

L'INTERVENTO AD ALTA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELL'AREA DELLA DIPENDENZA PATOLOGICA DA SOSTANZE: DAL CAMBIAMENTO DEL SINGOLO AL MUTAMENTO SOCIALE

Estratto

Esiste un'area, nel panorama dei servizi rivolti alla persona, nella quale il percorso terapeutico di cambiamento del singolo e l'intervento sociale esteso sia al microsistema che avvolge l'individuo, che al macrosistema sociale che stabilisce le leggi intrinseche del nostro agire e pensare quotidiano, si fondono in un unico quadro coerente di riferimento.

Il punto di partenza dell'intervento sul singolo è centrato sullo studio degli aspetti disfunzionali del suo essere e sulla loro evoluzione verso un equilibrio che possa consentire una migliore qualità della vita, ma cosa fare quando le disfunzionalità riguardano il sistema macrosociale?

Tra i fattori caratterizzanti la psicopatologia ricordiamo la perdita di potere creativo e la scarsa capacità di progettualità. L'individuo viene a trovarsi ingabbiato all'interno di comportamenti ripetitivi, indotti dal contesto culturale circostante e passivamente riproposti. La tossicodipendenza è - oggi più che mai - espressione di una cultura di consumo, divenuta cardine del modo di vivere occidentale. Il consumo della sostanza è il momento centrale dell'agito patologico, sia esso rivolto verso l'iper-prestazione, mediante l'uso di stimolanti (rientra in questa categoria anche l'uso di sostanze dopanti in ambito sportivo), sia esso rivolto alla ricerca di analgesici capaci di sedare i conflitti e alleviare le fratture dell'anima.

Il conculamasi della patologia di dipendenza è sempre preceduto da segnali e comportamenti che evidenziano il disturbo, in età adolescenziale e preadolescenziale. Quando questi non vengono colti dal contesto che circonda l'individuo - e spesso la famiglia non è in grado di assolvere a tale funzione, proprio perché è proprio al suo interno l'origine del nucleo patologico - l'evoluzione del disagio psichico e sociale trova campo libero, travolgendo la persona.

L'area di alta integrazione socio-sanitaria

L'intervento rivolto alla dipendenza patologica da sostanze si caratterizza per la coesistenza di due fattori caratterizzanti, sono questi l'aspetto sanitario e l'aspetto sociale dell'intervento.

L'accostamento delle due tipologie di approccio nasce dalla presa di coscienza che esistono problematiche che possono affliggere l'essere umano, caratterizzate per l'affezione a livello psicofisico, ma anche per una serie di complicazioni che queste stesse problematiche comportano a livello di relazioni sociali, intese sia come relazioni interpersonali, sia come possibilità di prendere piena parte di quel sistema di diritti e doveri che caratterizza un qualsiasi ordine sociale.

L'aspetto che caratterizza in maniera specifica questo tipo di disagio è la necessità di scindere la problematica e di conseguenza l'intervento nei due aspetti sociale e sanitario, aspetti che di contro devono essere comunque ricompresi in un quadro unitario di coerenze di intervento. È questa una necessità riconosciuta a livello normativo dallo Stato a livelli sia centrale di governo che periferico di Regione, scindere i due aspetti per focalizzare al meglio ciascuno di essi e strutturare un intervento capace di integrarli (Piano Sanitario Regione Toscana, p.54, Piano Integrato Sociale Regionale – Regione Toscana, p.64). Tra le categorie di disagio che vengono a caratterizzarsi per la doppia componente, troviamo le dipendenze da sostanze, alcool e farmaci.

Questo significa che impostare un percorso che si proponga di affrontare il problema, implica la predisposizione di adeguate misure e strumenti su entrambi i versanti della problematica.

Gli aspetti sanitari

La tossicodipendenza è classificata come patologia e non come semplice "deviazione dalla normalità", è inoltre caratterizzata da alto tasso di recidiva e da alto rischio di cronicità, ed è in virtù

di questo che gli interventi terapeutici si caratterizzano sempre più per la costante presenza di un confronto multidisciplinare tra competenze mediche, psicologiche, psichiatriche, educative, ugualmente implicate nel trattamento (Serpelloni, Simeoni, Rampazzo, 2002, p.10). I programmi terapeutici hanno avuto così modo di evolvere sulla base di questa consapevolezza degli aspetti psicopatologici che caratterizzano la problematica. Un'evoluzione che ha dato modo di dare maggior profondità all'aspetto sanitario del problema, e che ha portato a compiere significativi progressi nell'approccio alla persona affetta da dipendenza da sostanze, permettendo una conoscenza più approfondita della problematica ed una maggiore precisione e puntualità negli interventi. Un'evoluzione che dall'altra parte non può tuttavia prescindere dall'approfondimento e lo studio degli aspetti sociali della problematica e degli interventi.

Approfondire gli aspetti sociali, sviluppare una cultura dell'inclusione

Troppo spesso il quotidiano di chi vive dentro o al fianco della problematica della dipendenza da sostanze, (ma non solo: cibo, alcool) è un confronto continuo con la marginalità (Mengheri, 1999), con situazioni e storie di diritti costantemente negati.

Esistono almeno due aspetti di dignità della persona che vengono negati: il primo relativo all'identità e integrità della persona stessa, oltre lo stigma di "tossicodipendente", un'identità schiacciata dai tanti luoghi comuni, dalle troppe facili equazioni che semplificano un intero universo popolato di pensieri, sentimenti, ansie e ferite dell'anima nelle semplici e immediate soluzioni del delinquente, del *teloseivoluto*, e ancora del *tantanonmeritanoniente*. Troppo spesso nella cultura comune sperimentiamo uno *strano* accanimento nei confronti delle persone tossicodipendenti e della problematica in genere, un accanimento talvolta sostenuto dall'idea che di droga si muore, e questo è indiscutibilmente vero, ma la motivazione è alquanto debole, almeno se ci soffermiamo ad osservare i dati statistici relativi ad alcuni importanti fattori esogeni di mortalità nei Paesi Industrializzati, dati da cui emerge che se è vero che di droga si muore, è altrettanto vero che questo accade con un'incidenza pari allo 0,4% sui decessi totali, a fronte ad esempio, di un 14,9% imputabile all'uso di tabacco (Dimauro 2002, p.1). Ecco allora che emergono in tutta la loro evidenza quei costrutti socio-culturali orientati ad accettare sostanzialmente l'uso di alcune sostanze e a condannare senza appello alcuno l'uso di altre, che seppur indiscutibilmente devastanti, ad un livello macroscopico di osservazione lo sono in misura molto minore. Ovviamente questo non può negare le conseguenze sociali derivanti dalla diffusione di sostanze stupefacenti, ma indebolisce innegabilmente le posizioni di chi intende fare della "guerra alla droga", guerra condotta con tutti i mezzi, compresi quelli della repressione e della marginalizzazione del tossicodipendente in nome di una sorta di *crociata per la vita*.

A questo si aggiunge un altro aspetto, quello legato alla natura patologica della dipendenza. Un aspetto spesso dimenticato e trascurato dal tossicodipendente stesso, nella convinzione di non aver diritto alcuno e nella inconsapevolezza della patologia che lo affligge. Quale paziente che si presenta in un reparto ospedaliero non pretende ed esige cure efficaci, interventi specialistici, non sente l'esigenza di cercare medici o comunque operatori sanitari capaci e verso cui poter indirizzare la propria fiducia? Quale paziente affetto da una patologia specifica dalle terapie ancora in evoluzione o addirittura in sperimentazione, non cerca di sensibilizzare anche l'opinione pubblica attorno al suo disagio, pensiamo ad esempio alle Associazioni di lotta contro i tumori, piuttosto che quelle riferite alla sensibilizzazione attorno alle problematiche dell'Alzheimer, giusto per fare un esempio. Questo non accade al tossicodipendente, che al contrario stancamente si rivolge ai servizi, senza saper chiaramente cosa chiedere e come aiutarsi ed essere aiutato per risolvere il suo mal-essere.

Ed ecco che si apre una parentesi che è di natura culturale, ma che costituisce una sorta di base e fondamento silente nelle teste di coloro che dirigono e progettano gli interventi sociali, nei pazienti che ne devono fruire, nella mentalità comune.

Ed è proprio in questa direzione che è necessario lavorare, nel tentativo di creare un substrato culturale capace di sostenere in maniera più serena la problematica.

Del resto è proprio da questo senso comune orientato ad un fenomeno specifico, è da ciò che viene vissuto come dato e come ovvio, che nasce l'azione sociale, sia essa un'azione terapeutica verso la persona, sia essa legata all'agire e al pensiero comune. Ed ecco che i risvolti sociali degli interventi verso la problematica possono superare il mero concetto di assistenza, per approdare ad

un percorso di evoluzione e costruzione di un pensiero condiviso.

Ecco allora che impostare un percorso terapeutico sulla persona tossicodipendente, nel quadro di riferimento di un *welfare* moderno, non può prescindere dalla necessità di operare un lavoro sociale e culturale mirato in primo luogo al riconoscimento e alla restituzione di piena dignità alla persona stessa, per sostenere e favorire la crescita di autonomia di quella fascia di popolazione che è maggiormente vulnerabile (Panizza, 2002, p107). Un processo che richiede energie e risorse, sia in termini umani ma anche economici, dato che questi ultimi dipende la possibilità di impiegare anche le prime. Un processo che richiede di porre la persona al centro di qualsiasi altro aspetto. Una possibilità che è tuttavia costantemente negata, o almeno lo è nella misura in cui sarebbe necessario per affrontare la questione all'interno di quella piena dignità cui facciamo riferimento.

Approfondire gli aspetti sociali. Creare un sistema di diritti di cittadinanza

Ecco allora che per porre la persona al centro del sistema di protezione sociale, occorre rovesciare il pensiero, un capovolgimento di ordine di idee che è sì culturale, ma che nella pratica diviene molto concreto, ad esempio imponendo l'adeguamento delle risorse economiche al soddisfacimento delle esigenze stesse del cittadino, e non viceversa, così come accade tutt'oggi, adeguando gli interventi alle risorse peraltro sempre più esigue destinate al sociale (Panizza, Devastato, 2002, p. 21), solo nel settore delle dipendenze lo Stato italiano nel 2002 - su interventi che si effettueranno nel 2003 - ha tagliato una consistente percentuale dei fondi rispetto all'anno precedente, a fronte di un andamento in crescita dell'utenza, con la conseguenza che i dipartimenti ed il privato sociale hanno dovuto adeguare i propri investimenti ed interventi alla diminuita disponibilità economica (Meini, 2002, p.4). E questo accade proprio mentre l'economia globale produce, divora e trasferisce quotidianamente interi patrimoni.

Rovesciare il pensiero significa anche rifiutare un sistema culturale che tende a marginalizzare ed escludere dal godimento di diritti pieni colui che vive il disagio.

Ed ecco allora che chi condivide un percorso terapeutico, di rinascita e di riscatto della dignità umana, al fianco di un tale realtà, chi si impegna autenticamente e con passione in un lavoro centrato sul cambiamento che a partire dalla persona si estende al sociale, non può non condividere questo sentimento di esclusione, non può non autoescludersi a sua volta da un sistema che non è capace di considerare la figura umana come centrale. Non può autoescludersi da un mondo che è capace solo di viaggiare sui canali della finanza, del profitto e dello sfruttamento ad esso orientato. È un sistema che non può appartenere a chi investe il proprio lavoro nel sociale. Tuttavia nessuno di noi può negare il suo bisogno di appartenenza, e allora l'unica appartenenza possibile è quella al fianco e nel mondo di coloro che sono maggiormente vulnerabili, e non è solo questione di solidarietà, quanto piuttosto l'esigere in quanto persona umana uguale e diversa da tutte le altre, di essere posto al centro di ogni altro tipo di sistema, sia che questo sia di pianificazione politica, sociale oppure economica. Credere che solo la figura umana debba essere centrale in ogni tipo di scelta obbliga a schierarsi, non si può pensare di attendere il cambiamento di un sistema disfunzionale al benessere sociale ed individuale, restando a guardare dalla finestra, da qui la necessità di assumere un ruolo all'interno di questa ottica di cambiamento, e quale postazione migliore se non quella che parte proprio da chi, da tale stato di cose, è più colpito.

Ecco che lavorare al fianco di chi vive il disagio, prendersene carico, può andare oltre l'intervento sul singolo e assumere una valenza di carattere sociale e culturale più estesa.

Pensare che un mondo diverso è possibile significa allargare lo sguardo oltre l'orizzonte del reale, significa allargare lo sguardo e la mente all'utopia, significa in primo luogo permettere a se stessi e sentirsi capaci di sostenere un pensiero che supera il dato di fatto attuale, l'ovvio, quel senso comune che dirige le azioni in un preciso momento, ma che non per questo è l'unico possibile, ne tantomeno il solo giusto. L'utopia può essere l'anticamera del cambiamento, perché è *la spinta ad immaginare qualcosa che ancora non esiste, partendo da un dato punto di riferimento. Ciò significa che, per quanto disperata possa essere una situazione, essa possa comunque essere resa utopica* (Carotenuto, 1991, p.21) e quindi aspirare ad una condizione migliore.

Il delicato equilibrio tra utopia e realtà è la base del lavoro su di sé, così come di una relazione di aiuto, investire su una persona, sul suo cambiamento non può avvenire se non siamo capaci di

immaginare insieme a lui una prospettiva differente da quello che offre l'attuale. Questo discorso deve essere esteso al sociale, al mondo che ci circonda, ecco che l'utopia assume la concretezza di chi sperimenta che così come la spinta utopica cambia la persona, l'aiuta a crescere, questa possa cambiare anche la sfera sociale. Ed ecco che sperimentiamo un ulteriore punto di contatto tra clinico e sociale, un punto di contatto che porta i due ambiti a fondersi in un'unica parola: umano.

Ecco come può essere letta l'essenza dell'intervento socio-sanitario, un intervento che punta a migliorare la qualità della vita del singolo, operando sulle possibilità di cambiamento a partire da un determinato dato di fatto, ma che non può e non deve esaurirsi in questa unica funzione, ma piuttosto operare un cambiamento capace di estendersi alle sfere sociale e culturale.

È questo che rende l'intervento socio-sanitario una questione di tanti se non di tutti, l'ambito clinico è patrimonio di pochi specialisti, l'ambito culturale è alla portata di tutti, è frutto di una maturità raggiunta nella coscienza collettiva.

Bibliografia

Carotenuto A. [1991]: *Trattato di Psicologia della personalità*, Raffaello Cortina Editore.

De Facci R. [2002]: *Le tossicodipendenze tra allarmi e facili soluzioni*, in *Con i vulnerabili*, CNCA.

Dimauro R. [2002]: *Dipendenza da droghe legali* tratto da *"Dipendenze: attualità e prospettive nella realtà toscana"*, Atti della Conferenza Regionale sulle dipendenze, Regione Toscana.

Meini M. [2002]: "Domanda assistenziale e potenzialità di risposta dei dipartimenti delle dipendenze" tratto da *"Dipendenze: attualità e prospettive nella realtà toscana"* Atti della Conferenza Regionale sulle dipendenze, Regione Toscana, 2002

Mengheri M. [1999]: *Verso la cessazione della sofferenza AIDS, Emarginazione, Sistemi socio-sanitari*, in M. Mengheri (a cura di), 14-21; 61-78, ETS, Pisa.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Relazione annuale sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.

Panizza G. [2002]: *Politiche sociali e "328" basta applicare la legge?*, in *Con i vulnerabili*, CNCA.

Panizza G. e Devastato G. [2002]: *Pensare a rovescio - Tesi, idee e "normali provocazioni" per il cambiamento del sociale*; in *Con i vulnerabili*, CNCA.

Regione Toscana [2001]: *Piano Integrato Sociale Regionale per il triennio 2002 – 2004*,

Regione Toscana [2002-4]: All. A deliberazione Consiglio Regionale n. 60 del 9 aprile 2002 - Piano Sanitario.

Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. [2002]: *Quality management - Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze* - Regione Veneto.

Andrea Cadoni

Sociologo, lavora presso il Centro Italiano di Solidarietà di Livorno. Socio AIRP