

ANTONIA NICO

DROGA IN CASERMA

Dal mese di aprile del corrente anno lavoro in qualità di psicologa presso il Servizio di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza dell'ULS 36 della Regione Piemonte

Non esistendo prima nell'ambito territoriale dell'ULS altro siffatto servizio sia io che gli altri operatori (tutti provenienti dai servizi psichiatrici di base dell'ULS) privi di esperienza specifica iniziamo, come previsto dalle norme di attuazione della legislazione regionale, un periodo formativo presso i centri già presenti in Torino.

Durante tale periodo « in primis » cercammo di raccogliere e selezionare le fonti della letteratura, ed in tale ambito di ricerca un nostro collega, il quale aveva terminato da non molto tempo il servizio militare di leva, prestato in qualità di ufficiale medico di complemento, ci fece rilevare la scarsa e rarefatta documentazione relativa al problema della droga in caserma.

Questa osservazione fu causa delle riflessioni che qui di seguito propongo.

Il fatto che il servizio militare di leva costituisca un'esperienza interessante il 60% circa della popolazione maschile per il non breve periodo di un anno, ed accolga il destinatario dell'obbligo ad una età prossima a quella in cui ancora avviene con frequenza la prima assunzione di sostanze psicotrope, mi parve elemento stimolante ad un approfondimento delle problematiche della tossicomania all'interno dei confini della Istituzione militare; ed in questo con il confronto della considerazione che le caratteristiche dell'Istituzione sono sì affatto peculiari ma unicamente per il risvolto quantitativo, poiché qualitativamente sono riscontrabili nelle forme di espressione della Società civile: trattasi cioè di caratteristiche che ricevono entro e da l'Istituzione esasperata radicalizzazione.

Stimai lecito argomentare che, alla luce di siffatta peculiarità dell'Istituzione, all'interno di questa, talune problematiche della tossicomania si potessero rilevare con nitidezza insolita.

DIFFUSIONE DEI FENOMENI DI TOSSICOMANIA ENTRO L'ISTITUZIONE MILITARE

Dall'inizio degli anni '70 il fenomeno delle tossicomanie ha conosciuto una accelerazione di crescita tale da trasformarsi da problema indi-

viduale di singoli a problema avvolgente la società tutta.

Sulla diffusione entro l'Istituzione militare, Servizi e Ministero competente sono restii a rendere noti dati statistici.

« Oggi sebbene gli accertamenti abbiano dovuto adeguarsi alla gravità della situazione, i dati che esso (il Ministero) fornisce al pubblico sono ancora fortemente sottodimensionati ».

(Sapere, aprile '80, C. Canal - M. Giammaria - T. Maranesi)

Sul perché di quanto sopra tornerò più avanti; ora sottolineo come questa elusione comporti un grave nocumento al Servizio Sanitario Nazionale.

Nondimeno dagli scarni dati ufficiali si evidenzia un « trend » in decisa ascesa degli invii in Ospedale militare con la motivazione « tossicomanie ».

Invii in O.M. ai sensi dell'art. 28/B E.I.I.

1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
9	8	3	6	45	40	96

Dal momento che le modalità di selezione del militare di leva (articolate nella « visita di leva », in quella eventuale di « prechiamata » ed in quella di « incorporamento ») comportano per il soggetto che si dichiara o venga riscontrato tossicomane l'invio in osservazione in O.M. e la conseguente riforma ai sensi dell'art. 28/B dell'E.I.I. (elenco imperfezioni ed infermità) mi pare che dalla lettura della tabella soprariportata si ricavi il dato preoccupante che un elevato numero di soggetti inizi o riprenda l'assunzione di droga durante il servizio militare di leva.

QUALE AMBIENTE OGGI ACCOGLIE IL MILITARE DI LEVA?

È la domanda a cui rispondere per l'avvio di una analisi della diffusione della tossicomania in caserma.

Il mito dell'esercito come momento formativo e terapeutico nella vita dell'individuo è immagine consolidata nel tempo e largamente diffusa. Alle radici del mito troviamo precisi riscontri storici: la ricerca da parte dell'istituzione del fine suo proprio ha comportato degli effetti secondari socialmente rilevanti e benefici, quali l'aggregazione di giovani delle più diverse provenienze, la dispensa di istruzione professionale, la diffusione di profilassi ed ancora altro.

Quando però queste funzioni surrogate cessano perché storicamente superate dalla realtà dell'evoluzione sociale, l'Istituzione si rivela chiusa ed immobile, incapace di rapportarsi dialetticamente con la società civile.

Percorriamo il cammino comune ad ogni recluta: giunge in caserma avendo già subito una repentina « *deminutio* » del tenore di vita precedente (pensiamo solamente alla perdita dell'eventuale lavoro da poco tempo acquisito ed alla conseguente regressione alla dipendenza economica) e qui ha un primo brutale impatto con il vitto della mensa, con la camerata e la promiscuità coatta, con i servizi igienici. Intanto l'Istituzione procede ad un sommario e sbrigativo processo di depersonalizzazione sottoponendo la recluta ai « riti » della vestizione e del taglio dei capelli.

Non può destare meraviglia il fatto che la recluta sia pronta ad accettare, o meglio subire, la vita in caserma come detenzione ove si pensi alla continuazione dopo questo primo approccio, della vita militare entro i ritmi scanditi dall'Istituzione. La recluta, privata della propria soggettività, viene inquadrata alla base di una piramide gerarchicamente pre-costituita, e sottoposta ad inchinarsi ad una miriade di norme e di divieti, ad uno stuolo di soggetti situati ad un livello gerarchico superiore ed investiti nei suoi confronti di autorità e del potere di dispensare premi o punizioni.

Il bilancio di questo « cammino », oltre a ribaltare la demagogia e la retorica del mito dell'esercito, ci induce ad osservare, ricollegandoci a quanto già premesso, che codeste situazioni del presente militare non si pongono in soluzione di continuità con il passato civile, costituiscono invece una radicalizzazione quantitativa di momenti analoghi.

CHI E PERCHÉ

« Il giovane che si droga è quasi sempre un individuo debole, emotivamente a livello infantile ».

(F. Parenti - P.L. Pagani. L'adolescente drogato come paziente di psicoterapia Riv. di P.I. anno 7 n° 11).

Nella fattispecie della caserma il « muro », il « superiore », simboli della reclusione e della repressione istituzionale, incombono sulla recluta con tutto il peso e l'ossessività immanenti ad uno spazio privo di alternative, ove il tempo personale è stato espropriato dall'Istituzione.

Riteniamo il fenomeno della droga assimilabile a quello dell'alcool: denominatore comune è la rincorsa ad una compensazione fittizia, la ricerca di quella « sostanza », di per se stessa disinibente e liberatoria, tale da consentire l'accesso a spazi altrimenti interdetti dal sentimento d'inferiorità.

In uno « stile di vita emarginato » la droga può così acquistare il valore di rifugio entro cui mediare le difficoltà, realizzarsi, sia pure a livello di finzione, nella propria volontà di potenza.

Dopo aver constatato che la vita di caserma può valere come stimolo a reazioni di compenso fondate sull'assunzione di droga, sorge spontaneo un interrogativo. Perché a livello delle precedenti generazioni, quando la repressività dell'ambiente militare era se mai maggiore, l'incidenza statistica della iniziazione alla droga nei militari di leva era irrilevante?

La risposta, anzi le risposte, possono essere trovate in una variazione del contesto sociale. Prima di tutto allora l'operazione di spaccio della droga su larga scala non era ancora iniziata e mancavano quindi gli stimoli dell'ambiente atti a indurre genericamente il fenomeno.

La permissività dell'ambiente familiare e scolastico è inoltre aumentata negli ultimi anni.

I nuovi individui che accedono alla caserma non sono quindi condizionati da precedenti forme di autoritarismo e perciò più traumatizzabili da questo e pronti ad impostare reazioni abnormi.

LA REAZIONE DELL'ISTITUZIONE

Pare evidente che, rappresentando la « caserma » un coarcervo di meccanismi impositivi e repressivi omogenei a quelli della società civile ma espressi in forma intensiva ed avvolgente, il tentativo di accostamento al problema « droga » nel senso di qualificarlo razionalmente, privandolo delle componenti di emotività e di reminiscenza stereotipa, proceda assai lentamente. Basta pensare alla reticenza ed alla resistenza nella divulgazione di statistiche e dati clinici, motivate esclusivamente dal timore di poter scalfire il mito dell'esercito.

DA CHI, COME, DOVE VIENE CURATA LA RECLUTA CHE PRESENTI UN QUADRO DI TOSSICOMANIA?

Da chi: la struttura del personale sanitario militare è costituita dall'ufficiale medico di carriera, dall'ufficiale medico di complemento e dal personale infermieristico.

Ufficiale medico di complemento è il medico che ha frequentato la scuola di Sanità Militare (70 giorni di corso). Durante tale corso viene dedicato un ristrettissimo spazio alla tossicomania, nell'ambito emblematico della medicina legale, ove dopo la necessaria nozionistica si parla del problema nella società civile senza penetrare nel perimetro della caserma ove l'Ufficiale medico svolgerà le proprie mansioni.

Dove e come: isolato in infermeria, appena espletate le formalità varie, tra cui ha rilievo, in palese contrasto con la normativa vigente, l'autodenuncia, il militare viene inviato in O.M. con la motivazione in « osservazione », significativa ad evidenziare la posizione della Istituzione sul merito del problema droga.

In O.M. la recluta viene sottoposta a visita psichiatrica e ad eventuali esami atti all'accertamento della presenza di sostanze psicotrope, quindi inviata in convalescenza per 40 giorni circa, in attesa di accertamenti commissionati ai carabinieri e al N.I.A.D.; quindi ritornerà per la seconda visita, ove sarà riconosciuto tossicomane e riformato ai sensi dell'art. 28/B dell'E.I.I., ovvero non riconosciuto tale e rimandato al corpo.

Il militare, relativamente alla prima ipotesi, può essere soggetto a sanzioni penali legate alla « procurata infermità », qualora venga accertato che l'assunzione di droga sia stata successivamente all'incorporamento; relativamente alla seconda ipotesi subirà invece le sanzioni penali comminate per « simulazione di infermità ».

Da questo iter del tossicomane in caserma è deducibile in modo netto la posizione dell'Istituzione: essa rifiuta il problema e traduce il rifiuto in un attestamento fiscale di selezione ed espulsione, senza concessione alcuna a spazi di intervento, recupero e riabilitazione.

PREVENZIONE

Considerato che il servizio di leva è svolto ad una età che coincide quasi con quella con cui ancora avviene con frequenza la prima assunzione di droga, penso che l'informazione costituisca il momento centrale e comunque « *conditio sine qua non* » per la formulazione di qualsiasi ipotesi di prevenzione. Abbiamo visto tuttavia come l'Istituzione, saldamente ancorata a vuoti fiscalismi, a stereotipi, ponga insormontabili resistenze ad adeguarsi ad una corretta informativa. (La stessa informazione dovuta ai sensi dell'art. 89 della legge 22 - 12 - 1975, n° 685, pare applicata solo sul piano di un rispetto formale alla lettera del legislatore).

Riteniamo così che, vista l'impossibilità di sanare nel breve o medio termine la divaricazione tra società civile ed Istituzione militare, sia indispensabile un intervento legislativo che permetta alla società civile di farsi carico delle elusioni della sanità militare.

A sostegno della centralità dell'informazione nella prevenzione mi pare sufficiente considerare che « l'inguaribilità del drogato », pregiudizio ben radicato nell'Istituzione, che seleziona ed espelle il tossicomane, sia un grave ostacolo all'approccio del soggetto, al tentativo di recupero, così come la sostanziale mistificazione sugli effetti della « canabis », ben radicata nella opinione pubblica, una volta riportata nella Istituzione perda anche l'aspetto positivo di deterrente, sortendo invece l'effetto pericoloso di poter indurre l'assuntore di tale sostanza al rifugio nella subcultura della droga e a pensare che la società grida « al lupo » onde evitargli l'accostamento al piacere.

IPOTESI DI RECUPERO E SOSTEGNO

La posizione attuale dell'Istituzione sul problema delle tossicomanie non concede spazi per interventi di recupero e sostegno.

Noi ci uniamo a coloro che auspicano un intervento del legislatore che permetta in tempi brevi di ribaltare la situazione attuale e sfruttare positivamente il retroterra sociale benefico dell'Istituzione convogliando le ipotesi di intervento attivo verso le strutture civili, oggi in « fieri ».

In quanto adleriani noi siamo sollecitati dal « sentimento sociale » al più gran fervore nell'impegno di recupero e siamo consenzienti alla « ratio » ispiratrice della legge n° 685 del 22 - 12 - 1975 onde poter pervenire in un contesto di reinserimento sociale del tossicomane, ad un sostegno nella « classica linea di recupero adleriana: dimostrare con pazienza all'analizzato che le sue compensazioni sono improduttive e fittizie, avviandolo con gradualità verso un'autonomia almeno parziale ».

(F. Parenti - P.L. Pagani, L'adolescente drogato come paziente di psicoterapia. Rivista di P.I. n° 11, settembre 1979).