

UGO FORNARI *

SISTEMI DI RIFERIMENTO
E INTERVENTI RIEDUCATIVI NELL'APPROCCIO
ALLA FARMACODIPENDENZA.
SOLUZIONI DI TIPO INDIVIDUALE
E DISCREZIONALITA' OPERATIVA.

La Legge 22 dicembre 1975 n. 685 sulla « disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope » tratta della prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

In essa sono elencate le attribuzioni proprie del *Ministero della Sanità* (artt. 1, 8, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 21, 23, 26, 31, 32, 33, 37 e tutte le disposizioni dei titoli IV e V), quelle delle *Regioni* (artt. 2, 10, 13, 70, tutte quelle del titolo X e gli articoli 103 e 107) e quelle di altre istituzioni, quali il *Ministero dell'interno* (art. 7), i *Provveditorati agli studi* (artt. 85 e 86), i *Consigli di Istituto* (artt. 87 e 88), il *Ministero della Difesa* (art. 89), il *Ministero di Grazia e Giustizia* (art. 11) e l'apparato giudiziario in genere (tutte le disposizioni del titolo VIII e gli artt. 96, 98, 99, 100, 105). Esistono precise disposizioni anche per coloro che esercitano la professione medica (artt. 42, 43, 44, 95, 96, 97) o la patria potestà o la tutela, nel caso di minore o incapace (art. 95).

Il titolo X della Legge tratta dai « Centri medici e di assistenza sociale » cui *debbono* essere affidati i soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope. Ai fini dell'organizzazione, della direzione e del coordinamento sul territorio delle attività di cura e riabilitazione sono costituiti, in ogni regione, i seguenti organi (art. 90):

- a) Comitato Regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze (art. 90);
- b) Centri medici e di assistenza sociale (art. 92).

* Professore Incaricato di Antropologia Criminale nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Torino.

Le attribuzioni del primo sono:

- a) coordinare e controllare gli organi e gli enti abilitati alla prevenzione, cura, reinserimento sociale dei tossicomani (presidî ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali);
- b) raccogliere dati statistici (art. 104);
- c) chiedere informazioni concernenti le materie di sua competenza;
- d) formulare pareri, proporre interventi e compiere ispezioni e indagini conoscitive.

Esso è presieduto dall'assessore regionale alla Sanità ed è composto da: medici psichiatri, psicologi, farmacologi, educatori e assistenti sociali, nominati dal Consiglio Regionale (art. 91). Fanno inoltre parte di diritto del Comitato: un funzionario del Ministero della Sanità; uno della Pubblica Istruzione; un funzionario di polizia addetto alla repressione dei reati contemplati dalla Legge n. 685; una ispettrice di polizia; il presidente del tribunale per i minorenni e il presidente della sezione civile specializzata del Tribunale e della Corte di Appello.

Le finalità dei secondi (uno o più secondo necessità locali) sono quelle di:

- 1) fornire ausilio specialistico ai luoghi di cura, centri ospedalieri e sanitari, singoli medici;
- 2) determinare idonee terapie di disintossicazione, operando interventi e controlli sull'attività dei presidî sanitari;
- 3) attuare iniziative idonee al recupero sociale degli assistiti;
- 4) esprimere pareri all'autorità giudiziaria per ricoveri ospedalieri o cure ambulatoriali o domiciliari;
- 5) assistere persone affidate loro dall'Autorità Giudiziaria;
- 6) predisporre e attuare i necessari collegamenti.

Il personale di detti centri è composto da medici, psicologi, assistenti sociali ed educatori che già lavorano nei Centri Provinciali e Comunali, nonché da assistenti volontari.

Il loro intervento può avvenire:

- 1) su richiesta del tossicomane;
- 2) su richiesta dell'esercente la patria potestà;
- 3) su richiesta dell'Autorità di Polizia;
- 4) su segnalazione del medico.

Infine tali centri possono operare convenzioni con associazioni, enti e istituzioni pubbliche o private (art. 94) su autorizzazione del Consiglio Regionale, previo parere del Comitato.

I Centri medici e di assistenza sociale, che più propriamente potrebbero essere definiti « Centri o Unità socio-sanitarie » debbono svolgere dunque:

- a) funzioni di trattamento, di riabilitazione nonché di prevenzione;
- b) espletamenti di carattere burocratico e amministrativo.

I « destinatari » dell'assistenza, oltre i tossicomani, dovrebbero essere anche gli etilisti e i disadattati in genere (ultimo comma dell'art. 90).

Ad oggi (ottobre 1976) la Regione Piemonte ha individuato e stabilito i reparti ospedalieri di Torino, della provincia e della regione che debbono ricoverare i tossicomani, ha promosso una indagine conoscitiva sulla diffusione del fenomeno e sulle motivazioni che lo sostengono ed ha delegato ai comuni e alle province l'assistenza globalmente intesa.

Questa è articolata, ad esempio in Torino, a) attraverso la Guardia Medica del comune per gli interventi urgenti, fino all'invio in reparto ospedaliero, fatta eccezione per gli ospedali psichiatrici (artt. 90 e 100) e b) i servizi di zona già esistenti, del comune e della provincia, per quanto si riferisce all'assistenza psico-sociale. Il tutto dovrebbe fare capo ad un « Centro di Coordinamento e di Smistamento » (art. 92). La Legge prevede che ci si avvalga non solo dei servizi sanitari e sociali aventi sede nei comuni e nelle province, ma anche « degli assistenti sociali che esercitano le loro funzioni negli istituti di prevenzione e di pena, nei Centri di servizio sociale previsti dall'ordinamento penitenziario e negli uffici distrettuali di servizio sociale presso i Tribunali per i Minorenni e negli Istituti mutualistici e previdenziali » (art. 107).

Un intervento « corale », dunque, sulle cui possibilità di integrazione, di fatti, chi scrive, nutre fondate riserve e numerose perplessità, legate principalmente al modo in cui saranno interpretati e gestiti i concetti di « prevenzione », « cura », e « riabilitazione ». Oggi, infatti, nel confondere la competenza politica

con quella tecnica, ritenendole un tutt'uno e non accettando delimitazione alcuna dell'una nei confronti dell'altra, si tendono a sovrapporre reciprocamente interventi politici o tecnici che non sono tali o ad intendere per politico quello che è tecnico, o a riempire il vuoto tecnico con l'atteggiamento politico.

Avendo riguardo alla Legge n. 685, cosa può intendersi però per « *intervento* »?

Sotto tale ampia accezione, vengono raggruppate tutte quelle misure atte a « informare, educare, curare e riabilitare » (titoli IX e X). Esso si può svolgere sia all'interno delle istituzioni (artt. 84 e 100) che all'esterno (titolo IX e art. 92 del titolo X). Il trattamento dovrebbe rappresentare il frutto di una integrazione di interventi a vari livelli: medico, psicologico, pedagogico, scolastico, lavorativo, ludico ed essere inteso ad agire sia sugli aspetti negativi e conflittuali della personalità del singolo, sia, e soprattutto, ad utilizzare quelli positivi, ossia interessi ed attitudini, stimolandone un uso e uno sviluppo positivi. Questo modo di concepire il trattamento, inoltre, vede nel rapporto « terapeuta-cliente » o « terapeuta-gruppo » solo uno degli aspetti e non certo il più rilevante di un trattamento che, pur essendo il più individualizzato possibile, dovrebbe venir programmato secondo modelli assai più complessi e diversamente operanti, orientati tutti al fine della « riabilitazione e del reinserimento sociale » del tossicomane.

Nella pratica, esso si distingue, *nei suoi aspetti oggettivi*, in:

a) *intervento istituzionale*: si identifica con il trattamento medico delle tossicomanie: unico possibile nelle istituzioni che, in molti casi, rimangono il luogo indispensabile (centri ospedalieri e case di cura) o inevitabile (stabilimenti carcerari) in cui deve venire realizzata quella parte del trattamento rappresentata dall'atto farmacologico, inteso nel senso più ampio della parola (disintossicante, ricostituente, sedativo, antidepressivo, neurolettico, ecc.).

b) *interventi extraistituzionali*: sono, a loro volta, articolati in:

1) *interventi informativi ed educativi*: ad essi, che sono finalizzati a diffondere il maggior numero delle informazioni sulle droghe, sul loro uso, sugli effetti, sulla diffusione del fenomeno e, soprattutto, sulle cause e sulle motivazioni psicologiche e am-

bientali che conducono a tal tipo di condotta, deve essere data la massima incentivazione, con interventi differenziati, a seconda che si tratti del problema con le famiglie, gli insegnanti, i giovani, gli organismi di controllo, di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

2) *cura e riabilitazione*: la loro organizzazione, direzione e coordinamento sono demandati alle Regioni, che agiscono attraverso il Comitato Regionale (art. 90).

La loro attuazione è delegata alle province ed ai comuni (artt. 90 e 107), attraverso i Centri Medici e di Assistenza Sociale (art. 92), il volontariato (art. 93), gli enti ausiliari (case di cura, reparti ospedalieri, istituzioni pubbliche o private che abbiano come loro specifica finalità l'assistenza sanitaria, sociale e la riabilitazione (omissis), art. 94), più quelli elencati nell'articolo 107.

Ma nel concetto di « intervento » sono presenti anche *aspetti soggettivi*, riguardanti cioè il tossicomane, e individuabili in:

- 1) cura volontaria e anonimato (art. 95);
- 2) ricovero in reparti ospedalieri (art. 97) fatta eccezione degli ospedali psichiatrici (art. 100). In questo secondo caso, l'intervento viene posto in essere dall'Autorità Giudiziaria (pretore, art. 99; sezione civile specializzata del tribunale, art. 100; tribunale per i minorenni, art. 101), su segnalazione del Centro Medico e di assistenza sociale (art. 97), dell'Autorità di Polizia (artt. 96 e 100), del genitore, del coniuge, dei figli o dei prossimi congiunti della persona da assistere (art. 100), del medico (attraverso uno dei centri di cui all'art. 90).

Tutto ciò risulta in aperta ed evidente contraddizione con l'ultimo comma dell'art. 92 che testualmente recita:

« L'intervento del personale dei centri deve essere improntato a criteri non autoritari né costrittivi, ma di assistenza professionale specialistica. I componenti dei centri sono tenuti al rispetto pieno della personalità degli assistiti e debbono osservare il segreto professionale in ordine agli specifici interventi terapeutici ed assistenziali . . . ».

Certo l'intervento del legislatore non deve essere stato improntato ad un fine libertario, ma, dal contesto della Legge, pare di poter inferire che si è voluto soprattutto offrire e garantire una possibilità di recupero per quei soggetti che *vogliano effettivamente affrancarsi* dalla « schiavitù » della droga.

In termini ben diversi si pone il discorso, allorquando il riferimento sia fatto al tossicomane che rifiuta ogni tipo di cura, o neppure iniziandola o interrompendola. La Legge, a questo proposito, è molto chiara: *egli deve essere curato*: il potere e l'intervento che nel primo caso venivano usati in maniera interlocutoria, sono utilizzati — nel secondo — in base a modelli di tipo manipolativo, impositivo e repressivo. E in tal senso orientata, viene chiesta la collaborazione anche a coloro che invece dovrebbero improntare il loro intervento a « criteri non autoritari, né costrittivi ».

Ci si chiede, pertanto, come si possa, in realtà, mettere in atto un'opera rieducativa e riabilitativa che, nel caso non *esista il libero accesso all'intervenuto* da parte del tossicomane, deve forzatamente essere imposta, e non può più essere proposta. L'operatore psicosociale — al di là del medico cui compete il mero atto farmacologico — si trova dunque nella ibrida e contraddittoria posizione di colui che deve — in armonia con il dettato legislativo — perseguire il fine del controllo e della repressione, pur essendogli riconosciuta una piena autonomia nei confronti di coloro che vogliono curarsi. Ma il problema non è certo rappresentato — né qualitativamente né quantitativamente — da costoro: bensì da coloro che *debbono essere curati*. A questo livello, è noto che ogni sforzo di tipo comprensivo e propositivo tende ad essere vanificato dalla scelta oppositiva e rinunciataria che il tossicomane ha già fatto: l'atto di assumere la droga ha per molti il significato di un'accusa contro la società e finché questa non sarà in grado di offrire un sistema di valori e di riferimenti validi e chiari, non si potrà ottenere — se non con la violenza — che chi ha scelto una certa via ne imbocchi un'altra oscura, difficile, ingrata, priva di valide motivazioni oggettive che stimolino a percorrerla. Per cui la prevenzione che può essere posta in essere in una realtà esasperata ed esasperante come l'attuale, è solo quella di tipo *terziario* (intervento sul soggetto che si è già scompensato e ha manifestato il suo disadattamento attraverso la « malattia mentale » o il « comportamento delinquenziale ») e non di tipo *secondario* (intervento sull'individuo che manifesta i primi segni di disadattamento o di scompenso psichico) e tanto meno *primario* (intervento sull'ambiente e sulle strutture sociali ritenute patogene). Per operare in tal senso, occorrerebbero strutture, operatori e motivi

per proporre — o al limite — imporre un cambiamento. Tutto ciò attualmente manca o è altamente carente, per cui, attraverso una pseudoaccettazione del tossicomane come « malato » si persegue — in realtà — l'obiettivo di un rigido controllo e di una programmata contenzione del fenomeno non solo più attraverso i farmaci, ma anche mediante la cospirazione più o meno consapevole degli operatori sociali. Ne discende quindi una sostanziale difficoltà di approccio tecnico e metodologico riassumibile nei seguenti interrogativi: la dimensione identificatoria si può o meno conciliare con quella di tipo reificante? Posto che lo sia, l'aspetto riduttivo dell'intervento deve essere posto in essere solo come mero allineamento ad un dettato legislativo, oppure può anche essere condiviso sul piano dei valori e dei costumi? Se si apre il discorso sul « sociale », quale significato può e deve essere condiviso sul piano dei valori e dei costumi? Se si apre il discorso sul « sociale », quale significato può e deve essere dato ai concetti di « reinserimento » e « riabilitazione »? In sintesi, *come e perché curare e reinserire il tossicomane* in un sistema sociale che egli, attraverso il suo astensionismo accusatorio, rifiuta e che, a mio avviso, è tutto da reinventare o riscoprire?

A questo punto, l'operatore non può non accettare o disconoscere la dimensione politica del discorso e la sua rilevanza: il punto è piuttosto quello di chiarire che uso ne può e ne vuole fare, se evita di asservirsi all'ideologia politica, rifiutandola in nome del riduzionismo scientifico di chi si trincea dietro l'alibi arido e sterile del tecnicismo, e se, al contempo, non si identifica emotivamente con la stessa, a pena di svolgere, in questo caso, una funzione sostanzialmente contraddittoria.

Proprio la consapevolezza di una distinzione di ruoli e di competenze, impone al tecnico di assumere una posizione critica nei confronti di una Legge il cui fine repressivo può non essere sufficientemente valutato e tenuto presente da chi deve garantire l'aspetto operativo. Credo pertanto che sia prioritaria questa chiarificazione tra gli operatori, per poter proporre, con linearità e onestà, il « contratto terapeutico » al tossicomane; questi deve aver ben presente che quello che gli si può mettere a disposizione ha dei limiti e che l'unica garanzia nei confronti di un intervento manipolativo può offrirla solo lui, attraverso una sia pur difficile, ma indispensabile sua collaborazione. Al con-

tempo, è necessario tener conto che « riabilitare » vuol sempre dire « ridurre », ma che questa operazione può aver esito in un recupero e in una rivalutazione di quel sentimento sociale che è andato perduto e il cui ritrovamento, forse, può preludere alla creazione di una società, se non migliore, diversa.



Questo articolo pone un interessante quesito circa il rispetto della libertà individuale, cui ogni adleriano è particolarmente sensibile: la disintossicazione coattiva dei drogati potrebbe ledere il loro diritto a contestare in tal modo una società che non approvano. A tale punto di vista ne contrappongo, in libera alternativa e come stimolo alla discussione, un altro: a mio parere il drogato non compie affatto una libera scelta, ma è vittima di una vasta e criminosa operazione di plagio effettuata sui deboli, che ha per scopo un'illecita utilità economica e la distruzione civile. Curare chi si droga, quando è possibile, significa tentare di restituirgli un'autonomia critica veramente attiva anche verso l'attuale società e impedirgli inoltre di effettuare a sua volta un proselitismo interessato e plagiante.

N. d. D.