all'elemento più debole che è sempre il tossicomane. L'allontanamento tout court, se da un lato può avere un effetto di remora e di pressione psicologica perché aggrava la condizione di crisi del soggetto, dall'altro rischia di abbandonare proprio coloro che hanno più bisogno di aiuto in quanto più francamente patologici. Il nostro consiglio è di valutare, caso per caso, in un corretto rapporto a due, in cui la decisione abbia sempre l'obiettivo di far star meglio il soggetto nella propria pelle e non si ponga finalità di tipo amministrativo o burocratico: tutte valutazioni che non hanno nulla a che fare con il ristabilimento dello stato di benessere del soggetto in terapia. Il terapeuta deve essere sempre assolutamente libero di agire secondo scienza e coscienza, magari consigliandosi con lo staff e condividendo con gli altri il peso delle sue scelte e delle sue responsabilità.

CAPITOLO SESTO

Comunità terapeutiche

Nel "diverso" (disadattato - marginale, psicotico, TD) sono sempre individuabili risorse sfruttabili per migliorare la propria e l'altrui condizione di vita. La messa in comune delle energie personali è alla base del moderno modello di Comunità Terapeutica?

Le Comunità Terapeutiche, intese come centri residenziali che si occupano delle varie forme di disagio psichico, derivano dall'evoluzione del sistema psichiatrico anglosassone. Fu Maxwell Jones in Inghilterra a coniare il termine Comunità Terapeutica, illustrandone i principi e sistematizzandone i concetti, nell'ambito di un nuovo approccio ai problemi della salute mentale di cui mise in discussione il modello "medico" e verticistico. Sin dal 1800, vari psichiatri (Pinel - Conney - Bell) avevano proposto un riorientamento delle strutture manicomiali per superare la logica puramente "custodialistica" che aveva portato alla completa reclusione e passivizzazione delle persone dichiarate pazze, e quindi internate. Già la "rivoluzione" operata dalla introduzione degli psicofarmaci aveva permesso uno spostamento di accento dai metodi puramente contenitivi a quelli di controllo tecnicamente più validi ed efficaci, ma si era ben consapevoli del fatto che il passaggio dalla camicia di forza fisica a quella chimica poteva rappresentare un traguardo ancora superabile nello sforzo di realizzare un sistema istituzionale capace di sfruttare al massimo in senso terapeutico le risorse potenzialmente presenti e offuscate nei "malati mentali".

Ogni paziente può quindi essere, per alcuni versi, terapeutico verso se stesso e verso gli altri, compresi gli stessi "operatori". Ciò non potrebbe comportare una commistione di ruoli e carenze gestionali tra "sani e malati"?

Il concetto-chiave di M. Jones sta nella sua convinzione che la Comunità Terapeutica è diversa da altri tipi di centri deputati alla tutela della salute mentale perché l'elemento che la caratterizza è "il modo in cui le risorse globali dell'istituzione, lo staff, i pazienti ed i loro parenti si riuniscono autocoscientemente per favorire il trattamento". Secondo questa concezione, la psicoterapia è un processo di cambiamento di status che viene stimolato, incanalato e seguito dal personale, il quale opera in modo che il reparto sia organizzato democraticamente piuttosto che gerarchicamente. Ciò significa "condivisione", discussione, responsabilizzazione piuttosto che "direttività", autoritarismo, decisioni dall'alto; ovvero "coinvolgimento" che permetta una "riabilitazione attiva" realizzata attraverso la revisione critica dei ruoli di ciascuno. Secondo M. Jones, tutto ciò era più facile da realizzare in unità sociali ridotte che riflettevano però sempre, microcosmicamente, la struttura sociale esterna (Il reparto di un ospedale psichiatrico è proprio un ambiente di questo tipo). Secondo M. Jones, "la malattia mentale è l'ultima risorsa di un individuo che manca di un adeguato sostegno sociale ed è incapace di fare alcunché per aiutarsi" (1968: "Social Psychiatry in Practice") e la Comunità Terapeutica "è quello strumento sociale che può realizzare nella pratica l'alternativa a schemi terapeutici precostituiti, frutto di una scienza che si è fatta 'metafisica dogmatica'" (Franco e Franca Basaglia). Quindi la Comunità Terapeutica si caratterizza come strategia psicoterapica per

l'apprendimento sociale attraverso l'interazione di gruppo, amplificandone le potenzialità di crescita e di scambio e realizzando una "cogestione della malattia" nella quale il "malato" dilata il ruolo fino ad includere quello di "terapeuta" e, "se si presuppone che nella popolazione dei malati ci siano delle motivazioni personali e sociali che sotto supervisione medica e professionale possono essere usate allo scopo di favorire la terapia, allora si deve costituire una struttura mediante la quale possa essere sfruttato al massimo questo contributo dei pazienti". (M. Jones 1968)

Quali fondamentali indirizzi metodologici sono quindi necessari per utilizzare terapeuticamente, in ambito comunitario, le energie dell'individuo?

Per realizzare pienamente un'esperienza di Comunità Terapeutica bisogna:

- stabilire una comunicazione bidirezionale pazienti-personale;
- instaurare un meccanismo decisionale a tutti i livelli;
- sviluppare una cultura terapeutica.

Questo dare voce in capitolo ai pazienti riguardo alla discussione di aspetti pratico-organizzativi del reparto ed aspetti interpersonali ed intrapsichici di ciascuno è metodologicamente attuato con la continua, puntuale discussione di gruppo, cioè con la verifica in comune di ciò che accade momento per momento.

Dal democratico confronto delle opinioni e proposte individuali, nel caso di soggetti "anormali", potrebbero derivare decisioni e/o direttive irrazionali, negative per il comune benessere.

In tal caso il terapeuta è tenuto a intervenire per imporre condotte e norme più logiche e proficue?

Uno dei punti fermi di questa concezione terapeutica è che il processo definito "apprendimento sociale" può realizzarsi più rapidamente e facilmente se le persone sono in esso coinvolte emotivamente. Il gruppo è il contesto di questa maturazione, che avviene in un continuo ed aperto confronto che tiene conto di fattori quali status, leadership, motivazioni, vissuti particolari di tutti i suoi componenti in un feed-back continuo. Arrivare a prendere decisioni consensuali sui problemi condivisi è fondamentale perché presuppone un'analisi da varie angolazioni, l'espressione del parere di tutti e la discussione delle divergenze e dei fattori ad esse sottesi, tanto razionali quanto emotivi.

Infatti in ogni Comunità Terapeutica ogni decisione unidirezionale, per quanto funzionale possa essere, contraddice i principi stessi di comunità e solo col contributo di tutti si risolvono le situazioni di crisi, si va avanti nel processo di crescita ed apprendimento sociale, che è funzione ed espressione della maturazione dei componenti la comunità stessa.

Compito dell'operatore non è quindi di imporre un certo tipo di condotta, ma di indirizzare in tal senso (reputato positivo) quanto nel confronto comune in gruppo emerge dal vissuto del singolo e può terapeuticamente applicarsi nella gestione comunitaria?

La rete aperta di comunicazioni, favorita anche da riunioni di gruppo giornaliere e da riunioni del personale, rende possibile esplicitare tutto ciò che è implicito, e permette un processo di crescita

attraverso il quale il "paziente" non si limita più a ricevere passivamente, ma viene messo in condizione di acquisire consapevolezza, di mettere alla prova le sue conoscenze, verificando nella pratica i propri cambiamenti ed aumentando così i sensi di autostima. Il paziente allora può partecipare, interagire ed assumere responsabilità con l'aiuto del personale (vero fulcro e cardine della milieu-thérapie) che catalizza, promuove ed incoraggia questa crescita. Questo cambiamento di prospettiva che tende alla gestione collettiva realizzata dotando tutti di uguali diritti ma non di uguali funzioni, implica il concetto fondamentale che una persona che presenti alcune funzioni psichiche disturbate può ancora contare su elementi di personalità integri dai quali partire per migliorarsi, insieme agli altri, a patto che si scoraggi una eccessiva regressione e si valuti passo passo il cammino percorso.

Fondamenti, regole, metodologie delle attuali Comunità Terapeutiche, pur se approfonditamente teorizzati, forse non costituiscono un modello originale, potendosi identificare in ogni epoca e cultura analoghe esperienze di vita in comune, improntate al modello "uno per tutti, tutti per uno". Di chi, allora, la paternità dei fondamenti ideologici e delle moderne metodologie di trattamento comunitario per le diverse forme di patologia da diversità?

Le varie Comunità Terapeutiche sorte nel mondo si riallacciano all'ideologia di M. Jones, ciascuna assorbendo le premesse di fondo e integrandole con le proprie caratteristiche, obiettivi e contesti socio-culturali. Ma secondo Glaser, è addirittura possibile rintracciare e ricostruire una linea che collega le prime Comunità Terapeutiche "drug free" con gruppi religiosi costituitisi intorno a duemila anni fa e le Comunità Terapeutiche sono solo "la più recente reincarnazione di un particolare tipo di organizzazione religiosa che dura da un tempo antico della storia dell'umanità ed è fiorita nei modi diversi nel corso degli anni". Infatti, tra le cosiddette "Pergamene del Mar Morto", scoperte nel 1947, ne esiste una chiamata la "Regola della Comunità" o "Manuale della Disciplina", che elenca tutta una serie di sanzioni, relative ad infrazioni comportamentali, in vigore tra gli appartenenti alla Comunità di Qumram che si sviluppò nel periodo intertestamentario. Ne cito una parte, in quanto questo elemento del "codice delle sanzioni" è qualcosa che si è mantenuto vivo nella tradizione delle Comunità Terapeutiche, e cioè la caratteristica per la quale la Comunità reagisce come un corpo unico all'infrazione di una regola comunitariamente stabilita (e, per la stessa appartenenza alla Comunità, condivisa da tutti i suoi membri) comminando una sanzione:

"— per bugie deliberate e intemperanze: l'esclusione dalla purezza dell'assemblea per 1 anno e 1/4 di razione;

— per ingiusta invidia nei confronti di una persona: 6 mesi (in margine, un'annotazione più recente marcava: 1 anno);

— interrompere un altro che parla: 10 giorni;

— dormire durante l'assemblea: 30 giorni;

— lasciare la riunione senza permesso o ragione valida, o alzarsi 3 volte nella stessa riunione: 10 giorni;

— mettersi in mostra senza necessità: 6 mesi" e così via.

Se dai tempi antichi passiamo al 19° secolo, dobbiamo valutare l'influenza della Riforma Protestante in tutto il mondo anglosassone. In Pennsylvania, questa matrice si coagulò in quello che è forse il più diretto antenato di una Comunità Terapeutica, un'organizzazione religiosa che ebbe prima il nome di Compagnia Secolare Cristiana, poi di Riarmo Morale (1938) ed infine di Oxford Group. L'Oxford Group ha come cardini i concetti di Condivisione, Guida, Cambiamento e Reintegrazione, tutti elementi filtrati e presenti, anche se in misura diversa, nelle varie Comunità Terapeutiche. Negli stessi anni sorge, per iniziativa di due persone, Bill W. (direttamente coinvolto nell'alcoolismo) ed il dottor Bob ad Akron, nell'Ohio, l'organizzazione degli Alcoolisti Anonimi (1930). Gli Alcoolisti Anonimi (A.A.) si proponevano come aiuto concreto a chi volesse uscire dall'etilismo garantendo la condivisione nel gruppo del problema di dipendenza personale. Dalla riconosciuta necessità di non isolarsi, di non vivere colpevolmente il vizio del bere, di riuscire ad esternare le proprie paure e difficoltà, si sviluppò un programma incentrato su riunioni periodiche nelle quali i partecipanti si mettevano in discussione aprendosi gli uni con gli altri. Bill W. incontrò, nel corso di un ricovero, un vecchio compagno di collegio, Eddy T., anche lui alcoolista, ma riuscito a superare la propria dipendenza grazie all'inserimento nell'Oxford Group, fondato in USA da S. Schoemaker. La frequente partecipazione alle riunioni dell'O.G. permise a Bill W. di cogliere e mutuare alcuni spunti validi anche per A.A., che nei primi anni utilizzò concetti quali Autoesame e Correzione dello stile di vita dell'etilista. Come dichiarato da uno dei membri di A.A., "per mezzo del gruppo l'alcoolista stabilisce all'esterno quell'unità che aveva spezzato all'interno" e questo processo di purificazione, di progressivo allontanamento dall'alcool, si realizza con un sottofondo religioso-filosofico, secondo il quale la droga è qualcosa che estrania l'addict da se stesso e dagli altri, Dio compreso, e questa convinzione rende l'approccio di A.A. una psicoterapia a carattere "spirituale", nel senso che la ricostruzione della propria identità procede dall'angoscia dell'estraniamento, con la convinzione che solo un Ente Superiore può dare la forza necessaria per uscire dalla trappola. I partecipanti "mettono in comune le loro esperienze, le loro energie e le loro speranze allo scopo di risolvere il loro comune problema ed aiutare gli altri a riprendersi dall'alcoolismo", come dichiarano nell'enunciato che apre tutte le loro riunioni.

Le "Pergamene del Mar Morto" possono oggi considerarsi "reperti archeologici". Quali sono attualmente fondamenti, radici e metodologie delle Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti?

Dobbiamo giungere alla fine degli anni 50 del nostro secolo per incontrare, negli USA, le prime vere e proprie Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti. Fu proprio un ex alcoolista anonimo, alle prese con la dipendenza dall'oppio, Charles Dederich, a creare un centro, la Synanon House, nel 1958, a Santa Monica in California, per oppiomani con gravi problemi di accettazione da parte degli altri.

Qui Dederich applica i concetti di A.A., secondo cui gli individui dipendenti devono essere loro stessi i protagonisti del proprio recupero. Però, mentre A.A. prevede un programma graduale di eliminazione del sintomo (programma da attuarsi in 12 "passi"), questa viene più attivamente e violentemente provocata a Synanon attraverso i gruppi d'incontro e l'aggregazione nella Comunità Terapeutica. Synanon è fondata sui comportamenti ed i meriti, e il clan emotivo della vita comunitariamente articolata sono le riunioni-incontro, i Synanongames, dove tutto viene "buttato

fuori" ed analizzato spesso violentemente. La disintossicazione viene affrontata senza il supporto di alcun farmaco e l'atmosfera stessa della vita comunitaria rappresenta un orientamento terapeutico nel quale si canalizzano attività lavorative per la stessa sopravvivenza di tutto il gruppo. La terapia è incentrata sull'isolamento totale dal gruppo familiare e sociale di origine, dei quali la Comunità Terapeutica si qualifica come unico e completo sostituto che si assume il compito di "rieducare" la persona facendole acquisire maggior coscienza del suo stato e dei suoi problemi e, soprattutto, proponendole delle alternative e delle soluzioni. Un ruolo fondamentale è svolto dall'ex-tossicomane (in parte come modello valido perché dimostrativo, con la stessa presenza, delle possibilità di riuscita, ed in parte come persona capace di capire al volo le situazioni, avendole vissute sulla propria pelle).

Il cardine delle Comunità Terapeutiche drug-free sta in questa de-professionalizzazione dell'intervento terapeutico, per il quale la possibilità e responsabilità del cambiamento poggia proprio in parte sull'addict stesso e sull'ex-addict (figura paraprofessionale o se si vuole professionista) che funge da stimolo. L'ex è supporto del gruppo i cui membri vivono secondo le Regole stabilite e la cui infrazione comporta un complesso meccanismo di premi e punizioni in funzione del comportamento. La seconda Comunità Terapeutica americana fu Daytop Village.

Mentre Synanon (e Teen Challenge) erano Comunità Terapeutiche "carismatiche", Daytop (e poi anche Phoenix House) era nata come alternativa al carcere. Vennero in seguito fuori aspri conflitti sulla metodologia da adottare in quanto si voleva cercare di "smussare gli angoli" rispetto a Synanon, o meglio evitare quegli aspetti ritenuti eccessivi. Queste divergenze esplosero dopo 4 o 5 anni, tanto che alcuni collaboratori, come lo psichiatra D. Casriel (che aveva realizzato la "terapia dell'urlo", cioè sedute nelle quali si dava libero sfogo alla voce in tutte le sue possibili modulazioni "liberatorie" ed espressive) si allontanarono dal programma. Daytop finì così per ipervalorizzare l'ex, atteggiamento che la caratterizzò fino al 1975 quando si avvertì l'esigenza di fornire "credenziali culturali" e vennero perciò creati dei programmi e di Synanon vennero mantenuti in pratica solo i concetti relativi alle Regole. Daytop era quindi una Comunità Terapeutica nella quale, per servire allo scopo comune, bisognava abbandonare ruoli precostituiti. Il singolo recuperava facoltà e diritti di azione, di fronte ai propri problemi, in un ambiente che gli forniva sicurezza e partecipazione. Ma un altro radicale era importante: quello dell'esame del comportamento mediato dal comportamentismo americano di J.B. Watson. Si svolgeva perciò un'azione su due piani sempre a confronto: quello dell'analisi dura, spesso emotivamente violenta, delle azioni dell'ospite e quello della comprensione della persona.

Anche nelle sanzioni poteva essere trovata terapeuticità in quanto comminate per il comportamento in se per se (sbagliato se contravvenente a regole comunitarie) ma senza mai dare la sensazione di toccare la persona in quanto tale, che veniva così spinta sì a cambiare ma senza mai vedersi opporre rifiuti come essere umano. Anche Phoenix House (così chiamata con riferimento all'uccello leggendario che risorge dalle proprie ceneri) nasceva nel 1967 dalla volontà di 5 persone, appena uscite dall'ospedale e decise a rimanere insieme, a non ricorrere all'uso di droghe, aiutate con un sussidio di disoccupazione. Il concetto-chiave era ancora una volta quello di considerare la droga sintomo e non disagio in se per se ed aiutare le persone a ricostruirsi, ad operare una "rinascita". La Comunità Terapeutica ha quattro "R": *Rinascita*, da cui discende un'applicazione pratica della teoria dell'apprendimento sociale, con la tipica organizzazione gerarchica a

premio/punizione; *Responsabilità*, come nucleo del processo terapeutico; un orientamento del trattamento sempre basato sulla *Realtà*, senza mai negare quella personale ed altrui, e sul *Rispetto* per tutti. La Comunità Terapeutica trova la sua efficacia nel fatto che ogni membro è attivamente coinvolto in tutte le dinamiche sia a livello razionale che emotivo. Si può parlare di democraticità, ma più intesa come potere demandato al gruppo in toto. Il suo concetto riassuntivo è: "PUOI FARLO SOLO TU, MA NON PUOI FARLO DA SOLO" (Mower).

Oltre alle Comunità Terapeutiche gerarchicamente strutturate, non va dimenticato il contributo offerto in favore degli emarginati, e quindi anche dei tossicodipendenti, dal movimento delle "free-clinics" di Los Angeles, impegnato ad assistere quanti non sono in condizione di sopportare le regole che il sistema impone per erogare assistenza. Esiste in effetti tutta una fascia di marginali (dallo psicotico al clochard, al tossicomane) che preferiscono convivere con la propria patologia anziché adempiere le formalità necessarie per un trattamento ospedaliero o ambulatoriale. La free-clinic, invece, eroga assistenza senza chiedere il nome, indipendentemente dal diritto ad essere curati, senza vincoli burocratici, in un'atmosfera informale, con un'attuazione elastica e personalizzata dei trattamenti, capaci di raggiungere direttamente il mondo degli emarginati. Se dagli Stati Uniti passiamo in Europa, dove il fenomeno della tossicomania giovanile in forma epidemica è apparso un decennio più tardi, notiamo una prima tendenza ad aprire Comunità Terapeutiche non altrettanto strutturate ed autoritarie, anche se poi molte Comunità Terapeutiche sono sorte come derivazione di quelle americane. In molti paesi sono fiorite da svariati anni Comunità Terapeutiche aderenti al movimento mondiale, in alcuni casi costituite come vere e proprie "catene", cioè organizzate come raffinati circuiti per i quali una "casa madre" si è ingrandita e sviluppata fino ad avere diverse sedi anche diversificate in funzione delle varie necessità degli ospiti. Le Comunità Terapeutiche oggi si rifanno a Synanon, Daytop, Phoenix House e ne conservano la struttura gerarchica di gruppo, i cui membri vivono tutti insieme. Ed è all'interno del gruppo stesso (il cui momento di massima partecipazione e condivisione è il gruppo d'incontro) che la persona evolve passando a "guadagnarsi" i propri diritti. Oppure si rifanno ai modelli di Comunità Terapeutiche in cui vige il sistema di ammissione o promozione rigidamente divise in fasi per cui non c'è vita in comune di persone che si trovino in stadi diversi rispetto alle loro problematiche di tossicodipendenza, ed il tutto è incentrato su attività psicoterapiche e lavorative specifiche per le varie fasi che spesso prevedono spazi anche fisicamente separati in modo netto.

La mobilità degli operatori e l'accresciuta facilità di inter-scambio di esperienze ha rimescolato a tal punto le carte che non esiste più una specificità legata al Paese, ma ciascuna esperienza risente più della formazione e della ideologia dei suoi iniziatori, che del clima socio-culturale della nazione in cui opera. Le rigide caratterizzazioni delle Comunità Terapeutiche sono attualmente più sfumate?

Certo, ma tutte le Comunità Terapeutiche oscillano ancor oggi tra i due estremi: autoritarie, gerarchizzate, behavioriste, da un lato; democratiche, corresponsabilizzanti, liberali, sempre direttive e protettive ma non condizionanti, dall'altro.

Sull'esempio e modello delle numerose Comunità Terapeutiche operanti nel mondo, in Italia abbiamo assistito e assistiamo al sorgere di strutture, organizzazioni più o meno con diritto definentisi Comunità Terapeutiche. Quante di queste possono ragionevolmente essere considerate vere Comunità Terapeutiche e non semplici "comuni" e quanto ragionevolmente la Comunità Terapeutica è l'unica soluzione possibile e valida al fenomeno droga?

In Italia, la cultura ufficiale, dopo aver negato la possibilità che nel nostro Paese, notoriamente "sano", potesse espandersi una tossicomania giovanile in forma epidemica, di fronte al dilagare dei casi, si trastullava in slogans e atteggiamenti di tipo riduttivo. Nel 1974 Cancrini parla ancora di "pseudo-eroinismo", riferendo che i consumatori italiani di droga non possono essere considerati veri tossicomani, stante che le concentrazioni di eroina nella droga da strada sono oltremodo basse, incapaci di indurre dipendenza. Negli ospedali, la maggioranza dei medici afferma di "non avere mai visto una vera sindrome di astinenza", mentre si fa strada la convinzione che i tossicomani vadano curati "nei comuni presidi socio-sanitari", (in pratica, nelle corsie ospedaliere di medicina generale, con i risultati che tutti hanno successivamente potuto constatare), considerando ghezzante qualunque forma di assistenza specifica e rifiutando finanche il concetto di comunità terapeutica.

Ad iniziare un lavoro di tipo comunitario sono stati gruppi volontari a connotazione religiosa o direttamente espressione della Chiesa, che hanno una tradizione di avvicinamento ai sofferenti e agli emarginati. Si è rilevata spesso la tendenza in tali iniziative a risolvere i problemi più impellenti della vita infelice dei tossicomani, ponendosi nei loro confronti come punti di riferimento. Da soluzioni concrete, quali trovare un pezzo di terra disponibile ad essere coltivata o un casale da riattare, sorsero esperienze residenziali, spesso basate sulla buona volontà e forza d'animo di volontari-non-tecnici. Da queste iniziative spontaneistiche, per lo più agricole, si è cominciato a lavorare in modo più organico, avviando programmi più strutturati. La maggior parte di tali comunità residenziali è situata in ambienti extraurbani, potendo contare alcune anche su sedi urbane funzionanti come centri-filtro per mediare l'inserimento nel programma e seguire e pilotare il rientro successivo nella comunità sociale. Quasi tutti questi centri residenziali hanno "potuto" fare della ergoterapia il punto focale del trattamento; in certi casi hanno "dovuto" farlo. Molte Comunità Terapeutiche hanno cominciato proprio dal "costruire" o riattare la casa: per molti degli ospiti ciò ha rappresentato la prima occasione di impegnarsi insieme ad altre persone per costituire un ambiente dove poi ritrovarsi per maturare e condividere gli scopi e gli spazi di una vita quotidiana comunitaria. Alcune sono in seguito arrivate a dilatare e strutturare maggiormente queste attività, fino a farne una forza ed una garanzia produttiva, costituendosi spesso in cooperative. Molto dipende dai mezzi finanziari e di lavoro, dal numero delle persone residenti, ma anche, su scala ridotta, dall'inventare, progettare, seguire attività, per rafforzare lo spirito comunitario del gruppo, la sua aggregazione, al di là anche dei risultati pratici. Dare una possibilità lavorativa, una opportunità di inserimento in gruppi che vivono ed operano con uno scopo comune, significa proporre soluzioni estremamente concrete che possono stimolare e ridare energia per compiere scelte nuove, diverse, alternative alla tossicodipendenza. Ma quante di queste esperienze residenziali possono in realtà fregiarsi del titolo di Comunità Terapeutica vera e propria e quante invece sono semplici comunità?

Se è vero che qualunque ambiente comunitario, per lo spirito di clan che vi aleggia, assume un significato protettivo e rassicurante per i suoi componenti, e quindi svolge pur sempre un ruolo terapeutico per chi vive costantemente angosciato e "scoperto", alle prese con "i buchi del suo io", è pur vero che la qualifica di CT presuppone un programma di interventi strutturati che vanno al di là del semplice stare a lavorare insieme. Se assumiamo come bianco la semplice comunità di lavoro, agricolo e artigianale, e nero la CT vera e propria, con le sue regole fisse e la sua strutturazione, in mezzo avremo una infinità di sfumature di grigio, più o meno orientate verso l'uno o l'altro polo.

Tutte le forme di intervento comunitaria sono comunque valide ed accettabili, a condizione che riescano a "dare" qualcosa a chi, senza di esse, sarebbe più infelice. Ci sembra quindi particolarmente difficile una definizione del numero delle Comunità Terapeutiche vere e proprie operanti in Italia. Nel 1978 la cultura ufficiale ha accettato queste nuove forme di terapia, dopo la celebrazione a Roma del Congresso Mondiale delle Comunità Terapeutiche organizzato dal CEIS.

Dallo scetticismo iniziale si è passati oggi alla fase dell'euforia, della convinzione (o illusione) che la Comunità Terapeutica sia l'unica adeguata risposta alle tossicomanie giovanili. Tale atteggiamento è frutto da un lato degli indubbi successi del metodo comunitario, opportunamente rinforzati, amplificati e pubblicizzati dai promotori, dall'altro dalla volontà di "delega" e di ricerca di una soluzione miracolistica. Negli ultimi anni, con l'accrescersi dell'esperienza, tale atteggiamento fideistico si è stemperato in convinzioni più realistiche: tra Comunità Terapeutiche ed altre forme di intervento, ad esempio farmacologiche, non esiste antinomia, in quanto destinate a curare soggetti diversi o comunque soggetti in una diversa fase della evoluzione della propria dipendenza.

Quindi, se per molti soggetti, che hanno percorso buona parte del "lungo cammino" con la droga, la comunità terapeutica rappresenta la definitiva soluzione in positivo, per altri questo tipo di intervento non è risolutivo o non è ancora proponibile. Perché allora, per questi ultimi almeno, rifiutare aprioristicamente ogni e qualsivoglia supporto, soprattutto se farmacologico, in attesa che siano pronti per la "Salvifica" Comunità Terapeutica?

Mi sembra inaccettabile ogni confronto tra le Comunità Terapeutiche (CT) ed altre forme di intervento, ad esempio farmacologiche, prima fra tutte la tanto bistrattata quanto utile terapia metadonica, posto che le due modalità appaiono destinate a curare soggetti diversi, e comunque soggetti in una diversa fase di evoluzione della propria dipendenza. Tra l'altro, il voler paragonare modalità di intervento eterogenee, come metadone e CT, presuppone quanto meno l'oggettività del substrato su cui tali metodiche dovrebbero applicarsi, il che rappresenta una grossa mistificazione, posto che ogni tossicomane è diverso dall'altro e diverso da se stesso in funzione del tempo che passa. Non si può, in altri termini, illudersi che esistano metodi buoni e puliti ed altri perversi e inaccettabili, quasi che la segregazione ed il tentativo di plagio sottesi, sia pure a fin di bene, in alcune esperienze comunitarie, che vanno per la maggiore e sono state capaci di commuovere tutta l'Italia, siano accettabili ed apprezzabili, più di un supporto farmacologico che si propone di favorire il reinserimento di chi è ancora talmente patologico da non riuscire ad essere completamente "drug-free". Se il soggetto che ha il dubbio di volere smettere di drogarsi ed accetta il rischio di entrare in una CT è malato, quello che ancora si crogiola nella sua dipendenza e rifiuta

ogni ipotesi di cambiamento, malato lo è ancora di più. Se è giusto e doveroso moltiplicare le CT per i primi, è altrettanto giusto e doveroso non dimenticare i secondi, abbandonandoli a se stessi quasi fossero impuri o peccatori. Pur con queste premesse, che tendono a smorzare gli entusiasmi eccessivi per una panacea che panacea non è, è bene riconoscere e valorizzare il ruolo che le CT stanno avendo in Italia e nel mondo, tanto nel superamento della logica e della organizzazione manicomiale, quanto nel prendersi carico di un malessere e di un disagio esistenziali sempre più diffusi nel mondo giovanile. Fin quando ci sarà chi "si sente meglio nella propria pelle" in una CT, magari atipica o informale, e anche capace di scandalizzare, questa giustificherà la sua esistenza e la sua validità. E' bene anzi che si diffonda chiaramente una coscienza che comprenda ed accetti tale eterogeneità, anziché assistere ad una lotta per la ricerca del più bravo o del "modello giusto" da imporre. Guai a perdere l'eterogeneità, frutto anche di una capacità plastica di adattarsi alla evoluzione ed alla dinamicità di un fenomeno sempre cangiante: è la CT che si adatta ai bisogni e non viceversa. Quando avverrà il contrario, la CT avrà perso la sua flessibilità per trasformarsi in risposta istituzionale sclerotica ed opprimente.

Vivendo insieme 24 ore su 24, si crea una sorta di dipendenza reciproca, quasi simbiotica, tra operatori ed utenti. Da un lato sta la richiesta di Comunità chiusa da parte dei tossicodipendenti, sia per pressioni derivanti dalla società emarginante per loro, dalla famiglia che preme per "metterli" in un posto chiuso, sia per esigenze interne alle persone, che si manifestano dando una sorta di "delega" di se stessi alla Comunità. Dall'altro lato si manifesta il fenomeno più o meno complementare, e cioè l'esigenza inconscia delle persone che gestiscono le Comunità di prendersi cura degli altri e fare di questo la propria ragione di vita.

La comunità deve percepire questo bisogno della persona. E deve soddisfarlo con calore e con decisione: essa deve accogliere l'individuo con umanità e fermezza. Tale posizione della Comunità può essere definita "posizione materna"; il tipo di rapporto che si struttura col giovane è di tipo simbiotico, l'una parte rafforza l'altra nella sua posizione. Per entrare in comunità bisogna disintossicarsi da quella che può essere considerata una forma di autismo. Nella fase autistica normale l'investimento su stimoli esterni manca totalmente ed è molto evidente in questo periodo una barriera impermeabile agli stimoli. "Il neonato passa quasi tutto il giorno in uno stato di semisonno e semiveglia; si sveglia soprattutto quanto la tensione per la fame o altri bisogni lo fa piangere e, appena è soddisfatto, cioè liberato dalla tensione eccessiva, ripiomba di nuovo nel sonno" (Mahler - Bergamo 1978). Anche l'effetto della droga (chiaramente ci riferiamo all'eroina) induce ad una posizione di isolamento dagli stimoli esterni, ad una condizione di semisonno e semiveglia, interrotta quando la tensione, per effetto della droga che va esaurendosi, appare e richiede altro cibo, altra eroina per ritornare ancora in quello stato di soddisfazione totale e di onnipotenza. E' evidente che all'interno della fase simbiotica, il bambino è dipendente totalmente dal partner simbiotico. In qualche modo la Comunità rappresenta questa fase simbiotica tra la madre e il bambino, ed all'interno della Comunità Terapeutica il rapporto tra gli utenti e le persone significative è anch'esso una relazione di "reciproco beneficio". Anche qui la dipendenza dell'utente è totale, mentre quella dell'operatore è relativa.

Questo può essere quindi il motivo dell'aggancio dell'individuo alla Comunità: la necessità di sentire se stessi protetti, di avere un gruppo a cui riferirsi, sentirsi non più soli?

Una persona che aderisce ad un programma di trattamento comunitario risponde alla propria intima esigenza di avere un ambiente che gli dia calore, sicurezza: uno spazio definibile quale materno. Tale esigenza è dominante in quanto, levato l'involucro protettivo della droga, l'individuo rimane disarmato, indifeso: la Comunità dunque serve in primo luogo a proteggere.

Più a larghe maglie è il filtro di selezione all'ingresso in comunità residenziale, minore è la percentuale di successo e di riuscita della stessa. E' anche vero che per molti soggetti una attesa di due, quattro, sei mesi per vagliare le motivazioni si rivela improponibile e si "screma" anche quella parte di utenti che potrebbero in quel momento approfittare favorevolmente del trattamento comunitario. E' vero però anche il contrario: un accesso indiscriminato, da un giorno all'altro, ad un trattamento comunitario residenziale, anche soltanto un accesso prematuro rispetto a motivazioni francamente maturate può comportare nel futuro (in caso di insuccesso) un rifiuto totale di tal tipo di trattamento per quell'individuo. In altre parole, chi fallisce una volta, in una qualunque comunità terapeutica, difficilmente riuscirà a riproporre a se stesso successivamente quel tipo di trattamento per un definitivo affrancarsi dalla droga. Bisognerà forse trovare il giusto mezzo. Il problema è la diagnosi: quando il soggetto è pronto. Sussiste una buona dose di rischio; non tirare troppo la corda per non perderne troppi ora, non allentarla troppo per non perderli nel futuro.

Quella della selezione è una fase importante per ogni CT, la fase cioè che precede l'ingresso e che serve non tanto e soltanto a superare una lista di attesa che nasca da una disparità tra posti disponibili e richieste di ammissioni, quanto a selezionare la "motivazione" del richiedente, sottoposto ad un insieme di difficoltà progressivamente crescenti. Tale meccanismo ad imbuto, da un lato, rappresenta la garanzia migliore per la "governabilità" della struttura alla quale consente di mantenere caratteristiche di terapeuticità, dall'altro, costituisce un ulteriore limite obiettivo alla illusione che tutti i tossicomani possano trovare in CT la soluzione del loro problema. Ogni cortocircuito, cioè ogni meccanismo di indiscriminato ingresso, a prescindere dalla verifica delle motivazioni, è allora da evitare, come foriero di successivo insuccesso.

Abbiamo parlato di fase autistica normale e di fase simbiotica normale. Questa ultima in genere è seguita dalla fase della cosiddetta "separazione-individuazione" vera e propria, che si svolge in maniera parallela alla maturazione ed al consolidamento delle funzioni autonome dell'Io. Ma un "ex" tossicomane non è né carne né pesce, non è più tossicomane, non è ancora "normale". In che modo la Comunità può evitare che l'utente, uscito dalla fase "autistica" di dipendenza dalla sostanza resti purtuttavia in quella simbiotica con la Comunità Terapeutica?

Passato un sufficiente lasso di tempo, la comunità deve promuovere il superamento di questa posizione simbiotica attraverso strumenti e metodi che tendano all'affermazione del se sociale: possono essere il lavoro, lo studio, incontri con la comunità esterna, riavvicinamenti col nucleo di

provenienza. Se questo non si verifica, si rimane ancorati alla fase simbiotica di dipendenza, per cui la crescita fisiologica continua, ma quella psicologica rimane bloccata e ce la si può portare dietro anche da adulti o addirittura per sempre. Se la Comunità non assolve a questi compiti e non è in grado di dare un senso di identità individuale, se non è in grado di funzionare da cuscinetto per gli stimoli interni alla persona ed esterni provenienti dall'ambiente, e di organizzarli in maniera graduale, non aiuta le persone portatrici di un problema così complesso, come la tossicodipendenza, a spingersi verso il mondo ed a diventare autonome. Se ciò avviene, la Comunità assolve ad uno solo degli obiettivi, cioè la crescita fisiologica, ovvero la soluzione del sintomo che è l'assunzione della droga, mentre la crescita psicologica rimane cristallizzata: l'evoluzione profonda ed i processi che sono alla base e caratterizzano le funzioni fondamentali del comportamento tossicomano non vengono sviluppati, organizzati ed indirizzati ad uno sviluppo sano, corretto ed indipendente, e quindi il soggetto rimane bloccato, chiuso, senza vie di uscita e non gli rimane che persistere e mantenere uno stato di dipendenza. A questo punto, solo un fatto traumatico può cambiare la situazione, ma questo cambiamento non può essere che una regressione che porta alla fase precedente ed induce a ricominciare daccapo, sperando che questa volta la fase evolutiva si completi e permetta di raggiungere una sana e duratura libertà (BARRA-BARCA-PATRUNO).

Allora, e solo allora, il soggetto esaurisce il suo "lungo cammino", rientrando a pieno titolo e senza etichette nel contesto sociale. Allora, e solo allora, il successo potrà dirsi completo.

Succede però spesso, se non costantemente, che la Comunità Terapeutica si automantiene ed espande le proprie strutture grazie all'ausilio di ex-tossicomani, da essa "redenti". Quanto ciò implica una sostituzione della dipendenza dalla sostanza con una dalla struttura comunitaria o dal suo leader carismatico piuttosto che un reale affrancamento dell'ex e una sua reale restituzione a una vita individuale e sociale liberamente e coscientemente accettata?

Chiaramente, tanto più la CT è polarizzata o polarizzante, tanto più rigoroso, nei fatti più che nelle apparenze, sarà il meccanismo selettivo, frutto o di preselezione a monte o di abbandono spontaneo nelle prime fasi. Ugualmente, tanto più atipica ed isolata sarà la CT nei riguardi del mondo esterno, tanto più probabile sarà l'insorgenza nei suoi ospiti di una nuova dipendenza, da ambiente, anziché da sostanza, anch'essa difficile ed in alcuni casi impossibile da superare. Tale nuova dipendenza è alla base della costituzione di una nuova categoria, quella dell'ex, che, se da un lato appare oltremodo utile per ogni struttura, dall'altro rischia di diventare un elemento di cristallizzazione di una incapacità reale ad affrontare il mondo esterno senza la copertura comunitaria al posto di quella farmacologica. In effetti, la sostituzione della dipendenza psichica e fisica dalla droga con la dipendenza dall'ambiente è un tragitto terapeutico caratteristico soprattutto delle CT chiuse e rigidamente gerarchizzate, anche se tutte poi tentano, spesso con buoni risultati, nella fase di svincolo, di far superare anche questo nuovo handicap. Pur con questi limiti, è bene sottolineare quanto sia importante e utile socialmente l'enorme lavoro svolto in tutte le Comunità Terapeutiche dagli ex tossicomani e come ciò abbia contribuito al successo del modello terapeutico comunitario.

CAPITOLO SETTIMO

Droga e AIDS

L'AIDS è ancor oggi una malattia nuova, difficilmente inquadrabile. Giorno dopo giorno si individuano nuove caratteristiche dell'agente eziologico; giorno dopo giorno si sperimentano nuove forme di terapia e si abbandonano farmaci che, utilizzati fino al giorno prima sembravano capaci di arrestare l'evoluzione del male. Ansia, timore, pessimismo, angoscia derivano in gran parte da questa incertezza del futuro. A tutt'oggi non è dato chiaramente di vedere quale sia la speranza di vita per un siero-positivo. E' certo che svilupperà la sindrome? Dopo quanto tempo? Che misure potrà porre in atto per evitare di ammalarsi? Si parla oggi di una trasformazione in AIDS di circa il 5% dei sieropositivi, ogni anno. Ma l'analisi retrospettiva è basata su di un breve periodo di tempo, e ci troviamo forse in situazione analoga a quella dell'epatite virale, 15 anni or sono, quando tutti temevamo la malattia ma nessuno poteva indicare la prognosi a distanza del soggetto infettato dal virus-epatite, come oggi nessuno può prevedere con sufficiente approssimazione come evolverà un soggetto contagiato dal virus dell'AIDS. Come porsi quindi di fronte al tossicodipendente che, se non ancora sieropositivo, corre, tra tutte le categorie di persone, il più alto rischio di diventarlo, e al tossicodipendente sieropositivo che chiede disperatamente una risposta certa a mille interrogativi?

Da un lato c'è il problema di chi ancora non si è contagiato. Se attualmente stimiamo al 50% il numero dei tossicomani sieropositivi e facciamo il paragone con quanto è avvenuto con l'epatite dobbiamo prevedere e predire a breve distanza di tempo una possibile saturazione della popolazione tossicomana attorno all'80% di sieropositivi. Come impedire questa ulteriore espansione del virus? Mi sembra che, a livello internazionale finora non si vada, come proposte, al di là della diffusione ulteriore della terapia metadonica e della politica dello scambio delle siringhe: siringa nuova contro siringa usata. Per come è attuata oggi la terapia metadonica in Italia, per come non è attuata l'ipotesi dello scambio di siringhe per le reazioni che provocherebbe nell'opinione pubblica, penso che il numero dei sieropositivi tra i tossicomani sia inevitabilmente destinato ad aumentare.

L'altro problema è l'atteggiamento del tossicomane già sieropositivo di fronte a questa situazione di ansia e di incertezza che il punto interrogativo sull'evolvere dell'infezione inevitabilmente comporta. Ciascuno, ovviamente, reagisce a modo suo. C'è chi si mette a fare il salutista essendo convinto che l'ulteriore frequentazione con il mondo della droga sarebbe causa di un progredire della sua infezione. C'è chi invece è talmente impaurito dall'ineluttabilità della sua patologia per cui l'eroina rappresenta il migliore rimedio alle sue paure e alle sue angosce.

L'atteggiamento è quindi ambivalente e può anche alternarsi nello stesso soggetto a seconda delle situazioni. In generale, possiamo razionalmente dire che il continuare a drogarsi è un elemento prognostico infausto. Ma questo discorso razionale trova il suo limite nell'irrazionalità totale e assoluta, costante nei comportamenti tossicomani.

Si può dire, anche su questo campo, che il trascorrere del tempo è un elemento positivo, perché, giorno dopo giorno, si scoprono nuove strategie di intervento, nuovi farmaci; perché,

giorno dopo giorno, si avvicina sempre più l' identificazione della causa dell'AIDS, la scoperta di una nuova terapia risolutiva. Possiamo quindi dire che se per tutti i tossicomani il trascorrere del tempo è un elemento favorevole, per il sieropositivo guadagnare tutto il tempo possibile, in attesa che si scoprano terapie sempre più efficaci, sino ad arrivare a quella risolutiva, è forse oggi il vero obiettivo degli interventi attuati: permettergli di arrivare nel migliore dei modi possibili a quel fatidico giorno in cui il problema AIDS sarà risolto?

Sì. Per il momento possiamo dire con una certa sicurezza che la prognosi di un sieropositivo è destinata a peggiorare in caso di ripetuti contatti con il virus o con agenti infettivi connessi sia con la sostanza inoculata, spesso batteriologicamente contaminata, sia con le sostanze di taglio e con la somministrazione per via endovenosa. La prognosi, ancora, è destinata a peggiorare per la depressione immunitaria data dall'eroina in quanto tale. Direi che la prognosi è destinata a peggiorare tutte le volte che l'omeostasi è turbata e che anche la comparsa di ulteriori motivi di depressione psichica influisce negativamente sul progredire della malattia. Da ciò consegue l'opportunità di evitare crisi astinenziali eroiche, imposte d'autorità, come avviene tuttora in tanti carceri italiani, dove non si riesce a capire come la Direzione Generale dei Servizi di Pena non riesca ad imporre modalità di trattamento omogenee per tutti i tossicomani, senza lo scandalo attuale di carceri in cui il metadone viene somministrato e di carceri in cui il metadone viene assolutamente rifiutato, come se si trattasse di una metodica illegale. Queste crisi eroiche imposte d'autorità non influenzano positivamente la tossicomania che evolve seguendo altri fattori e sembrano decisamente negative per l'omeostasi complessiva del sieropositivo che ha bisogno del massimo equilibrio per non progredire nella sua malattia.

Cambiare i costumi di vita è difficile. Anche di fronte all'emergenza si tende a mantenere l'omeostasi, l'equilibrio, lo stile preesistente, i ritmi quotidiani, le abitudini. A riprova di ciò, nell'emergenza AIDS, sta per esempio il mancato "boom" del profilattico, per il quale le case produttrici avevano previsto un incremento del fatturato molto superiore a quanto poi realmente avvenuto. Se allora è difficile modificare il comportamento di "normali" eterosessuali nei riguardi di partners occasionali, tanto più sarà difficile cambiare lo stile di vita di chi, quotidianamente, rischia la morte, di chi ogni volta sfida l'ignoto iniettandosi sostanze di cui non conosce né concentrazione né composizione. Come riuscire a influire sul comportamento di un tossicodipendente con lo spauracchio di un pericolo reale, concreto, tangibile ma i cui effetti, differiti, si evidenzieranno sole dopo mesi o anni, tempi che per un tossicodipendente, che vive al momento, qui e ora, rappresentano un'eternità? Paventargli un pericolo così lontano, così distante non è inutile come il dirgli "non bucarti perché rischi la cirrosi epatica"?

Credo che, ancora una volta, ogni soggetto sia da considerare diverso dall'altro. Nella mia esperienza a quello che si è bucato coscientemente con la siringa di una ragazza sieropositiva affermando che era talmente squallido andarsi a "fare" fuori, da solo per strada e che era sempre meglio correre il rischio, piuttosto che la certezza della solitudine, si contrappongono altri che hanno notevolmente modificato il loro stile di vita. Per esempio, certamente oggi l'uso di siringhe sterili, usa e getta, non riutilizzate, è molto più esteso che 10-15 anni fa perché per fortuna è molto

più facile ottenere le siringhe in farmacia di quanto non lo fosse all'inizio del fenomeno della tossicodipendenza nel nostro paese. Una educazione sanitaria fatta da operatori di strada nei luoghi a rischio e in tutti i centri antidroga può essere di un qualche ausilio, anche se l'impressione è che ormai la stragrande maggioranza dei tossicomani sia adeguatamente informata su quest'ordine di problematiche e di fattori.

A fronte di un illuminismo delle organizzazioni pubbliche deputate alla tutela della salute dell'individuo, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, fino ai Ministeri della Sanità dei singoli Stati, illuminismo che si concreta in direttive indicanti essenzialmente una maggior diffusione dei trattamenti sostitutivi per i tossicodipendenti e una maggior disponibilità degli strumenti sterili per l'iniezione endovenosa, sembra di assistere a un'involuzione sclerotica degli effettori di tali indicazioni, in primo luogo i servizi pubblici di assistenza ai tossicodipendenti, non solo a livello italiano ma anche internazionale. Sembra che il tossicomane venga ritenuto in misura crescente un colpevole, un marginale da emarginare sempre più, il cui valore per la collettività essendo nullo e il costo elevato, ne fa auspicare l'eliminazione. Assistiamo, giorno dopo giorno, nel nostro Paese a una preoccupante diminuzione di numero dei servizi per tossicodipendenti che attuano terapie metadoniche, al numero di Regioni che limitano o escludono questa metodologia d'intervento, e non si hanno esempi, neppure a titolo "pilota", di progetti di scambio di siringhe. Anche in ambito internazionale, pochissimi Stati effettuano trattamenti metadonici, e la "politica delle siringhe" è da molti considerata quasi scandalosa, immorale, come se negando lo strumento si elimini la possibilità di drogarsi e fornendolo la si faciliti. Come vivere questa dissociazione tra ciò che i poteri pubblici preconizzano e la realtà che giorno dopo giorno sembra divenire più dura per il tossicodipendente la cui assistenza viene erogata con procedure burocratizzate e complesse, anziché facilitare il ricorso alle strutture?

Credo che sia un problema complessivo di cultura e di strategia. Mentre i servizi privati e le organizzazioni private che ruotano intorno alle Comunità Terapeutiche hanno elaborato una loro cultura e una loro strategia anche attraverso periodiche celebrazioni delle Conferenze Mondiali, annuali, della Federazione delle Comunità Terapeutiche e quindi hanno una loro filosofia di intervento, una loro cultura, una loro "mistica" operativa, altrettanto non si può dire dei Servizi pubblici i quali brancolano nel vuoto per carenze di acculturazione. In Italia c'è molto provincialismo, ancora, in materia e la maggior parte dei servizi non è all'altezza del suo compito. Credo che ogni operazione, come questa nostra, modesta, di diffusione di informazione e di cultura al riguardo possa contribuire a creare un miglioramento dei livelli assistenziali e quindi anche delle condizioni di vita del tossicodipendente. Ci si potrebbe chiedere come mai i poteri pubblici nel mondo sono così carenti a livello terapeutico per i tossicodipendenti. Qui il discorso rischierebbe di diventare troppo politico per le nostre intenzioni. Credo che nell'appendice di questa pubblicazione si possano trovare numerose indicazioni sul funzionamento dei Servizi e sul corretto impiego delle terapie farmacologiche. Intendiamo offrire questo come un servizio ai nostri lettori.

Il personale dei servizi antidroga è in grado di reagire adeguatamente e con la dovuta sensibilità e preparazione alle numerose problematiche connesse con l'infezione da HIV nei tossicodipendenti?

Le problematiche psicologiche indotte dalla infezione HIV lasciano nell'insieme delle nostre strutture antidroga un'ombra nera di rassegnazione e di depressione di cui stiamo vedendo solo l'inizio e delle quali non possiamo non tenere conto, anche per quanto riguarda la preparazione morale degli operatori: tale clima di sfiducia di fronte all'ineluttabile può rappresentare un ulteriore contributo al burn-out specie in chi affronti alla leggera, e senza la preparazione al peggio che dovrebbe caratterizzare le professioni sanitarie, un fenomeno che di giorno in giorno si manifesta come terribilmente complesso e ricco di implicazioni le più svariate.

L'emergenza AIDS impone nuove, più adeguate modalità di assistenza e un grande sforzo di potenziamento di quanto già esistente. In che modo potrà programarsi un intervento efficace e chi dovrà farsene carico?

Oltre alla creazione di nuovi posti-letto ospedalieri occorre sviluppare al più presto forme alternative di assistenza e terapia, quali day-hospitals, case-famiglia, alloggi protetti ed altro.

L'Italia può vantare un sistema antidroga di avanguardia nel mondo, basato su di una originale concezione bipolare pubblica e privata, in cui l'intervento pubblico si fa carico della terapia farmacologica ed il privato gestisce una rete di comunità terapeutiche cui avviare i soggetti ben disponibili a cambiare stile di vita. In altri termini, il pubblico si è fatto carico dei soggetti non motivati e per questo più gravi ed ammalati, il privato di quelli ben motivati, spesso gli stessi soggetti che in una fase precedente erano sopravvissuti alla loro dipendenza proprio grazie alle terapie farmacologiche. La tradizionale grande forza del volontariato, sia di ispirazione cattolica che laico, riuscirà a ripetere in Italia il successo con cui ha operato nell'imporre, anche nelle fasce più retrive e conservatrici della società, l'accettazione dell'obbligo all'assistenza ai tossicomani, estendendola ai sieropositivi ed ai malati di AIDS. E' prevedibile che tali energie, già impegnate nel settore e continuamente sollecitate ad operare da una opinione pubblica sensibilizzata ed allarmata dalle dimensioni del fenomeno droga, siano in grado di ripetere, anche nel settore dell'assistenza ai malati di AIDS, la rete di occasioni terapeutiche valide già costituite dal nulla, per i tossicodipendenti. Ai centri antidroga (oltre ai servizi sanitari carcerari, ai consultori e agli ambulatori) spetta di riconoscere i soggetti a rischio procedendo ai prelievi per i test per gli anticorpi HIV e controllando clinicamente i pazienti sulla base di protocolli definiti con le strutture di riferimento, agendo anche nel settore della prevenzione e della educazione sanitaria. Ai presidi ospedalieri ed universitari, dotati delle competenze specialistiche necessarie per indagini batteriologiche, virologiche, immunologiche e istopatologiche spetta il follow-up dei sieropositivi nonché il ricovero degli ammalati di AIDS, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico dotati delle strutture e competenze necessarie, spetta l'assistenza ai più gravi tra i malati di AIDS, e l'effettuazione di studi e ricerche anche al fine di essere punto di riferimento per l'evoluzione delle conoscenze e delle prassi.

Per limitare il diffondersi ulteriore dell'AIDS, interventi di informazione ed educazione sanitaria nelle scuole, università, associazioni giovanili e caserme possono essere utili, pur con i rischi sempre connessi a ogni campagna preventiva?

Per l'AIDS l'informazione, pur con tutti i suoi limiti, sembra essere sinora una delle poche armi preventive efficaci. In questo caso è applicabile l'equazione "informazione = prevenzione" che invece è totalmente illusoria, come vedremo, nella prevenzione antidroga.

CAPITOLO OTTAVO

Prevenzione?

Molti anni fa, alla domanda: "che cos'è la prevenzione" Olievenstein rispose: "la prevenzione è la verità". Con il passare degli anni questo concetto si è modificato e l'opera di prevenzione non è più basata su una informazione vera e scientificamente corretta ma richiede tutta una serie di accorgimenti per far sì, che possa raggiungere l'obiettivo di una diminuzione della domanda e non semplicemente quello di fornire pillole tranquillanti ai benpensanti, senza incidere minimamente sul comportamento dei gruppi a rischio, o possibili tali. Quali accorgimenti dobbiamo attuare per un'opera di prevenzione affinché non divenga controproducente?

Sotto il termine di prevenzione va un mare magnum di iniziative le più costose, le più disparate e le più contraddittorie e si può dire che non ci sia amministrazione, uomo politico o semplice cittadino benpensante che non abbia, in un qualche momento, enunciato l'importanza della prevenzione, magari per coprire le proprie inefficienze o le proprie omissioni in tema di terapia o di riabilitazione. Io credo che la grande illusione della prevenzione sia stata l'equazione "prevenzione = informazione" con la foglia di fico susseguente dell' "informazione sì, ma scientificamente corretta". Prevenzione = informazione è una grande illusione, costata centinaia di miliardi alle più disparate istituzioni governative o non governative in tutto il mondo, con sotteso anche il messaggio che il giovane ignorante dovesse essere acculturato dal saggio benpensante adulto perché, consapevole dei rischi a cui andava incontro, si potesse astenere dall'uso di droga. La grande illusione di questo tipo di messaggio è che l'atto del drogarsi attenga allo stesso livello telencefalico, razionale e cosciente capace di recepire un messaggio del tipo "non fare questo perché fa male".

E' una grande illusione perché, da un lato l'uomo è sempre insensibile a messaggi del tipo "non fare questo perché fa male" (se così non fosse eviterebbe per esempio di fare tante cose che fanno male come le guerre o il traffico d'armi), d'altro canto l'atto del drogarsi non attiene alla sfera della logica e della razionalità ma a quella sottocorticale delle emozioni, dei sentimenti, dell'assoluto irrazionale che, per altro, tanta parte ha nei nostri comportamenti. D'altronde la conoscenza di un prodotto è il "primum movens" del consumo del prodotto stesso, come ben ci insegnano tutte le campagne pubblicitarie il cui obiettivo è la diffusione della conoscenza di un determinato prodotto perché questo possa essere consumato. Ed allora far conoscere la sostanza allo scopo di non farla consumare diventa una contraddizione in termini perché la conoscenza porta consumo e non astensione. E così molte campagne, nate sull'onda della buona volontà o della voglia di fare comunque qualcosa, hanno ottenuto effetti controproducenti come bene insegna il libro di Bartolomucci e Buscema "Comunicazione Dissuasiva" che ci mostra come la maggior parte dei manifesti spacciati per anti-droga in realtà, a livello subliminale, mandino dei messaggi eccitanti o invoglianti proprio il consumo di quelle sostanze che, da un punto di vista teorico, si vorrebbe evitare. Prevenzione dunque non è informazione: "parlate male di me purché se ne parli" è uno slogan caro, oltre che ai politici, anche a coloro che vendono le sostanze stupefacenti.

Se prevenzione non è informazione, e non è quindi neanche verità, ci dobbiamo chiedere che cosa vuol dire prevenzione ed allora il discorso si allarga a tutto ciò che può fare evitare che un

soggetto incontri una sostanza dalla quale poi divenga, per l'effetto combinato dei suoi sentimenti e della sostanza stessa, dipendente. La cosa diventa terribilmente difficile, certo non delegabile a nessuno, tanto meno al tecnico o cosiddetto esperto o colui che viene a pontificare sugli stupefacenti. In generale noi pensiamo che sia meglio astenersi dal fare campagne indiscriminate antidroga e che l'ideale di un'azione preventiva consista nel non citare mai il termine droga. La costituzione di alternative esistenziali, un rapporto educativo corretto, gradino dopo gradino, la non frequenza di gruppi a rischio o di gruppi che hanno come minimo comune denominatore o come comportamento maggioritario l'uso di droghe, lo stare in campana, la comunicazione continua, affettuosa, interpersonale, l'esempio, sono le uniche armi che abbiamo a disposizione nel campo della prevenzione. Ma quand'anche fossero tutte usate correttamente, esiste sempre un elemento x di imprevedibile, per cui il temuto incontro può sempre aver luogo; ma se l'incontro con una sostanza stupefacente avviene da parte di un soggetto ben strutturato ci sono meno probabilità che sia l'inizio di una dipendenza o di una tossicomania franca e che il tutto possa limitarsi ad un consumo occasionale, ricreativo ed, a volte, fine a se stesso.

Certo, non possiamo illuderci che il cartellone, il manifesto, i filmini o i dépliants antidroga impediscano ad un emarginato, che ha i suoi bravi motivi e le occasioni per drogarsi, di diventare tossicomane. Anche perché quel film, quel cartellone e quel messaggio saranno recepiti da chi è inserito, non da chi è emarginato (Chi va a vedere i filmini antidroga? Non chi sta ai margini). E poi tale messaggio viene, guarda caso, dall'autorità, dallo stato, dal comune, da chi si occupa della droga, da tutte quelle istituzioni che formano il sistema; ma un emarginato scapperà piuttosto che adeguarsi a quanto gli viene indicato dal sistema, perché il livello dell'angoscia aumenta, diventa insopportabile. Peraltro anche le campagne di sensibilizzazione antidroga, se non riescono ad impedire un incremento del numero dei tossicomani, obbediscono ad una logica di tipo ansiolitico-sociale: il vedere che istituzioni assicuranti intervengono, arginano il male dilagante, determina un certo effetto di tranquillizzazione sociale e di rasserenamento. Quindi, quasi tutto quello che viene spacciato per prevenzione, in realtà è utile al sistema, alle persone "per bene", inserite, "normali", non agli esposti realmente al rischio?

Una volta persa l'illusione che l'informazione sui rischi e pericoli sia di per sé valido elemento di prevenzione, ci accorgiamo paradossalmente che uno dei più importanti fattori di prevenzione è la terapia, l'evitare cioè che un soggetto, in quanto dipendente, sia obbligato a diventare un rivenditore per trovare i soldi che lo porteranno alla droga, ormai indispensabile. Rivenditore fortemente vincolato, in tal caso, ad allargare il giro, reclutando sempre nuovi adepti, per un meccanismo di necessità economica, ma anche psicologica, per ammortizzare i propri sensi di colpa. (Se la colpa ce l'hanno tutti, non è più una colpa ma un "fatto sociale"). E poiché abbiamo già visto che la vera terapia non è tanto la disintossicazione, cioè lo svezzamento, provvedimento inutile, se il soggetto è incapace di sopravvivere senza droga, quanto piuttosto il reinserimento, vale a dire la riscoperta di alternative, dobbiamo concludere che prevenzione, terapia e riabilitazione sono tre facce dello stesso processo, in cui sarebbe difficile stabilire una cronologia, intersecandosi

più volte i tre momenti i tra di loro. Per l'altro polo del rapporto, il singolo, soprattutto giovane, esposto al rischio di un contagio da droga, vale, più che l'informazione, il non instaurarsi o il superamento delle concause che possono portarlo a "stare male nella propria pelle", ad esempio il vivere in una famiglia non patologica, il crescere con un adeguato supporto educativo e il realizzarsi in una società non ostile.

In materia di prevenzione antidroga è stato scritto e fatto, a torto o a ragione, più e spesso peggio del dovuto. Non potrà sembrare strano che, nella mole e nell'equilibrio del nostro lavoro, così poco spazio sia dedicato a un campo da altri ritenuto privilegiato nella lotta alle tossicodipendenze?

Vuole essere un modo, il nostro, per sottolineare quanto siano pericolose, dannose e ipocrite le cosiddette "campagne" di prevenzione. Anche per prevenire, insomma, il "silenzio è d'oro".

APPENDICE

Questa pubblicazione, come scritto nella introduzione, è destinata a quanti, in un modo o nell'altro, sono coinvolti nel nostro Paese dal fenomeno droga: genitori, insegnanti, operatori dei servizi, tossicomani.

Abbiamo pensato di fare cosa utile ai nostri lettori aggiungendo al testo una appendice nella quale pubblichiamo le più importanti circolari che nel corso degli anni il Ministero della Sanità, grazie alla competenza della Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale, ha emanato per orientare i servizi ad una corretta interpretazione del fenomeno e ad una adeguata risposta operativa, specie nel campo tuttora misconosciuto delle terapie farmacologiche.

La convinzione che la maggior parte di queste circolari, di cui condividiamo l'impostazione e la correttezza scientifica, giace tuttora nei cassetti asfittici delle burocrazie delle USL e non è conosciuta dai diretti interessati, ci induce a ritrascriverle, convinti che dalla loro diffusione ed applicazione non potrà che derivare un miglioramento dei servizi antidroga e, quindi, una diminuzione delle sofferenze dei tossicomani.

Allegato 1

Ministero della Sanità - G.U. n. 323 del 23/11/'84

CIRCOLARE N. 39 DEL 7 MAGGIO 1984

Interventi diagnostici per l'ammissione dei tossicodipendenti da oppioidi al trattamento con farmaci analgesico-narcotici

Questo Ministero intende diffondere periodicamente una serie di indicazioni e informazioni tecniche nel settore delle tossicodipendenze al fine di fornire un sussidio agli organi periferici specie laddove un periodo di esperienze ancora limitato non abbia consentito la codificazione di consolidati orientamenti per l'attuazione e la programmazione degli interventi di prevenzione cura e riabilitazione delle tossicodipendenze, ferme restando le competenze regionali di programmazione e attuazione degli interventi nel settore.

Con la presente circolare si fa riferimento alle disposizioni vigenti relative alla necessità di un accertamento degli stati di tossicodipendenza preliminare al trattamento con farmaci analgesico-narcotici, accertamento da effettuare anche tramite la valutazione del grado di dipendenza fisica.

Si torna a puntualizzare l'aspetto dell'accertamento diagnostico perché sta emergendo una tendenza alla distribuzione non adeguatamente giustificata e controllata di metadone e morfina.

Risultano infatti casi di richiesta di trattamento con farmaci analgesico-narcotici da parte di soggetti che non presentano segni di dipendenza fisica o che presentano segni dubbi.

L'uso della sostanza sostitutiva in questi casi comporta il rischio di determinare una dipendenza stabilizzata in soggetti non ancora dipendenti fisicamente dagli oppioidi, per i quali è invece indispensabile mettere in atto altri tipi di intervento.

Si ricorda inoltre che il trattamento farmacologico con analgesico-narcotici è solo uno dei mezzi nell'ambito del trattamento globale di coloro che sono realmente tossicodipendenti da oppioidi e che anche per questi pazienti non sempre è necessario usare farmaci analgesico-narcotici.

Da quanto sopra risulta che l'accertamento diagnostico della realtà e della entità della dipendenza fisica da oppioidi costituisce un momento fondamentale per l'ammissione del tossicodipendente al trattamento con farmaci analgesico-narcotici.

Al fine di sottolineare la necessità che tali accertamenti si avvalgano di una accurata e approfondita metodologia ed al fine di evitare abusi ed errori nell'ambito di delicate procedure diagnostiche che secondo i canoni della deontologia medica debbono essere compiute con le necessarie cautele di ordine tecnico e psicologico nonché sulla base di un corretto rapporto medico-paziente, si prospetta quanto descritto nell'allegata nota tecnica le cui indicazioni sono frutto della esperienza e della collaborazione di un gruppo interdisciplinare di specialisti nel trattamento dei tossicodipendenti.

Le informazioni che si forniscono relativamente a determinate metodologie diagnostiche e terapeutiche vanno comunque valutate secondo i canoni della normale prudenza e diligenza medica e la nota tecnica di riferimento alla presente circolare ha quindi carattere informativo-orientativo rimanendo il medico secondo scienza e coscienza il solo responsabile della condotta terapeutica.

Al riguardo questo Ministero esaminerà eventuali osservazioni sia di tipo clinico che organizzativo provenienti da medici e operatori.

Il Ministro
F.to Degan
7.5. 1984

Allegato tecnico

Indicazioni tecniche di riferimento alla circolare sugli «interventi diagnostici per l'ammissione dei tossicodipendenti da oppioidi al trattamento con farmaci analgesico-narcotici»

La diagnosi di tossicodipendenza stabilizzata deve essere indicativa del grado di dipendenza fisica, quando si intenda impostare un programma terapeutico con i farmaci agonisti di tipo analgesico-narcotico (metadone, morfina), sia al fine dell'ammissione a questo trattamento, sia al fine della individuazione del dosaggio iniziale del trattamento stesso.

Ne consegue che diventa necessario procedere oltre che ad una accurata anamnesi e ad una valutazione psico-sociale del caso, anche all'esame obiettivo, a eventuali indagini di laboratorio, e come già indicato, alla determinazione del grado di dipendenza fisica.

Quest'ultima valutazione si avvarrà anche della osservazione di eventuali sintomi o segni dell'astinenza.

Indagini di laboratorio

Per quanto riguarda le eventuali indagini di laboratorio, allo stato attuale le più utilizzate sono finalizzate alla ricerca della morfina nelle urine.

In questo settore ai fini della diagnosi di tossicodipendenza va tenuto presente quanto segue:

1) che la presenza di morfina nelle urine indica semplicemente una recente assunzione di oppioidi ma non può indicare uno stato di dipendenza, nè può indicarne il grado anche se si rileva un alto tasso di morfinuria.

2) L'assenza di morfina nelle urine indica la mancanza di una recente assunzione di oppioidi; se contemporaneamente non si riscontrano i segni dell'astinenza, con buona approssimazione, ma comunque non in assoluto, si può ritenere che non sia in atto una dipendenza fisica da oppioidi.

Ai fini della valutazione della entità della dipendenza da oppioidi pertanto l'utilizzazione di queste metodiche non assume particolare rilievo ma può fornire delle indicazioni per l'esclusione della esistenza di uno stato di dipendenza stabilizzata.

Può essere peraltro utile, in considerazione della diffusione di politossicomanie, allargare le indagini di laboratorio alla valutazione della presenza di altre sostanze da abuso quali cocaina, benzodiazepine, amfetamine, barbiturici ed alcool etilico in quanto la loro assunzione può determinare seri inconvenienti nel caso di interventi terapeutici basati sull'impiego di metadone e di morfina. Questa indagine allargata è oggi possibile mediante metodi immunoenzimatici e gascromatografici.

Altro tipo di analisi, non ancora diffuso, ma di incoraggianti prospettive, si basa sulla ricerca radioimmunologica della morfina nel capello.

Tale indagine, purché compiuta secondo corrette procedure estrattive, può consentire di stabilire, attraverso l'analisi di sezioni contigue di capelli, se il soggetto consumi eroina da tempo.

Notizie più dettagliate, reperibili nella letteratura internazionale saranno diffuse anche tramite il Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo di questo Ministero.

Per quanto riguarda l'uso delle indagini RIA si ricorda che il Consiglio Sanitario Nazionale, anche per motivi di contenimento delle spese, ha accolto la proposta di limitare tale metodica ai laboratori di medicina nucleare e a quelli specializzati individuando gli esami immunoenzimatici fra quelli praticabili presso i laboratori di base. Dettagliate indicazioni sulle caratteristiche e sulla affidabilità dei diversi metodi di analisi per questi tipi di indagini verranno fornite nell'ambito di una nota tecnica di riferimento ad una successiva circolare.

Sindrome di astinenza

Nei casi in cui gli elementi raccolti per la valutazione globale del caso non provino con certezza che nel paziente sia in atto una reale dipendenza fisica da oppiacei o non costituiscano elementi sicuri per la scelta del dosaggio iniziale del trattamento sostitutivo, si procederà alla individuazione delle caratteristiche dell'astinenza o mediante osservazione prolungata del soggetto o, in casi particolari, mediante evocazione dell'astinenza con somministrazione endovena di naloxone, secondo quanto successivamente indicato.

Ambedue le procedure debbono essere effettuate in ambiente ospedaliero o ambulatoriale e richiedono il consenso informato da parte del paziente e l'intervento terapeutico adeguato per la correzione dell'astinenza stessa, e sono controindicate nelle pazienti in stato di gravidanza.

Osservazione prolungata

L'osservazione prolungata del paziente per attendere la comparsa della sindrome di astinenza, deve essere effettuata dopo aver preavvertito il paziente stesso di presentarsi solamente se non ha assunto narcotici da un congruo numero di ore, da definire in relazione alle caratteristiche farmacocinetiche della sostanza verso cui è dipendente e in relazione al tempo massimo disponibile per l'osservazione, tenendo conto degli orari del servizio in cui si opera.

E' opportuno ricordare inoltre la necessità di un controllo attento e di attuare adeguati accorgimenti, soprattutto quando possa presumersi l'interesse del soggetto a non essere individuato come tossicodipendente, onde non avvenga l'autosomministrazione di sostanze oppioidi durante l'attesa dell'insorgenza spontanea dell'astinenza che impedisca la comparsa della stessa.

Valutazione della sindrome di astinenza

La sindrome di astinenza una volta instaurata, verrà misurata tenendo presente il tempo trascorso dall'ultima dose di sostanza oppioide e facendo riferimento a scale di valutazione diagnostica scientificamente accreditate (del tipo di quella qui riportata), che consentano di attribuire dei punteggi ai sintomi e segni che se considerati singolarmente presentano caratteristiche soggettive. Dalla sommatoria di più sintomi sarà possibile formulare una differenziazione

diagnostica della sindrome di astinenza e, per estensione, della dipendenza fisica in: dubbia, di media entità o conclamata, come riportato negli esempi in allegato.

Dopo aver concluso l'osservazione della sindrome di astinenza, questa potrà venir corretta mediante farmaci agonistici (metadone cloridrato sciroppo; morfina solfato, fiale per via intramuscolare) senza trascurare la possibilità di impiego di farmaci del tipo della clonidina o altri sintomatici. Le dosi variano in funzione del grado di astinenza accertato; è opportuno iniziare con un saggio di prova a basso dosaggio, con eventuale successiva reintegrazione del farmaco al fine di somministrare la dose minima sufficiente per contrastare la sindrome di astinenza.

Sulla base della dose risultata efficace per interrompere l'astinenza, nonché tenendo conto della valutazione della astinenza stessa, si avranno delle indicazioni utili ai fini della individuazione della dose farmacologica necessaria per iniziare la terapia con agonisti degli oppiacei. Tale dose potrà essere successivamente aggiustata nel prosieguo del trattamento, dato che è opportuno iniziare, quando vi siano dubbi per il dosaggio, con quantitativi eventualmente più bassi, piuttosto che più alti del necessario. Quanto detto non significa che vi debba essere una applicazione rigida dei criteri suggeriti valendo anche l'esperienza e la anamnesi di precedenti crisi astinenziali.

(omissis)

Allegato 2

Ministero della Sanità - G.U. n. 323 del 23/11/'84
CIRCOLARE N. 83 DEL 20 OTTOBRE 1984

Il trattamento di disintossicazione da oppioidi con metadone a breve termine

I criteri di ammissione al trattamento a breve termine con metadone, sono stati individuati nella circolare n. 39/1984 e tra questi si sottolinea la rilevanza degli accertamenti necessari per diagnosticare la dipendenza fisica e misurarne l'entità. Con la presente circolare si intendono fornire alcune indicazioni di massima per il trattamento a scalare con metadone a breve termine. E' appena il caso di ricordare che il trattamento con farmaci analgesico-narcotici è solo uno di diversi tipi di trattamento farmacologico utilizzabili nelle tossicodipendenze; altri farmaci non agonisti dei recettori oppioidi possono infatti agire sull'astinenza e, come sempre, quando sono disponibili più mezzi terapeutici, la scelta del più idoneo deve essere compiuta valutando i vantaggi e gli svantaggi di ciascun mezzo in relazione alle esigenze del singolo caso. Si sottolinea inoltre che tale tipo di intervento è da considerarsi una misura collaterale e non rappresenta di per se una soluzione riabilitativa ma un mezzo per attuare e affiancare una serie di interventi di sostegno psico-sociale e relazionale una volta attenuati e controllati i sintomi astinenziali. E' necessario che tale trattamento, globale e quanto più possibile personalizzato, sia seguito da un più duraturo trattamento riabilitativo, senza il quale non si potrà ottenere alcun successo definitivo, ma solo il parziale risultato di allontanare temporaneamente il tossicodipendente dal «giro dell'eroina». A tale proposito non va dimenticata la necessità di approfondire, al momento dei primi contatti con il tossicodipendente, l'individuazione di patologie organiche non sempre palesi, coinvolgendo, per i relativi interventi terapeutici, le strutture sanitarie dell'U.S.L. in un approccio integrato che instauri nel giovane un processo di responsabilizzazione nei confronti della propria salute. Per quanto riguarda il trattamento con metadone, si sottolinea l'esigenza che la dose iniziale quotidiana, venga stabilita mediante corrette procedure diagnostiche come indicato nella allegata nota tecnica e sia corrispondente al grado di dipendenza fisica da oppioidi sviluppato nel paziente.

Si rende necessario che le UU.SS.LL. organizzino nella maniera più adeguata i servizi di diagnosi e cura per tossicodipendenti istituiti ai sensi degli artt. 1 e 2 del D.M. 7/8/80 sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Sarà infatti indispensabile, onde non sovraccaricare l'attività degli operatori, e non renderla meramente formale, giungere ad un rapporto ottimale servizio o équipe/tossicodipendenti che consenta la agevole messa in atto delle procedure cliniche indicate in questa serie di circolari e la realizzazione di un effettivo trattamento globale. Al riguardo verranno fornite da questo Ministero, entro breve tempo, indicazioni più dettagliate. Sarà inoltre necessario che ciascun servizio preveda, nell'ambito dell'organizzazione del proprio personale, anche la disponibilità periodica (da un minimo di una volta a settimana ad un massimo di alcune ore al giorno, secondo le affluenze) di un medico già esperto nel settore e un infermiere che lavoreranno, in un apposito locale, esclusivamente sulle valutazioni diagnostiche necessarie per l'ammissione al trattamento con farmaci sostitutivi (vedi circolare 39/1984) e per la individuazione della dose iniziale quotidiana di metadone (come da allegato tecnico della presente circolare). Qualora ciò non

fosse realizzabile in tutti i servizi, sarà necessario che tali procedure vengano compiute in una struttura ad hoc di riferimento, e il trattamento globale, (farmacologico e psicosociale) nei servizi competenti per territorio.

Non si ritiene opportuno che durante il trattamento a scalare, periodo quindi di breve durata e di importanza fondamentale per sostenere le motivazioni del paziente a liberarsi dalla dipendenza degli oppioidi, ci si avvalga della possibilità di somministrare metadone in farmacia. Tale procedura, infatti, tranne nei casi di servizi con una particolare organizzazione, non favorisce la continuità dell'intervento psicosociale che il servizio deve garantire in una fase così delicata. In tutti i casi non va dimenticata l'importanza di mettere in atto i più idonei accorgimenti per accertarsi che il tossicodipendente assuma effettivamente e quotidianamente la dose prescritta.

Il tossicodipendente deve impegnarsi a fornire campioni di liquidi biologici a richiesta e sotto opportuno controllo da parte del personale, autosegnalando eventuali ricadute. Ciò non deve portare ad una passiva accettazione delle ricadute come elemento naturale di una curva di detossificazione non piana, ma ad una riduzione di quegli atteggiamenti di colpevolizzazione da parte degli operatori, che potrebbero allontanare il tossicodipendente dal servizio. Allorquando le auto segnalazioni e le constatazioni di contemporanee assunzioni di eroina si fanno più frequenti, risulta evidente che vengono meno le motivazioni di fondo necessarie per il proseguimento di questo trattamento a scalare con metadone; si rende quindi necessario il trasferimento del paziente ad altro tipo di trattamento.

Come nelle precedenti circolari relative a interventi diagnostici e terapeutici per le tossicodipendenze, anche in questo caso, l'allegato tecnico, frutto del lavoro di una commissione di esperti, fornisce delle indicazioni procedurali di massima che, a seconda del caso clinico, possono subire le opportune modifiche secondo scienza e coscienza del medico, nell'ambito del perseguimento delle finalità connesse con il trattamento.

Il Ministro
f.to Degan
Roma, lì 20/X/'84

Allegato tecnico alla circolare sul «Trattamento di detossificazione da oppioidi con metadone a breve termine»

Scopi. Scopi del trattamento a scalare con metadone sono:

A) consentire la disintossicazione di un soggetto dipendente fisicamente da sostanze oppioidi, senza che il paziente soffra gli effetti della sindrome di astinenza e favorire così l'allontanamento del soggetto dal giro dell'eroina.

B) utilizzare l'occasione dell'assunzione quotidiana della sostanza presso il servizio per iniziare ad instaurare un intervento psico-sociale.

C) passare successivamente il soggetto, una volta libero dalla dipendenza fisica, ad un più duraturo e idoneo trattamento riabilitativo onde far fronte alla dipendenza psichica.

Criteri di ammissione. Possono essere ammessi a questo tipo di trattamento quei soggetti, individuati solo nell'ambito di coloro per i quali sia stata diagnosticata una dipendenza fisica stabilizzata da sostanze oppioidi (come già indicato nella circolare n. 39/1984), per i quali il medico non ritenga possa essere efficace un trattamento non farmacologico o con altri farmaci non analgesico-narcotici e per i quali non vi sia ancora motivo di ipotizzare un trattamento con metadone a lungo termine. Infatti è opportuno che non si inizi un trattamento a lungo termine senza aver dato al tossicodipendente la possibilità di poter interrompere la propria dipendenza con un trattamento a scalare. Sarà ovviamente necessario, onde non porre le premesse per un insuccesso, che il soggetto aderisca liberamente al trattamento a scalare, conoscendone le indicazioni e avendo vagliato le proprie motivazioni.

Tale trattamento verrà inoltre utilizzato per quei soggetti che si trovino nella necessità di fatto di dover interrompere la eroinodipendenza (es. detenuti).

Esecutori del trattamento e luoghi di esecuzione. Il trattamento può essere condotto dai sanitari competenti come previsto dal D.M. 718/'80 sia in condizioni di ricovero, che ambulatoriale, che, quando possibile, domiciliare. Quest'ultima modalità ha la finalità di coinvolgere e responsabilizzare la famiglia nel processo assistenziale e riabilitativo del tossicodipendente nonché di avvalersi della collaborazione del medico di fiducia quale figura fondamentale anche ai fini della prevenzione di una iperprescrizione di sostanze psicoattive. In tutti i casi si deve comunque prevedere il concomitante supporto psico-sociale da parte dei membri dell'équipe.

Non si ritiene opportuno, tranne in casi di effettiva e motivata eccezione, prevedere in questa fase l'affidamento della sostanza tramite farmacia che, tra l'altro, consentirebbe una facile sottrazione ai suddetti interventi di ordine psico-sociale, ai necessari controlli sulla effettiva assunzione del metadone e ai controlli di laboratorio non preavvisati per assicurarsi che il tossicodipendente non assuma più eroina.

Accordo o contratto terapeutico. Deve essere ben chiaro sia all'operatore che al paziente che il fine principale di questo trattamento è l'interruzione già durante il trattamento stesso della assunzione della eroina da strada fino ad arrivare alla situazione di non assunzione di qualunque sostanza oppioide, e di non dipendenza da altre sostanze psicotrope, per questo motivo è necessaria una libera e consapevole adesione al contratto terapeutico. Il contratto prevederà che oltre un certo numero di ricadute con eroina o di fallimento del trattamento, si interrompa per il momento il trattamento a scalare e si passi ad altro tipo di trattamento.

Sulla base delle esperienze effettuate si ritiene che sia inopportuno insistere con un trattamento a scalare dopo 3-5 ricadute. Va però tenuto presente che l'équipe deve valutare attentamente i motivi alla base della ricaduta, se dipendono da un dosaggio di metadone insufficiente a bloccare i sintomi dell'astinenza, o da una scarsa motivazione nel soggetto, o da altri fattori, quali una non libera accettazione iniziale. In questi due ultimi casi è necessario assicurare al tossicodipendente il massimo appoggio psico-sociale o riconsiderare l'opportunità di questo tipo di trattamento.

E' necessario che il paziente conosca e aderisca alle modalità di trattamento (dosi, tempi, colloqui, controlli, ecc.) senza peraltro fare del problema sul dosaggio il momento centrale di rapporto fra operatori e tossicodipendenti.

Metodiche analitiche di laboratorio di controllo. Al fine di evitare di portare avanti un trattamento inutile o con modalità inadeguate è necessario accertarsi durante il trattamento che il fine principale di interrompere l'assunzione di eroina da parte del tossicodipendente sia stato conseguito; ci si avvarrà pertanto di ripetuti controlli (almeno due volte a settimana con i metodi meno sensibili) sui metaboliti urinari dei morfiniti, senza preavvisare il tossicodipendente del giorno in cui verranno effettuati. Così come è opportuno controllare l'assunzione del metadone, analisi attualmente possibile con i metodi immuno-enzimatici. Si fa presente la necessità che i laboratori abilitati per le suddette analisi siano dotati di un controllo di qualità interno e siano inseriti in un programma di controllo di qualità esterno.

Si fa inoltre presente che:

A) E' necessario adottare le più idonee misure per essere certi che le urine da analizzare appartengano al tossicodipendente.

B) L'uso di metodi estremamente sensibili quali il RIA, può dare risultati positivi per assunzioni che risalgono a qualche giorno (circa 5 giorni) prima del prelievo, assunzioni quindi che potrebbero essere precedenti all'inizio del trattamento;

C) L'uso di metodi meno sensibili quali quelli immunoenzimatici può far sfuggire assunzioni di dosi basse o medie di eroina avvenute precedentemente alle 24 ore.

(omissis)

Individuazione della dose iniziale quotidiana. La dose iniziale di trattamento non deve superare in maniera significativa quella corrispondente al grado di dipendenza fisica sviluppata dal soggetto, poiché in tal caso si aggraverebbe tale dipendenza, nè deve essere significativamente inferiore, poiché non sarebbe sufficiente per antagonizzare i sintomi dell'astinenza creando immediata disillusione e ricorso alla droga.

Tale dose iniziale quotidiana non può essere stabilita per «contrattazione» con il tossicodipendente nè in base alle dosi di eroina che lo stesso riferisce di assumere abitualmente, o in base ai valori dei metaboliti urinari degli oppioidi, ma va individuata clinicamente su ciascun soggetto secondo il suo grado di dipendenza fisica. Il tossicodipendente tende a richiedere una dose maggiore per poter rinnovare gli effetti «euforizzanti» provati con l'eroina, ma lo scopo del trattamento è bloccare solamente la sofferenza astinenziale.

Pertanto l'individuazione della dose iniziale sarà effettuata stabilendo quale sia la dose minima necessaria per controllare i sintomi dell'astinenza.

Sarà allora necessario osservare la comparsa di tale sintomatologia per la cui osservazione e valutazione si rimanda all'allegato tecnico della circolare n. 39/1984. Subito dopo la comparsa dei primi sintomi dell'astinenza si somministrerà una dose orale di 10-20 mg. (in relazione alla gravità dei sintomi) di metadone e si continuerà ad osservare periodicamente il paziente per un arco di tempo di 3-6 ore. Se i sintomi non scompaiono entro 30 minuti o ricompaiono nell'arco di tempo suddetto verrà somministrata un'ulteriore dose di 5-10 mg. a seconda della gravità dei sintomi.

Non è opportuno somministrare, per bloccare l'astinenza, una dose iniziale superiore ai 30 mg né la dose quotidiana di trattamento deve superare i 40 mg. (eccetto nei casi con documentata tolleranza a più di 40 mg./die di metadone).

40 mg./die infatti sono sufficienti anche nei casi più gravi di dipendenza fisica per impedire la comparsa dei sintomi dell'astinenza.

Qualora per motivi organizzativi non sia possibile procedere all'osservazione dell'astinenza nel momento in cui il tossicodipendente chiede di entrare in trattamento sarà necessario farlo tornare in un altro momento per espletare tale procedura, o indirizzarlo a tal fine ad un servizio di riferimento appositamente organizzato per tali procedure diagnostico-cliniche.

Una volta stabilito il dosaggio totale per le 24 ore sarà opportuno il giorno successivo confermare o correggere tale dose se necessario, sulla base di una ulteriore valutazione delle condizioni cliniche del paziente.

Dosi a scalare. Una volta che il paziente si è stabilizzato al dosaggio così stabilito (2-5 giorni circa) si inizierà il graduale decremento delle dosi.

E' stato dimostrato che una riduzione del 10-20% della dose quotidiana è generalmente ben tollerata e provoca un minimo disagio nel paziente. Molti schemi di trattamento a scalare si basano su una riduzione di 5 mg./die.

Nei pazienti trattati ambulatorialmente può essere opportuna una riduzione più lenta (es. di 5 mg. ogni due giorni).

Durata del trattamento. La durata varia naturalmente in relazione alla dose iniziale, alle condizioni psico-fisiche del soggetto, alla durata e al grado di dipendenza sviluppati prima del trattamento.

Generalmente il periodo di trattamento va da un minimo di 7 giorni ad un massimo di 21. Tale limitazione di tempo trova giustificazione nel fatto di voler proteggere soggetti con una bassa dipendenza da sostanze oppioidi, dall'induzione di una dipendenza più grave che un periodo più lungo di trattamento con metadone può determinare. Si tenga pertanto presente che per pazienti che abbiano assunto per un lungo periodo alte dosi di metadone sono necessari periodi più lenti e modalità più gradualità di disintossicazione. Questo a causa della più persistente dipendenza fisica che il metadone ad alte dosi, e per l'emivita più lunga, determina rispetto all'eroina.

Controindicazioni e avvertenze particolari. Per le tossicodipendenti in gravidanza è controindicata sia l'attesa dei sintomi dell'astinenza che una procedura a scalare rapida. Per il trattamento di queste pazienti si rimanda alla circolare n. 82/84 relativa all'assistenza alla gestante tossicodipendente.

Poiché non sono eccezionali i casi di tossicodipendenti con psicosi in atto mascherate dagli effetti degli oppioidi si tenga presente la possibilità di dover fronteggiare episodi psicotici acuti che si manifestano in questi pazienti con la sottrazione di sostanze oppioidi.

Si ricorda la necessità, come già accennato nell'allegato tecnico alla circolare n. 43/1984, di far presente ai pazienti che man mano che diminuisce la dose di metadone, aumenta la loro sensibilità agli oppioidi, per cui dosi di eroina alle quali erano precedentemente tolleranti, possono determinare una intossicazione acuta. Sarà pertanto opportuno che i servizi facciano presente questa

eventualità anche alle famiglie e ai medici di famiglia affinché provvedano a rifornirsi di naloxone che comunque non dovrà mai mancare nel servizio.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla eventualità tutt'altro che rara che, a causa della politossicomania, i pazienti in trattamento con metadone, anche al fine di controbilanciare gli effetti di sedazione di tale sostanza, assumano psicostimolanti (cocaina, anfetaminici) e/o altri psicofarmaci e alcool.

(omissis)

Allegato 3

Ministero della Sanità - G.U. n. 21 del 25/1/'85

CIRCOLARE N. 84 DEL 20 OTTOBRE 1984

Indicazioni relative agli interventi di prevenzione delle farmaco-tossicodipendenze.

Si fa riferimento:

— all'articolo 1 della legge 685/75, che attribuisce al Ministero della Sanità compiti di indirizzo e coordinamento nel settore della prevenzione delle tossicodipendenze;

— agli articoli 1 e 2 della legge 833/1978 che sanciscono tra gli obiettivi primari della stessa la formazione di una «coscienza sanitaria» sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità;

— al programma nel settore, approvato dal Consiglio dei Ministri in data 10/4/'84, che prevede, nel quadro di nuove iniziative del Governo, il potenziamento degli interventi di educazione sanitaria diretti a diffondere non tanto informazioni quanto atteggiamenti corretti nei confronti della propria salute.

Al riguardo si forniscono, con la presente circolare, alcune indicazioni sulle linee di tendenza che, al momento attuale, sembrano le più valide in tema di prevenzione delle farmacotossicodipendenze. Tali indicazioni rappresentano il risultato di un lavoro di sintesi di alcune esperienze nazionali e internazionali e della collaborazione di una Commissione di esperti che opera presso questo Ministero.

E' necessario anzitutto tenere presente che prevenire significa soprattutto curare una crescita normale dell'infanzia, diffondere una «cultura della salute» e occuparsi dei problemi dell'adolescenza centrando l'attenzione sui problemi di gruppo dei giovani:

a) Per quanto riguarda l'infanzia, ciò è possibile attraverso il potenziamento dei compiti istituzionali della USL nel settore dell'educazione sanitaria; a tal fine è necessario rendere la struttura sanitaria in grado di supportare efficacemente la famiglia e la scuola.

b) Per quanto concerne invece la fascia degli adolescenti è necessario creare strumenti e strutture che favoriscano e supportino le tendenze aggregative e socializzanti dei giovani. Sarebbe

auspicabile un coinvolgimento degli Enti Locali per la realizzazione di servizi sociali per adolescenti, adeguati alle singole realtà locali, con finalità educative aspecifiche e che siano in grado, attraverso l'impegno di personale adeguatamente preparato, di tenere aperti i canali di comunicazione col mondo giovanile onde trasmettere efficacemente e continuativamente messaggi idonei. E' quasi superfluo sottolineare che tali servizi otterranno la spontanea adesione dei giovani solo se i responsabili saranno in grado di comunicare attraverso «codici giovanili», come interlocutori alla pari. A tal fine si rende necessario studiare metodologie di formazione e riconversione di tutti gli operatori che sono in contatto con gli ambienti giovanili direttamente o indirettamente, attraverso la diffusione di una «cultura della prevenzione».

La diffusione di eventuali messaggi, nell'ambito delle iniziative suddette, o attraverso canali già esistenti, dovrà uniformarsi alle seguenti indicazioni:

1) Evitare messaggi puramente informativi sulle sostanze e sui danni. Tali messaggi sono inefficaci e controproducenti:

a) possono stimolare curiosità ed incentivare alla sperimentazione;

b) non modificano il comportamento tossicofilo e tossicomano che non ha le sue radici nella sfera razionale;

c) richiedono al destinatario una accettazione passiva dei dogmi impartiti senza stimolare una difesa attiva e consapevole dalle pressioni esterne.

2) Evitare messaggi specifici mirati al problema droga poiché sarebbero pericolosi e riduttivi:

a) pericolosi perché ancora una volta stimolerebbero curiosità e perché potrebbero creare terreno favorevole ad autoaffermazioni negative da parte di adolescenti con normali problemi legati alla acquisizione della propria identità;

b) riduttivi perché isolerebbero il problema droga dal suo generale contesto socio-culturale che deve invece essere affrontato globalmente con particolare attenzione anche al problema dell'abuso di droghe legali di farmaci e psicofarmaci.

3) Evitare messaggi scorretti, inesatti, allarmistici o terroristici che tolgono credibilità all'intervento.

4) Privilegiare un tipo di messaggio mirato alla diffusione di un corretto concetto di salute secondo la più ampia e moderna accezione del termine. Precisare che la salute (secondo la definizione che ne dà l'OMS) non è assenza di malattia, ma «Condizione di armonico equilibrio psicofisico dell'individuo integrato nel suo ambiente naturale e sociale». Il messaggio dovrà essere strutturato in modo tale da diffondere il concetto di salute come valore naturale e sociale e da stimolare l'elaborazione e l'interiorizzazione del concetto stesso da parte dell'individuo; dovrà inoltre essere in grado di promuovere atteggiamenti consapevolmente positivi nei confronti della salute.

5) Privilegiare messaggi allargati ai problemi di «dipendenza» nel senso più ampio del termine; comprensivo cioè di tutti i tipi di dipendenze, da droghe legali, farmaci, psicofarmaci, evidenziando il rapporto esistente tra ansia, disagi esistenziali, spinte consumistiche da una parte e dipendenze di vario tipo dall'altra, come risposte non mediate da scelte consapevoli.

6) Privilegiare messaggi che modifichino profondamente l'opinione pubblica nei confronti delle tossicodipendenze. Ciò oltre ad alleviare la condizione di emarginazione culturale del

tossicodipendente stesso e facilitarne il reinserimento, è di estrema importanza poiché tutti possono, se hanno un atteggiamento corretto nei confronti del problema, diventare operatori di prevenzione.

— La comunicazione di tali messaggi non dovrà essere nè moralistica nè paternalistica, non impartita dall'alto; ciò significherebbe utilizzare codici comunicativi di ormai provata inefficacia.

— Le iniziative di prevenzione inoltre dovranno tendere a:

1) Favorire un livello ottimale di socializzazione nella infanzia e nella fascia degli adolescenti, migliorando la capacità di comunicazione interpersonale.

2) Favorire la conoscenza di se stessi, la capacità di realizzare le proprie spinte creative, l'autorealizzazione e la stima di sé.

3) Favorire e stimolare l'indipendenza, l'autodeterminazione e la capacità di attuare scelte consapevoli.

— Si fa presente altresì che è bene evitare la realizzazione di «campagne propagandistico-informative». Esse infatti, rivolgendosi alla sfera emotiva, producono modificazioni comportamentali temporanee mentre un impegno educativo permanente tende a modificare gli atteggiamenti consapevolmente e durevolmente.

— Successive indicazioni verranno fornite da questo Ministero per quanto concerne la realizzazione di progetti operativi.

Il Ministro

f.to Degan

Roma lì 20-10-84

Allegato 4

Ministero della Sanità - G.U. n. 21 del 25/1/'85
CIRCOLARE N. 87 DEL 20 NOVEMBRE 1984

Problemi di assistenza sanitaria ai tossicodipendenti. Trattamenti protratti con metadone.

Scopo della presente circolare e delle precedenti è quello di fornire indirizzi e suggerimenti derivanti dalla consultazione di esperte non certo finalizzati a ridurre le scelte programmatiche delle Regioni e Province autonome, ma a smussare quelle differenze di protocolli terapeutici che possono provocare trasmigrazioni di tossicodipendenti e sollevare problemi di ordine medico-legale.

Nello stesso tempo si coglie l'occasione per richiamare l'attenzione sull'importanza di un controllo sanitario accurato e personalizzato dei tossicodipendenti, secondo quanto già indicato con circ. n. 86/1984 e segnalando la esistenza, peraltro nota, di forme di alterazioni nel quadro immunitario e di frequenti presenze di anticorpi contro il retrovirus HTLV III specie fra i tossicodipendenti dei grandi centri. Tale ultima notazione, alla quale faranno seguito indicazioni preventive e curative derivanti dalla consultazione in atto del Consiglio Superiore di Sanità, si accompagna alla raccomandazione di disporre sin d'ora di collegamenti con i Centri e le cattedre di Immunologia che fanno capo all'indagine policentrica coordinata dal prof. Aiuti F. dell'Università di Roma, senza trascurare la ricerca finalizzata affidata in materia all'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Policlinico S. Matteo in via di definizione amministrativa.

Appare essenziale al riguardo evitare che la diffusione di informazioni allarmistiche fra i tossicodipendenti induca ad una sorta di psicosi fatalistica per cui essendo incombente ed inevitabile un rischio di affezione a letalità elevata, tanto valga proseguire nel tipo di abitudine acquisita.

L'atteggiamento degli operatori delle équipes dei servizi è al riguardo fondamentale: intanto è opportuno aggiornare medici e non medici intorno alle probabili vie di trasmissione, apparentemente simili a quelle della virus epatite B ed alla possibilità che le manifestazioni sierologiche e/o linfadenopatiche possano regredire, mentre il proseguimento di assunzione endovena di eroina ed altre sostanze accentua i rischi di un probabile contagio. E' appena il caso di accennare alla inopportunità di una strumentalizzazione terroristica dello A.I.D.S.; è possibile, invece, introdurre obiettivamente e serenamente questo argomento nell'insieme delle discussioni fra équipes e soggetto che chiede di essere sottoposto a trattamenti protratti con metadone.

Esaminando questi ultimi, si ricorda quanto contenuto nelle precedenti circolari, specie nella n. 39 del 7/5/84 in quanto risultano presenti casi in trattamento protratto per i quali non esistevano manifestazioni inoppugnabili di dipendenza fisica e non è stata approfondita la possibilità di ricorrere ad altri trattamenti.

Non è qui il caso di riprendere i concetti che sono alla base di queste somministrazioni protratte, somministrazioni che non debbono mai rappresentare il centro focale del trattamento, ma utilizzare la graduale riduzione e la successiva astensione dalla eroina per favorire un tipo di vita pressoché normale e, quindi, rendere possibile lo sviluppo di interventi continuativi di supporto, consulenza e terapia occupazionale che, a loro volta, possono consentire il graduale svincolo dal sostegno farmacologico sostitutivo. Per quanto si riferisce ai controlli delle condizioni di salute, si richiama l'attenzione sul fatto che il metadone protratto, che attualmente viene praticato con

modalità non sempre confrontabili da circa il 60% dei programmi pubblici, non ha certo azione di stimolo attivo nei confronti dei meccanismi immunitari talché costituisce un fattore che giustifica la più stretta sorveglianza dello stato immunologico. Nello stesso tempo, non sia pleonastico ricordare come l'assuntore di eroina è sempre più un poli drug addict per cui sono necessari controlli periodici di laboratorio finalizzati non solo al reperto di metaboliti della morfina. L'aumento nella casistica mondiale dei decessi per overdose di cocaina, (non dovuta ad ingestione intenzionale per traffico clandestino per sfuggire al sequestro/arresto), rende egualmente importante tener conto delle nozioni attuali relative a tale composto tuttora a torto appellato «droga ricreativa»; importante può al riguardo rivelarsi la diagnosi precoce di atteggiamenti psicotici, mentre il rilievo di un improvviso aumento della pressione arteriosa potrebbe condurre alla ricerca di un abuso di stimolanti (Pentel P.J.A.M.A. 252 (14): 1898, 1984).

Relativamente al problema della liceità dei trattamenti protratti con farmaci analgesico-narcotici, recentemente sollevato, si precisa che l'impiego di essi nel trattamento delle tossicodipendenze non è regolato in modo specifico dalla legge 685/75 e rientra pertanto nelle generiche disposizioni di legge circa la prescrizione e la somministrazione di tale tipo di sostanze.

Essendo chiaro che lo stato di tossicodipendenza vale a rendere lecito l'uso terapeutico di sostanze stupefacenti da parte del medico, ne consegue che il comportamento di quest'ultimo, per quanto concerne la durata del trattamento, deve essere motivato esclusivamente da esigenze cliniche secondo il noto principio dell'operare in «scienza e coscienza» in relazione al singolo caso.

Per quanto suesposto tale trattamento potrà essere legittimamente effettuato soltanto in quei casi che presentino i requisiti di ammissione richiesti nell'allegato tecnico della presente circolare e purché l'operatore e l'équipe abbiano programmi per una progressiva riduzione dei dosaggi.

Per quanto concerne l'individuazione del dosaggio iniziale, le modalità dei controlli sui liquidi biologici e le modalità di controllo della assunzione della sostanza, fase quest'ultima particolarmente delicata sia ai fini dell'efficacia del trattamento, che ai fini di evitare il mercato grigio del metadone, è necessario che si tenga conto nell'impostazione del trattamento delle indicazioni tecniche contenute nell'allegato alla presente circolare.

Si fa presente inoltre che al fine di garantire che il trattamento, comprensivo del necessario supporto riabilitativo, venga espletato nel migliore dei modi, secondo i programmi da formulare e da finanziare sui fondi vincolati del FSN di cui alla delibera CIPE, sarà necessario stabilire per ogni servizio, in relazione alla organizzazione e al tipo di terapia psicologica che attua, il numero massimo di tossicodipendenti che può trattare. Sarà pertanto necessario che al fine di evitare sovraffollamenti nei servizi che impiegano metadone con la conseguenza di rendere poco praticabile il supporto psico-sociale, le USL attivino ulteriori servizi o potenzino, dove possibile quelli esistenti.

Servizi che, è appena il caso di sottolinearlo, non debbono svilupparsi come entità a se stanti cristallizzati intorno al metadone protratto, ma porsi come poli di monitoraggio del fenomeno, punto di riferimento per la tutela della salute della fascia giovanile tossicodipendente ed unità di agevolazioni di processi globali di recupero e reinserimento del disagio giovanile.

Viene enfatizzato nella presente circolare il collegamento con strutture mediche, e la recente comparsa di due casi di A.I.D.S. in bambini nati da madri tossicodipendenti giustifica tale

attenzione; tuttavia, va ricercata ed incentivata in ogni modo la individuazione di modelli psico-attitudinali da proporre e discutere con gli utenti dei servizi.

Sarà cura di questo Ministero trasmettere ulteriori informazioni e suggerimenti su di un tema che è in rapida evoluzione; quanto contenuto in dettaglio nell'allegato ha, naturalmente, valore di indicazione tecnica che si propone non già per sostituire il giudizio clinico e la valutazione globale dell'équipe, ma, si ripete, per ridurre trattamenti jatrogenizzanti ed utilizzare al massimo le possibilità offerte dai farmaci sostitutivi.

Si invitano le autorità regionali a diffondere la presente circolare e relativo allegato tecnico ai servizi operanti nel settore.

Il Ministro

f.to Degan

Roma li 20-11-84

Allegato tecnico alla Circolare sul trattamento protratto con metadone

Scopi

Scopi del trattamento protratto, o a lungo termine con metadone sono:

A) Consentire di giungere in tempi se pur lunghi alla disintossicazione farmacologica dalla dipendenza da sostanze oppioidi in quei pazienti le cui condizioni fisico psichiche non consentono l'interruzione in tempi brevi;

B) Ottenere che il tossicodipendente sospenda l'assunzione della eroina da strada evitando in tal modo tutte le conseguenze connesse a tale comportamento.

C) Utilizzare l'occasione dell'assunzione quotidiana della sostanza presso il servizio per fornire il necessario appoggio psico-sociale a fini riabilitativi e per il trattamento delle patologie correlate allo stato di tossicodipendenza (v. Circolare n. 86/1984).

Come è indicato nella presente circolare tale sorveglianza dovrebbe estendersi alle condizioni immunologiche (rapporto fra linfociti T helper/suppressors, ricerca degli anticorpi contro il retro virus HTLV III).

Criteri di ammissione

Possono essere ammessi a questo tipo di trattamento quei soggetti, per i quali sia stata diagnosticata una dipendenza fisica stabilizzata da sostanze oppioidi come già indicato nella Circolare 39/1984 e per i quali il medico non ritenga possa essere efficace soltanto un trattamento non farmacologico, né un trattamento con farmaci non analgesico-narcotici, e per i quali si sia dimostrato inefficace un trattamento con metadone a breve termine, previo giudizio complessivo dell'équipe. Riguardo l'ultimo caso, si precisa che quando si è appurato che il trattamento a breve termine non è idoneo per il soggetto, non è opportuno ripeterlo più volte, essendo prevedibile nella

fase di decremento delle dosi, l'assunzione contemporanea di eroina da parte del tossicodipendente, e quindi l'inefficacia del trattamento a scalare (v. Circolare n. 83/1984).

E' opportuno che prima dell'ammissione al trattamento si attenda (tranne casi di pronto soccorso per astinenza conclamata in atto) un breve periodo (5-10 giorni) per poter verificare la necessità obiettiva del farmaco e la disponibilità del paziente ad accettare la terapia; si utilizzerà tale periodo per una accurata valutazione dello stato generale di salute del paziente (anamnesi, esame obiettivo accurato, analisi cliniche, eventuale invio a visite specialistiche ecc. v. Circolare 86/1984) e per attendere i risultati circa la presenza o meno di morfina nelle urine.

Si ricorda ancora una volta che la presenza di morfina nelle urine non può essere di per se indicativa di uno stato di dipendenza fisica in atto, ma dimostra solo l'avvenuta assunzione di eroina o morfina da parte del soggetto, per cui sono necessari altri parametri clinici e comportamentali per la diagnosi di tossicodipendenza (v. Circolare n. 39/1984).

Contratto terapeutico e modalità che regolamentano il trattamento

Per adesione al contratto terapeutico si intende la libera e consapevole accettazione da parte del tossicodipendente del trattamento e delle modalità che lo regolamentano, con relativo impegno a rispettarle.

Finalità del contratto terapeutico: è infatti necessario che il tossicodipendente conosca gli obiettivi del trattamento, i problemi che comporta, le difficoltà cui andrà incontro, le modalità organizzative del servizio, gli obiettivi che il tossicodipendente stesso deve, sia pur gradualmente, perseguire, e la regolamentazione di questo tipo di trattamento.

Il consenso informato per il trattamento ed una adesione formale alle modalità che lo regolamentano, costituiranno pertanto dei punti di riferimento per il comportamento del tossicodipendente in cura.

In appendice è riportato, a titolo meramente esemplificativo, un facsimile di schema di contratto terapeutico.

Possono anche proporsi modelli di contratto nei quali l'utente viene ad essere responsabilizzato nella auto-denuncia di ricorso ad eroina ed ad altre droghe, purché rimanga ben stabilito il diritto del servizio a richiedere senza preavviso campioni di urina e di altri escreti che non richiedano prelievi venosi, questi ultimi da effettuarsi sempre previo consenso dell'interessato.

Tale sistema parte dalla considerazione della difficoltà di astensione totale dall'eroina per cui un numero limitato e sempre più diradato nel tempo di ricadute può considerarsi non patologico purché vi sia un comportamento individuato al successivo punto B).

Nello stesso tempo le norme di seguito riferite, derivanti non solo da esperienze internazionali ma anche da diretti apporti di operatori italiani che da anni lavorano nel settore, non vanno interpretate in senso assiomatico ma come linee guida da inserirsi in rapporto di reciproca fiducia che faccia superare la fase delle manipolazioni fra «clients» e «professionals» che è tipica delle ormai lunghe esperienze nord-americane.

Insuccessi del trattamento. Possono proporsi i seguenti parametri di fallimento del trattamento.

A) Qualora il paziente continui l'assunzione di eroina con elevata frequenza, dimostri di non voler trarre alcun giovamento dal trattamento psico-sociale e non collabori per la cura delle patologie in atto, il trattamento con metadone protratto non ha alcun significato positivo, anzi può determinare un aumento del grado di dipendenza fisica da sostanze oppioidi. In tali casi è pertanto necessaria l'interruzione del trattamento previa rivalutazione globale del caso da parte dell'équipe e non è opportuno riprendere il trattamento prima di un periodo di circa 2-3 mesi da definire in relazione al modello organizzativo del servizio.

B) In casi di maggior partecipazione da parte del tossicodipendente al trattamento psicosociale e di maggior collaborazione nella cura delle patologie correlate, ma di ripetute ricadute nella assunzione di eroina, è necessario preavvisare il tossicodipendente che il trattamento sarà interrotto qualora perseveri nel mancato rispetto del contratto. In questi casi il contratto terapeutico dovrà prevedere un numero massimo di preavvisi, (2-3, ciascuno da dare dopo alcune ricadute) dopo i quali, se persiste la riassunzione dell'eroina, il trattamento, rivelatosi inefficace, verrà interrotto per il periodo suindicato.

Allorquando, invece si adotti il sistema di auto-denuncia e si individuino assunzioni di eroina od altre droghe non dichiarate, la interruzione del trattamento può anche essere più precoce.

I preavvisi suddetti saranno dati, oltre che sulla base della positività urinaria alla morfina, (sarà necessario stabilire orientativamente dopo quante ricadute dare ciascun preavviso (2-4), anche sulla base della valutazione delle modificazioni dell'atteggiamento psicosociale del tossicodipendente. Non si vuole utilizzare il termine «ammonimento» per le connotazioni moraleggianti che contiene, ma è chiaro che con «preavviso» non ci si intende riferire ad una sorta di lettera raccomandata di denuncia di inadempienza contrattuale, ma ad un fermo e sereno avvertimento che si richiami alla responsabilizzazione e che si attui in modo empatico.

Adesione al contratto terapeutico - Affidamento del metadone ai fini della responsabilizzazione del tossicodipendente e frequenza dei controlli sui metaboliti urinari.

Qualora il tossicodipendente mostri di partecipare e collaborare al successo del trattamento globale e qualora sia necessario proseguire il trattamento con metadone per un lungo periodo, ai fini di responsabilizzare il tossicodipendente alla autogestione del trattamento nonché per ridurre il disagio degli spostamenti si potrà, ove l'esame globale del caso lo faccia ritenere opportuno, procedere secondo il seguente schema orientativo:

— Dopo tre mesi di assunzione quotidiana di metadone presso il centro, e di assenza di morfina dalle urine (la frequenza dei controlli deve essere effettuata in relazione alla sensibilità delle metodiche utilizzate) si potrà a giorni alterni affidare al tossicodipendente una dose di metadone utile per il solo giorno successivo a quello dell'affidamento, mentre assumerà al servizio quella necessaria per il giorno stesso.

— Dopo circa 1 mese di affidamento a giorni alterni, purché senza ricadute nell'eroina, si potrà passare all'affidamento bisettimanale (ogni 3-4 giorni) delle dosi, previa assunzione al servizio della dose necessaria per il giorno in cui avviene l'affidamento.

— Dopo 2 mesi di affidamento bisettimanale, si potrà passare all'affidamento settimanale, sempre dopo una rivalutazione globale del caso e solo se i controlli delle urine hanno mostrato l'assenza di morfina. La dose necessaria per il giorno dell'affidamento sarà assunta nel servizio. Questa ultima procedura può essere compiuta solo se il servizio può avvalersi di un laboratorio che compia analisi sufficientemente sensibili all'evidenziazione dei metaboliti relativi ad eroina assunta fino a sette giorni prima del prelievo.

Qualora si riscontri in una di queste fasi la presenza di morfina nelle urine (escludendo, tramite ripetizione nella analisi, che si tratti di un falso positivo), si ritorna alla fase precedente di affidamento, ove il tossicodipendente permarrà per il tempo previsto.

Anche nel regime di affidamento della sostanza, il contatto periodico con il servizio tramite l'assunzione presso lo stesso della dose relativa al giorno di affidamento, va mantenuto ai fini del controllo sistematico e ripetuto dello stato di salute, ai fini del prelievo controllato delle urine, dell'eventuale aggiustamento della dose e degli interventi psico-sociali.

Personale e servizi preposti al trattamento - Coinvolgimento della Farmacia

Il trattamento può essere condotto dai sanitari competenti come previsto dal D.M. 7/81'80 sia in condizioni di ricovero per i primi giorni, che direttamente in ambulatorio.

Inoltre è quanto mai opportuno coinvolgere il medico di medicina generale presso la cui lista l'utente è iscritto anche allorché detto sanitario non è collegato con il servizio; infatti, da parte della categoria, è stata più volte manifestata la massima disponibilità. Detto collegamento da approfondirsi anche in sede di contatti ufficiali previsti dagli Accordi Unici può avere come obiettivo minimo la informazione reciproca circa eventuali effetti collaterali del trattamento metadonico e le problematiche delle altre manifestazioni morbose dell'utente per allargarsi successivamente ad un impegno più specifico da parte del medico di medicina generale.

Per quanto riguarda l'affidamento della sostanza tramite farmacia, numerosi sono i problemi che detta pratica comporta. In particolare:

1) A tutt'oggi alcuni centri hanno fatto un uso routinario dell'affidamento del metadone tramite farmacia, ritenendo possa essere utile separare il momento farmacologico dal trattamento psico-sociale. Questa procedura non consente però il necessario controllo sulla effettiva assunzione da parte del tossicodipendente della sostanza, controllo che può essere compiuto, qualora si voglia separare il trattamento farmacologico da quello psicosociale, solo coinvolgendo ed ottenendo la collaborazione di altre strutture sanitarie presenti sul territorio. Al momento di procedere ai doverosi controlli sulle urine, il vantaggio relativo della riduzione degli spostamenti dell'utente che si serve presso la farmacia di zona viene ad essere annullato da convocazioni presso servizi, con la conseguente difficoltà di procedere ad accertamenti urinari senza preavviso.

2) E' pertanto opportuno che il personale del servizio sia esso lo stesso ove si effettua anche il trattamento psico-sociale, o quello di altra struttura sanitaria, si accerti nei suddetti periodi di frequenza quotidiana e periodica al servizio, della effettiva assunzione di metadone da parte del tossicodipendente.

3) In casi di giustificata e documentata impossibilità da parte del tossicodipendente (come ad es. la residenza o il lavoro fuori sede) di frequentare quotidianamente il servizio o altri presidi

sanitari per consumare il metadone, e comunque non prima che sia trascorso un periodo di almeno 15-20 giorni di frequenza quotidiana al servizio (o di ricovero ospedaliero) durante il quale il tossicodipendente abbia mostrato il pieno rispetto del contratto terapeutico, si potrà utilizzare la farmacia per l'affidamento quotidiano del metadone.

4) Anche in tali casi sarà indispensabile eseguire presso il servizio o, previo accurati accertamenti, con la collaborazione del medico di medicina generale e/o di servizi distrettuali dell'USL, il controllo periodico delle urine secondo le procedure successivamente indicate per valutare la assenza di morfinuria.

5) Il contratto terapeutico dovrà prevedere che qualora il soggetto che abbia usufruito di tale agevolazione in farmacia assuma eroina per 2 o 3 volte consecutive, si tornerà alla fase di assunzione quotidiana controllata del metadone, per un nuovo periodo di 15-20 giorni di piena adesione al contratto che, si ripete, va interpretato come una formulazione terapeutica basata sulla reciproca fiducia.

6) Dopo 3 mesi di affidamento tramite farmacia senza ricadute nell'eroina, si potrà passare, previa valutazione globale del caso, alle modalità di affidamento a giorni alterni, secondo le procedure precedentemente descritte, e successivamente alle altre fasi di affidamento, avvalendosi della farmacia.

Il trattamento globale e le valutazioni periodiche del paziente

Per i pazienti ai quali venga affidata in qualunque modo la sostanza deve essere sempre garantito un programma di supporto psicosociale con almeno un incontro alla settimana.

In tutti i casi i motivi delle ricadute vanno valutati attentamente sia dal medico dal punto di vista farmacologico (dose inadeguata, metabolizzazione particolare del farmaco, ecc.), che dall'intera équipe per i problemi psicologico-sociali, mettendo in atto i necessari adeguamenti ed interventi. Nel caso si adotti il sistema dell'autodenuncia e comunque anche in altri programmi appare utile organizzare una presa in esame dei principali problemi dell'utente suddivisi in modo schematico secondo un approccio sistematico e problem oriented che consenta di inquadrare di volta in volta lo stato di attivazione o di latenza/inattivazione dei vari problemi.

Metodiche analitiche di laboratorio e di controllo

E' quanto mai opportuno che in tutte le procedure di affidamento della sostanza, le analisi urinarie vengano compiute con una frequenza tale (in rapporto alla sensibilità del metodo usato), da poter controllare periodi di tempo uno successivo all'altro, senza lasciare giorni scoperti, onde non possa passare inosservata l'assunzione anche saltuaria di eroina.

Nelle fasi di assunzione quotidiana, se non è possibile compiere tale controllo secondo la frequenza suddetta, è necessario che venga compiuto almeno 1 volta ogni 10 giorni senza preavviso.

A garanzia della validità del prelievo il paziente dovrà urinare sotto il controllo del personale addetto; tale controllo è necessario per non lasciar dubbi sulla provenienza del campione, ma non deve simboleggiare una rapporto fiscale, inserendosi, invece in una applicazione armonica del

contratto. Tale aspetto, assai delicato, del rapporto operatori/utenti giustifica l'accentuazione contenuta nella circolare n. 46/84 circa la priorità degli obiettivi attitudinali nell'aggiornamento del personale.

Per la affidabilità delle diverse metodiche analitiche in relazione al tempo trascorso dall'ultima assunzione di eroina si vedano le Tab. 1 e 2 dell'allegato tecnico alla Circolare 83/1984. Come già indicato nella presente circolare è quanto mai opportuno procedere, in relazione ai comportamenti dell'utente ed alle informazioni circa l'abuso di altre droghe, a controlli periodici di uno spettro più ampio di metaboliti; onde ridurre i costi dei rilevamenti si potrebbe:

- adottare tecniche orientative
- insistere sull'opportunità di auto-denuncia di posologie anche non eroiniche.

Il controllo della metadonemia può essere utile per valutare il grado di metabolizzazione del metadone che a parità di dose può variare da paziente a paziente.

Al riguardo si precisa che al momento attuale non è ancora accertato il livello ottimale di metadonemia per condurre il trattamento, ma ove è possibile praticare tale indagine in maniera idonea, può dare una indicazione utile per la definizione dei dosaggi, sempre, come già ricordato, nell'ambito di un rapporto fiduciario e di un consenso informato.

Individuazione della dose quotidiana

Qualora tale dose non sia già stata determinata nell'ambito di un trattamento a scalare rivelatosi inefficace, le procedure indicate nell'allegato tecnico alla Circolare n. 83/1984 consentono di procedere all'individuazione corretta della dose minima efficace.

Si precisa inoltre che per il trattamento protratto sarà necessario usare la dose minima capace di proteggere il paziente dalle ricadute, dose che nella maggior parte dei casi non è superiore ai 30-40 mg. Alla dose ottimale il paziente A) non deve avvertire sintomi di astinenza; B) non deve avvertire sintomi di intossicazione acuta quali: cefalea, parestesie agli arti, nausea, sonnolenza, disforia.

Durata del trattamento e diminuzione delle dosi

Se l'obiettivo immediato del trattamento protratto con metadone è l'interruzione della somministrazione di eroina, l'obiettivo finale è l'affrancamento da qualsiasi sostanza oppioide, metadone compreso.

Il tempo necessario per conseguire l'obiettivo finale dipende da molteplici fattori, quali lo stato clinico (sia fisico che psichico) e di integrazione sociale del tossicodipendente, e non da rigidi schemi prefissati.

Gli operatori dovranno quindi sempre aver presente l'istanza dello svincolo graduale dalle sostanze oppioidi, e valutare, proporre e concordare con il tossicodipendente il momento che può sembrare migliore per passare dal trattamento con metadone protratto ad un trattamento a scalare.

In questo caso, anche a causa di una stabilizzata dipendenza da metadone, sarà opportuna una riduzione molto più lenta dei dosaggi rispetto a quella utilizzata nella disintossicazione a breve termine di cui alla circolare 83/1984.

Alcuni schemi di detossificazione di soggetti in trattamento protratto con metadone, utilizzano un periodo di diminuzione graduale del metadone della durata di 4-6 mesi, con una sottrazione settimanale del 3% della dose. In tal modo viene evitata oltre la sindrome di astinenza acuta anche la pur blanda sintomatologia astinenziale protratta. L'uso di placebo costituisce un sistema da valutare caso per caso in relazione alle condizioni neuro-fisiologiche del soggetto ed alle stesse clausole contrattuali; infatti ove non si prevedesse tale eventualità al momento dello scalaggio, verrebbero ad interrompersi i rapporti di reciproca fiducia che sono alla base del trattamento.

Qualora vi siano pazienti che, sopravvalutando le proprie motivazioni a interrompere il loro stato di tossicodipendenza o sottovalutandone la difficoltà, pretendano di passare ad un trattamento a breve termine, contro il parere dell'equipe, questi potranno seguire un trattamento a scalare fino alla eventuale comparsa di morfina nelle urine. Appena accertata la eventuale ricaduta nell'uso dell'eroina, il paziente dovrà scegliere tra la ripresa della terapia a lungo termine o l'interruzione del trattamento.

Episodi di questo genere ripetuti a intervalli inferiori ai 6 mesi uno dall'altro porteranno comunque alla interruzione del trattamento.

Nella fase finale di una disassuefazione programmata lo staff medico può prendere in considerazione la opportunità di un ricovero in un reparto ospedaliero, per l'applicazione di eventuali protocolli terapeutici alternativi al metadone a scalare (es. clonidina) di cui si tratterà in successive circolari.

Schema di contratto terapeutico

Il contratto terapeutico dovrà orientativamente contenere le informazioni relative ai seguenti punti:

- obiettivi del trattamento;
- tipologia dell'intervento psico-sociale e relative informazioni organizzative;
- modalità organizzative per l'assunzione del metadone. e relativo controllo;
- modalità disciplinari ed organizzative di affidamento del metadone;
- modalità e frequenza dei controlli sui liquidi biologici;
- eventuale regolamentazione dell'autodenuncia di ricadute nell'uso di eroina;
- motivi che possono portare ad interruzione del trattamento;
- numero massimo dei preavvisi per assunzione di eroina durante il trattamento prima dell'interruzione del trattamento stesso;
- modalità di passaggio alla fase finale di decremento delle dosi e di disassuefazione;
- valutazioni periodiche del caso con particolare attenzione all'atteggiamento del tossicodipendente sia in termini di risposta agli interventi di sostegno psico-sociale, sia di collaborazione nel trattamento farmacologico e nella cura delle patologie correlate e intercorrenti.

Si ricorda che il contratto terapeutico non deve diventare una mera formalità; è fondamentale che il tossicodipendente lo conosca a fondo e dia la propria consapevole adesione acciocché poi il contratto stesso possa rappresentare un punto di riferimento per la sua condotta, e l'adesione un atto di responsabilizzazione nei confronti della propria salute.

Allegato 5

Nota del Ministero della Sanità inviata alla Regione Toscana in data 2/7/'86 in tema di trattamenti farmacologici con farmaci analgesiconarcotici

Si fa riferimento a richieste di intervento pervenute a questo Ministero relativamente all'oggetto e in particolare relativamente alla nota 111/28037/927 del 19/3/'86 inviata dall'Assessore alla Sicurezza Sociale alla U.S.L. n. 3 della Versilia e alla nota 243/cs del 29/3/'86 inviata dal Coordinatore Sanitario della stessa USL al Procuratore della Repubblica di Lucca e agli operatori del G.O.T. di Viareggio e Pietrasanta.

In tali note, ambedue relative al problema in oggetto vengono ricordate alcune disposizioni regionali al riguardo, con particolare riferimento alla durata dei trattamenti con metadone, che, secondo la normativa regionale, non dovrebbe superare i 21 giorni, ed alle dosi da utilizzare, che non dovrebbero superare i 30 mg/die.

Al riguardo si richiama l'attenzione delle SSSL sui seguenti punti:

1) L'art. 1 della Legge 22 Dicembre 1975 n. 685 sottopone alle direttive, all'indirizzo e al coordinamento del Ministero della Sanità gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza e l'art. 2 della stessa Legge attribuisce alle Regioni l'esercizio di tali interventi "in applicazione dei criteri di indirizzo e coordinamento stabiliti dallo Stato".

2) Per il trattamento farmacologico con metadone negli stati di tossicodipendenza il Ministero della Sanità al fine di omogeneizzare le modalità di trattamento sulle linee ritenute scientificamente più accreditate a livello nazionale ed internazionale, ha emanato una articolata normativa tramite decreti e circolari dal 1978 al 1985; tra questi si ricordano, ai fini dei criteri da seguire per quanto riguarda la durata dei trattamenti con metadone e i dosaggi da utilizzare, le circolari n. 27 del 1981, n. 39-82-83 e 87 del 1984.

3) Per quanto riguarda la durata del trattamento, le indicazioni contenute in tali circolari sottolineano come, nei casi in cui il trattamento a scalare a breve termine (per convenzione viene ritenuto tale se condotto entro 21 giorni) non risulti efficace, debba essere attuato, se il medico lo ritiene opportuno, un trattamento protratto con metadone (cfr. circ. n. 27/1981 punto 1d; circ. n. 82 e n. 87/1984).

In particolare la circolare n. 87 del 1984 sottolinea come la durata del trattamento "dipende da molteplici fattori, quali lo stato clinico (sia fisico che psichico) e di integrazione sociale del tossicodipendente, e non da rigidi schemi prefissati".

Nei casi inoltre delle tossicodipendenti in gravidanza (cfr. circ.82/1984) è controindicato un trattamento a breve termine per i gravi danni che può subire il feto. Infine anche nei casi di trattamento a scalare a breve termine da effettuare con soggetti che abbiano assunto metadone per lunghi periodi, viene sconsigliato di effettuare l'intervento in soli 21 giorni, e vengono indicati come "necessari periodi più lenti e modalità più gradualità di disintossicazione" per motivi farmacocinetici.

4) Per quanto riguarda il dosaggio da utilizzare, la circolare 83/1984 indica come nel trattamento a scalare la dose quotidiana iniziale debba essere in grado di bloccare l'astinenza, facendo presente che non deve superare i 40 mg/die "eccetto nei casi con documentata tolleranza a più di 40 mg/die di metadone".

Per quanto riguarda la dose da utilizzare nei trattamenti protratti, la circ. 87/1984 indica invece che "sarà necessario usare la dose minima capace di proteggere il paziente dalle ricadute, dose che nella maggior parte dei casi non è superiore ai 30-40 mg."

Anche in questo caso viene lasciata alla valutazione del medico l'opportunità di utilizzare, qualora ne ravvisi la necessità, dosi superiori.

Da quanto esposto si evince chiaramente, e la lettura integrale delle citate circolari chiarisce inequivocabilmente, che le direttive emanate dal Ministero della Sanità relativamente al problema in oggetto non solo prevedono l'uso di metadone per tempi protratti ma controindicano in alcuni casi la limitazione della durata di tale trattamento a soli 21 giorni.

Inoltre, seppur viene indicato un dosaggio orientativo di 30-40 mg. come soglia che generalmente non è necessario superare, si lascia al medico di valutare, caso per caso, in scienza e coscienza, la necessità o meno di utilizzare dosi superiori.

Ogni normativa regionale in contrasto con quanto detto è da ritenersi illegittima.

*Il Direttore Generale
dei Servizi di Medicina Sociale*

Allegato 6

Ministero della Sanità

CIRCOLARE N. 20/1985

Interventi di informazione sanitaria relativi all'uso di cocaina.

Si fa seguito alla Circolare N. 87/1984 del 20-12-84 nella quale è stato appena menzionato il problema della dipendenza da cocaina la cui diffusione è ormai a livelli allarmanti negli Stati Uniti e ciò fa prevedere una prossima diffusione anche nel nostro Paese.

Al riguardo si ritiene opportuno sensibilizzare le autorità sanitarie e i servizi competenti nel settore delle tossicodipendenze circa la necessità di diffondere nella popolazione e in particolare in quella a rischio, le più corrette notizie circa tale sostanza.

Particolare attenzione dovrà essere posta al fine di correggere l'errata convinzione che la cocaina non determini uno stato di dipendenza grave come quello indotto dalla eroina.

Si rammenta a tal proposito che la cocaina è stata recentemente definita dal Comitato di esperti in Farmaco-dipendenze dell'O.M.S. come la «sostanza che produce più sicuramente dipendenza», il cui abuso costituisce ormai, a livello internazionale, uno dei maggiori problemi di sanità pubblica.

Il fatto che manchi una eclatante sindrome astinenziale fisica da cocaina, intesa come un insieme di segni e sintomi fisici facilmente oggettivabili, non deve infatti far sottovalutare l'effetto astinenziale di depressione psichica, con le relative conseguenze comportamentali, sempre presente in soggetti che abbiano interrotto un uso continuo di tale sostanza.

Il ripetersi della esperienza soggettivamente remunerativa degli effetti psicostimolanti ed euforizzanti della cocaina e l'esperienza negativa del suddetto stato depressivo in caso di indisponibilità della stessa per chi sia assuntore abituale, determinano una forte compulsione ad assumere la cocaina che è appunto l'espressione della dipendenza creata da questa sostanza, dipendenza che sempre secondo l'O.M.S. sarebbe più corretto definire come "neuroadattamento".

Per ulteriori approfondimenti circa le modificazioni neurofisiologiche alla base di questi effetti (neuroadattamento), la cui espressione clinica è appunto la compulsione a carattere prevalentemente psichico ad assumere questa sostanza, si rimanda alla letteratura scientifica internazionale ed alle rassegne monotematiche pubblicate sul Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo edito da questo Ministero.

Dal punto di vista dei problemi di Sanità Pubblica è appena il caso di ricordare le problematiche che esistono per il trattamento degli assuntori di cocaina; da un lato per la mancanza di un antidoto specifico (antagonista) per l'intossicazione acuta (overdose) (per il trattamento vedasi Boll. Farmac. e Alcoolis.) e dall'altro per la mancanza di un succedaneo della cocaina che, privo degli effetti psico-stimolanti ed euforizzanti, sia in grado di bloccare efficacemente la compulsione ad assumerla.

Al di là dei problemi clinici, si invitano gli organi sanitari preposti alla realizzazione delle iniziative di educazione ed informazione sanitaria a volere, nell'ambito di una articolata attività in tale settore, richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica anche su questi aspetti.

Dal punto di vista epidemiologico si fa presente ai medici operanti nel settore clinico l'opportunità che nell'ambito delle indagini sui metaboliti urinari compiute nei tossicodipendenti in trattamento, o comunque sui giovani alla visita di leva, o per controlli ai fini del rilascio della patente, venga effettuata anche la ricerca dei metaboliti della cocaina, il cui uso è spesso associato a quello delle altre sostanze, onde a livello regionale possano essere messi in atto i necessari rilevamenti epidemiologici da comunicare a questo Ministero.

E' opportuno ricordare che nella maggior parte dei casi sembrano necessari alcuni anni di latenza tra consumi espansi di cocaina e comparsa di fenomeni tossici astinenziali che rivestano carattere di urgenza sanitaria, pertanto in questa prima fase l'indagine sui metaboliti urinari sembrano essere il solo mezzo idoneo oltre che per una individuazione precoce del problema, anche per una valutazione epidemiologica del fenomeno. Va anche rilevato come fra le manifestazioni dell'intossicazione cronica non manchino convulsioni epilettiformi che possono indurre ad etichettature diagnostiche non corrette. Si presume che alla base delle crisi comiziali vi sia una condizione di acidosi metabolica che a sua volta potrebbe essere controllata con la dieta.

Tra i problemi relativi alle modalità d'uso della cocaina si vuole segnalare che l'assunzione tramite fumo di sigaretta di «free base» (sostanza libera) di cocaina, che ha un altissimo grado di purezza di sostanza, determina con notevole facilità dipendenza, aumento di frequenza di assunzione, aumento di dosaggio, nonché rischio di sovra-dosaggio, in maniera analoga alla assunzione endovenosa di eroina e cocaina per l'immediato profondo effetto di «rinforzo» che produce. Sarebbe anche opportuno al riguardo, utilizzare i contatti con tossicodipendenti onde rendersi conto delle modalità prevalenti di assunzione di cocaina e della presenza o meno nel mondo di consumatori/spacciatori di sostanze atte a trasformare il cloridrato di cocaina in base «libera».

Nell'invitare le autorità sanitarie a voler diffondere queste prime notizie alla classe medica e a voler fornire a questo Ministero ogni utile comunicazione sul problema in oggetto, si fa presente che con successiva circolare o tramite il citato Bollettino, verranno fornite più approfondite indicazioni, tra cui quelle relative ai trattamenti farmacologici attualmente in fase di valutazione sperimentale a livello internazionale tramite gli antidepressivi triciclici e il litio.

Il Ministro

f.to Degan

Roma, lì 12/5/1985

INDICE

Introduzione	5
Capitolo Primo	6
Capitolo Secondo	20
Capitolo Terzo	30
Capitolo Quarto	36
Capitolo Quinto	43
Capitolo Sesto	53
Capitolo Settimo	63
Capitolo Ottavo	67
Appendice	69
Allegato 1	70
Allegato 2	73
Allegato 3	77
Allegato 4	80
Allegato 5	88
Allegato 6	90

Gli Autori ringraziano Vincenzo Vitarelli per la collaborazione prestata

Stampa

C G E

Via Roccabernarda, 45 - 00173 Roma