

Monografia

Educazione sanitaria, educazione alla salute: la prevenzione delle dipendenze

Riflessioni sulla prevenzione delle dipendenze a partire da un'esperienza degli anni '80

Reflections on prevention of addictions starting from a 1980s experience

Francesco Scotti

Psichiatra. Già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della USL di Perugia

Parole chiave: antropologia culturale delle dipendenze, corsi sulla prevenzione per la scuola dell'obbligo, farmacodipendenza, psicologia delle dipendenze

RIASSUNTO

I nodi irrisolti nella prevenzione delle tossicodipendenze sono stati presi in esame confrontando le analisi contenute in un corso di Educazione sanitaria risalente al 1986 con i giudizi espressi recentemente. L'autore, che aveva partecipato al corso, ritiene che le riflessioni sulle dipendenze e le attività finalizzate alla loro prevenzione non abbiano fatto negli ultimi 30 anni grandi progressi, il che manifesta una incapacità della nostra cultura, e forse non solo in Italia, a capire a fondo la natura del fenomeno, fortemente intrecciato con tutte le disfunzioni sociali con le quali si cerca invano di fare i conti.

Key words: cultural anthropology of addictions, courses on prevention aimed at schools, drug addiction, addiction psychology

SUMMARY

The unsolved problems of prevention of drug addiction were analyzed by comparing the analyses carried out during a 1986 health education course with the views recently expressed. The author, who took part in such course, believes that the reflections on drug addictions and the activities aimed at preventing them haven't made much progress over the last 30 years, which shows an inability of our culture – and perhaps not only in Italy - to deeply understand the nature of the phenomenon, which is deeply connected to all the social dysfunctions that people try in vain to face.

Introduzione

Nel 1986 il *Centro sperimentale dell'educazione sanitaria* organizzava, per conto dell'Assessorato alla sanità e ai servizi sociali della Regione dell'Umbria, un corso su *La prevenzione delle farmacodipendenze nella scuola dell'obbligo* (1). Era questa una delle iniziative più impegnate di una serie di interventi che, sviluppati fin dai primi anni 80, hanno come riferimento il personale docente, non docente, genitori, studenti e operatori delle unità sanitarie locali dopo la legge 685/75 *Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope*.

Rivedere l'impostazione di allora può aiutarci a capire quali promesse venivano fatte, quali speranze erano sostenute, ma anche quali illusioni alimentate, su una questione che è diventata sempre più grave e complessa di anno in anno. Cosa scopriremo? I concetti chiave, che forse si sono progressivamente un po' appannati, della prevenzione delle dipendenze? Oppure una archeologia di rottami non più utilizzabili?

La scuola, in quel momento, fa richiesta di supporti culturali e tecnici nel campo dell'educazione sanitaria. Il Centro di Perugia risponde con un discorso sulla prevenzione delle farmacodipendenze: tabacco, alcol, i farmaci legali e le droghe illegali. L'orizzonte è quello della difesa della salute attraverso la prevenzione e una attività educativa da inserire accanto agli altri insegnamenti curriculari, con pari dignità se non con parità di tempo dedicato, i cui contenuti sono: la salute come diritto dovere, i fattori di rischio, la specificità degli interventi di prevenzione, informazioni sull'offerta di sostanze e sulla domanda.

Per capire quale posto abbia l'educazione sanitaria nell'azione preventiva delle dipendenze dobbiamo sapere quale sia la definizione di educazione sanitaria cui si fa riferimento. Nel testo citato¹ si parte da quella dell'OMS del 1954: *"Lo scopo dell'E.S. è di aiutare le popolazioni ad acquistare la salute attraverso il proprio comportamento e i propri sforzi; si fonda dunque, in primo luogo, sull'interesse che i singoli manifestano per il miglioramento della loro condizione di vita e mira a far percepire agli individui, membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, come i progressi della salute derivano dalla loro responsabilità personale"*. Si passa alla definizione di Seppilli del 1970: *"L'E.S. è un processo di comunicazione interpersonale, diretto a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute e a responsabilizzare gli individui ed i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti - diretti ed indiretti - sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività"*. Si giunge a quella della O.M.S. del 1985: *"L'E.S. è l'insieme degli interventi di informazione, educazione e formazione che sono rivolti a sviluppare stili di vita che promuovono la salute e di comportamenti positivi nei riguardi della salute sia a livello individuale che comunitario"*.

Quale analisi le varie definizioni di educazione sanitaria permettono del fenomeno dipendenza e delle azioni di contrasto ad essa? La prima definizione citata di educazione sanitaria (OMS 1954) fa riferimento a un'azione che non sia imposizione di norme dall'esterno ma permetta la

1. L'uso delle virgolette indica che le citazioni sono testi tratti integralmente dalle fonti citate.

scoperta, da parte di ciascun individuo della collettività, di un bisogno di salute che va sostenuto perché non è per niente ovvio che si mantenga attivo spontaneamente. Una simile impostazione comporta che ogni azione repressiva, per quanto ritenuta razionale, introduca ostacoli alla responsabilizzazione rispetto a obiettivi di salute. Con ciò si troveranno condannate tutte le politiche aggressive nei confronti delle persone che si trovano in stato di dipendenza da sostanze. Cosa aggiunge a questo la seconda definizione citata (Seppilli 1970)? Almeno due elementi: il primo è che l'educazione sanitaria, come ogni lavoro educativo, richiede una comunicazione interpersonale, cioè un'interazione in presenza, con tutte le complicazioni, ma anche con tutti i vantaggi e la forza, che una relazione comporta; il secondo è che la definizione di salute si arricchisce dell'articolazione salute fisica-salute psichica, sottolineando una componente, la salute psichica, che nel campo delle dipendenze è centrale. La terza definizione (OMS 1985) introduce il riferimento agli "stili di vita e comportamenti positivi" che forse mai, come nel caso delle dipendenze, sono in evidenza, nella loro problematicità, in modo così drammatico.

Educazione sanitaria e comunicazione

Accanto a queste specificazione, uno degli elementi comuni che troviamo in queste definizioni è l'attenzione posta su una comunicazione efficace, responsabilizzante perché formativa e non solo informativa, il cui contenuto è la salute e non la malattia, a sostegno di un'etica che dia valore ai veri bisogni e interessi non solo dei singoli ma anche degli insiemi umani.

"Un'informazione precisa e approfondita è uno degli elementi di base dell'azione educativa, anche se non è elemento sufficiente, date le implicazioni psicologiche e culturali che influiscono sull'acquisizione di atteggiamenti e comportamenti. Si debbono preliminarmente realizzare alcune condizioni che permettano al messaggio di essere accettato dal destinatario. Bisogna evitare i motivi negativi, minacciosi, per sollecitare alla lotta contro le malattie (vedi ad esempio la propaganda contro il fumo che associa bare, morti, crea ansia e provoca reazioni di fuga, di rifiuto del messaggio) ed utilizzare un approccio positivo, costruttivo, che soddisfi le aspirazioni dell'individuo e del gruppo. Tali ostacoli, o resistenze, devono essere analizzati e poi superati tramite la discussione". "Elemento indispensabile di questo processo è la partecipazione, che va intesa come coinvolgimento del destinatario in ogni fase, dall'individuazione dei problemi e dei fattori sociali e culturali che influiscono sulla salute, alla identificazione delle cose da fare. La partecipazione è infatti l'elemento determinante per suscitare interesse e impegnare all'azione". Porre il *focus* dell'educazione sulle resistenze al cambiamento comporta andare aldilà dell'offerta di informazioni scientifiche di ordine sostanzialmente medico; significa affrontare tipi di analisi inabituali, come quella antropologica e quella psicologica. Ma non è solo una apertura necessaria; è anche un'esposizione obbligata per far fronte, e porre limiti, alle pressioni esercitate sull'antropologia e sulla psicologia, per ottenere spiegazioni, interpretazioni e soluzioni definitive dei problemi connessi alle dipendenze; si tratta del frutto di un'attenzione superficiale, di maniera, e di moda tesa a trasformare psicologi, psichiatri e antropologi in tuttologi di breve

fortuna.

“Una domanda così costante è incline a perdonare e dimenticare gli insuccessi di molte risposte parziali o evasive o magari superate... Spesso i sociologi e gli antropologi più coscienti o - se si preferisce - più prudenti, rispondono a questa domanda confessando che i problemi connessi all'abuso di droga sono troppo complessi e diversificati perché le scienze sociali possano offrire una soluzione univoca, semplice e definitiva” (2).

Antropologia culturale e dipendenze

Innanzitutto gli aspetti socio culturali partendo dall'assunto che è necessario “riconoscere alla droga e al suo consumo il carattere di storicità e allo stesso tempo di coerenza con il funzionamento normale della società che il senso comune volentieri tende a negare”.

“Non c'è dubbio che una grande maggioranza di persone ha una conoscenza fortemente stereotipata delle sostanze e dei consumatori, pesantemente subalterna alla distinzione giuridica tra sostanze legali e illegali. Spesso non sono considerate droghe sostanze che come l'alcol, il tabacco o gli psicofarmaci sono molto pericolose per l'organismo e possono provocare una forte dipendenza pur essendo consumate in regime di legalità e che, d'altra parte, c'è la tendenza ad appiattire in un unico giudizio di pericolosità ogni tipo di droghe illegali. Va posto l'impegno a non attribuire alle sostanze in quanto tali, legali o illegali che siano, caratteristiche che appartengono invece alla interazione, socialmente determinata, tra sostanza, individuo e contesto: pensare, ad esempio, a droghe in assoluto innocue o pericolose, o capaci di favorire la criminalità, o di distruggere l'individuo o, al contrario, di aumentarne la sensibilità e la creatività”. L'attenzione è rivolta innanzi tutto alle modalità e condizioni del consumo:

“Certamente esistono ancora oggi momenti e occasioni di consumo collettivo e in qualche modo ritualizzati (ciò che, nella nostra società, riguarda soprattutto le bevande alcoliche), ma quello che caratterizza attualmente l'insieme delle modalità più diffuse di consumo delle sostanze, sia legali che illegali, è l'assenza di un rapporto specifico e vincolante con una ritualità condivisa e socialmente prescritta in grado di controllarne e circoscriverne l'uso. Via via che l'assunzione delle sostanze diventa sempre più un fatto individuale o addirittura solitario, e si svincola dagli obblighi di una sequenza preordinata e legittimata di occasioni culturalmente codificate, il consumo si avvia a rispondere esclusivamente alle cadenze suggerite dalla propensione individuale, o dall'intensità della dipendenza, o dalle pressioni del mercato. L'eroina, il tabacco e gli psicofarmaci si prestano bene a esemplificare questa tendenza. In più è noto che oggi il consumo intensivo di una qualche sostanza psicotropa (ma in particolare dell'eroina) si associa spesso con il consumo di altre sostanze, tanto che per molti individui appare più giusto parlare di politossicodipendenza: non è infrequente, cioè, che eroina, psicofarmaci, tabacco o alcol facciano parte del corredo di supporti chimici con cui il tossicodipendente attraversa le proprie giornate. Questo modello di consumo, apparentemente abnorme o indecifrabile, in realtà non fa che rappresentare, in modo certamente esagerato ed esasperato, quello che è il mo-

dello normale di consumo nelle società industrializzate, efficacemente definite *drug – oriented*. È importante ricordare che la principale condizione oggettiva su cui si promuove la diffusione delle tossicodipendenze è la presenza di un mercato della droga, sostenuto da un intreccio, molto articolato, di interessi di ordine economico e politico. Mercato legale e mercato illegale, pur separati da evidenti e profonde differenze, rispondono alla medesima logica del vendere il più possibile per realizzare il massimo profitto, offrono alle persone i propri prodotti suggerendone ogni possibile modalità d'uso, li propongono come soluzione a una gamma molto vasta di problemi e di bisogni.

Ogni analisi del fenomeno dell'abuso di sostanze nocive, specie di quelle legali, rischia di essere soffocata se non si confronta con questo dato, tanto ovvio quanto basilare: e cioè che il problema non è quello di opporre difese e protezioni a un nemico che dall'esterno minaccia da cittadella della temperanza e della moderazione, ma semmai quello di apprezzare conoscenze e comportamenti adeguati a una quotidianità che è già tutta scandita e contenuta dalle mille proposte, seduzioni e imposizioni, di un mercato che si dilata continuamente, indifferente alle ragioni del benessere, della salute e della stessa vita degli uomini".

"La logica della società dei consumi è omogenea alla logica che porta all'estensione delle dipendenze. Così come si offrono oggi all'ammirazione e all'appetito delle persone i consumi incidono pesantemente sulla sequenza bisogno-soddisfazione, almeno in due sensi: da una parte promettono di saturare immediatamente e senza residui l'intervallo tra desiderio e gratificazione (nel quale intervallo si esercita la capacità di volere e di agire del soggetto); dall'altra codificano con la propria presenza una serie, tendenzialmente inesauribile, di micro bisogni nei quali è incorporata la relativa soddisfazione rigidamente prefissata. Questo modo di appiattire il bisogno sull'oggetto prodotto per soddisfarlo, tende a ridurre la polivalenza del bisogno stesso e la sua potenzialità vitale e, liquidandone lo scarto con la realtà, lo riconsegna al soggetto immiserito e frantumato in tanti piccoli e innocui appetiti modellati sugli oggetti. In questo modo si generalizza una concezione del piacere inteso come assenza di tensione, come garanzia di gratificazione immediata, come elenco inesauribile di regali dovuti, come messa al bando di ogni fatica."

"Una diffusa crisi di identità, sia degli individui che dei gruppi sociali, è ormai diventato un luogo comune frequentemente chiamato in causa per caratterizzare uno degli aspetti della crisi attuale. Appartenenze familiari e di gruppo, che fino a poco fa sembravano indiscutibili, tendono a perdere di significato nella coscienza di molte persone, che in tal modo si sentono sospinte a intraprendere un viaggio pieno di incertezze alla ricerca della propria identità".

"Il mercato mette in mostra uno smisurato campionario di prodotti per mezzo dei quali ciascuno può immaginare di comperare un'identità vacillante per il progressivo indebolimento della rete di rapporti sociali stabili e certi sui quali fino a poco tempo fa si fondava. La produzione per il consumo di massa non esclude, anzi impone, la finzione della personalizzazione. Basta osservare, anche distrattamente, la gran parte dei messaggi pubblicitari: essi ci parlano dei

prodotti come si fossero stati fatti proprio per noi e per il nostro benessere, per soddisfare il nostro gusto esclusivo e raffinato. Non a caso la pubblicità inventa improbabili élite alle quali invita ad appartenere con il semplice gesto dell'acquisto di una merce. È grazie a questo genere di dinamica che si puntellano identità fluttuanti e che gruppi di giovani, ma anche di adulti, si costituiscono e si definiscono sulla base di un consumo privilegiato qualsiasi: un tipo di musica, un tipo di moto, un tipo di abbigliamento, un tipo di locale alternativo, un tipo di vacanza, o anche un tipo di droga”.

Psicologia e dipendenze

La seconda prospettiva aperta dal Corso si costruisce attraverso la microanalisi dell'attività mentale: la metodologia dell'approccio psicologico suggerisce le strategie necessarie alla comprensione del fenomeno dell'uso delle sostanze, alla ricerca delle motivazioni dell'abuso per individuare i bisogni che questi comportamenti soddisfano. La domanda sottesa è quanto un approccio alla persona e alla relazione interpersonale faciliti un accesso alle dipendenze, tale da rendere più efficace l'intervento. La prima riflessione è che bisogna fare i conti con la normalità dell'incontro tra giovani generazioni e sostanze tossiche, anche con quelle che provocano dipendenza.

“L'assunto è che l'uso di sostanze illegali è un fenomeno di massa, un'esperienza inevitabile, pericolosa ma non necessariamente distruttiva. Il buon senso suggerisce che il compito fondamentale sia quello di impedire che da questa esperienza i ragazzi vengano danneggiati. Lo stesso buon senso, dopo che emozione e raccapriccio siano stati superati, parimenti suggerisce di porsi di fronte al fenomeno nel suo complesso. Negli ultimi anni i diversi tentativi di semplificazione dei fenomeni sono risultati fallimentari e hanno nuociuto ad una impostazione corretta dei problemi: così i tentativi di considerare semplicemente l'uso di sostanze illegali come un comportamento criminale o come il segno di un disturbo mentale hanno mostrato la loro natura di ipersemplificazioni estremamente dannose. È ugualmente pericoloso alimentare illusioni intorno a un rimedio definitivo efficace per risolvere il problema: ad esempio l'illusione che la distribuzione di metadone risolva più problemi di quanti ne crei” (3).

Innanzitutto le suggestioni del linguaggio:

“Parole come *droga*, *stupefacenti*, *tossicodipendente*, hanno uno scarso contenuto informativo ma un alto contenuto emotivo. Evocano immagini di distruzione e di morte ed una rete diabolica di distribuzione che, nelle mani della malavita organizzata, semina la morte. Ma tutto ciò non ci dice nulla sul singolo caso. Per questo tali termini andrebbero abbandonati e sostituiti con altri che posseggano un significato più preciso e che permettano di distinguere gruppi di fenomeni simili ma non identici. La prima distinzione, al fine di una comprensione del fenomeno, riguarda i rapporti che il consumatore si stabilisce con le sostanze usate. Innanzitutto dobbiamo sfatare alcune idee che sono abbastanza diffuse. La prima è che basti provare, anche per una sola volta, certe sostanze (come l'eroina) per essere travolti e avviati necessariamente a

una carriera di tossicodipendente. La seconda idea è che esista una inevitabile corsa attraverso tutte le sostanze stupefacenti, passando dalle più leggere alle più pesanti. La terza idea è che le sostanze illegali siano le più pericolose, trascurando il fatto che molte altre sostanze, disponibili legalmente, lo sono anch'esse."

"Dobbiamo notare che, anche a partire da motivazione inizialmente legittime (ad esempio il bisogno di psicofarmaci per far fronte a disturbi mentali o l'uso alimentare del vino), vengono introdotte per l'accesso a queste sostanze nuove finalità che sono incompatibili, se perseguite a lungo, con il mantenimento di uno stato di salute".

Riguardo agli atteggiamenti di contrasto alle dipendenze viene detto che stigmatizzare le sostanze piuttosto che le modalità con cui sono usate non porta da nessuna parte. Esistono profonde differenze, dal punto di vista delle conseguenze, tra l'uso voluttuario saltuario, l'uso abituale, l'abuso.

Una volta sgombrato il campo dai pregiudizi e dalle false conoscenze è possibile rendere disponibile una immagine più articolata delle vite con cui ci confrontiamo in caso di abuso di sostanze: solo cogliendone gli elementi caratteristici sarà possibile stabilire un contatto che non sia vissuto come aggressivo, giudicante o burocratico.

La prima delle caratteristiche dell'esperienza di un soggetto che fa ricorso sistematico e di lunga durata a una o (in genere) a più sostanze, è che egli sente questo ricorso come inevitabile e fuori di ogni possibilità di limitazione; in tali circostanze la sua esperienza fisica e mentale si colloca al di fuori dell'esperienza quotidiana abituale.

"L'uso compulsivo di sostanze diventa evento centrale della vita di tutti i giorni con la conseguenza che molto tempo e molte energie sono impiegati per procurarsele; i contatti personali avvengono prevalentemente con altri consumatori, in quanto questi sono necessari per assicurare il rifornimento e sono anche gli unici in grado di accettare fino in fondo questa passione e interessati a scambiare conoscenze in merito. Si è parlato del drogarsi come un procurarsi un'esperienza piacevole, ma occorre intendersi su cosa significhi piacere. L'esperienza viene in genere vissuta come forte e interessante, ma non necessariamente piacevole. Essa si distingue da tutto il resto che appare vuoto e noioso. L'assunzione della sostanza ed i suoi effetti costituiscono l'esperienza cosciente più importante, un'esperienza il cui prevalere mette in sordina ampi settori della vita mentale. Tutti gli altri problemi quotidiani ricevono risposte semplificate e automatizzate. In particolare ricevono soluzioni superficiali problemi di identità personale, di rapporto interpersonale".

"D'altra parte anche i problemi di progettazione del proprio futuro vengono accantonati: è negata la necessità di cambiare vita e, mediante la ripetizione delle esperienze tutte uguali, viene negato lo stesso scorrere del tempo come fondamento della storia. Tutti i processi che abbiamo descritto possono essere riassunti, da un punto di vista di teoria psicologica, come un blocco dell'accesso all'apparato mentale: viene bloccato il suo autonomo manifestarsi in pensieri, sentimenti, speranze, ma anche in disperazione e angoscia".

“Dobbiamo considerare l'abuso di sostanze come uno stato eccezionale e, soprattutto, transitorio, che, in molti casi, può regredire spontaneamente, cioè senza interventi medici o psichiatrici. Ciò può avvenire in connessione con modificazioni intervenute nel destino del soggetto a causa di avvenimenti importanti”.

Ci sono due condizioni che possono rendere questo stato lungo o indefinito. Uno di tali fattori è la dipendenza fisica, per quelle sostanze che hanno la proprietà di crearla; l'altro è la criminalizzazione del comportamento del tossicodipendente, legata spesso al ruolo di spacciatore che quasi automaticamente viene ad assumere il consumatore; il terzo fattore è l'appartenenza a un gruppo che fonda la propria solidarietà su una cultura della droga e si trova accerchiato in una società che lo isola.

Dobbiamo anche ricordare che in alcuni casi l'abuso è sintomatico di un grave disturbo della personalità: accanto ai sintomi provocati dalle sostanze si trovano cioè altri sintomi psichici indicativi di una sofferenza mentale che precede l'abuso e non è, come potrebbe apparire ad un osservatore superficiale, conseguenza dell'abuso. In questi casi l'abuso può presentarsi come un tentativo di limitare una sofferenza mentale divenuta insopportabile, un tentativo quindi di autoterapia.

L'illustrazione di questa complessità, finalizzata a evitare di confondere le cause con gli effetti, e a considerare stabile e irreversibile ciò che non lo è, indica le difficoltà di comprensione che è inevitabile provare a contatto di una persona con queste caratteristiche. Perciò:

“Porsi in atteggiamento di comprensione significa smontare la *maschera del tossicomane*, in quanto questa costituisce l'ostacolo maggiore a un rapporto significativo. I tratti negativi che costituiscono tale maschera sono soprattutto correlati alle condizioni esterne di vita, piuttosto che alla specifica situazione di dipendenza da un farmaco. È il risultato di una regressione, reazione alle condizioni di insicurezza, instabilità, debolezza, minaccia in cui soggetto si trova a vivere. Quando noi descriviamo tale regressione in termini di infantilismo, non affidabilità, reazioni emotive a corto-circuito, dovremmo badare a non intendere tutto ciò come tratti stabili della personalità e quindi a non parlare di personalità immature, isteriche. È sotto questa maschera che dovremmo fare lo sforzo di riconoscere quello che c'è di personale nella vita del singolo, anche se è presente in forma di speranze o desideri frammentati. Molti dicono di aver fatto questo sforzo e di aver fallito ugualmente. Bisogna riconoscere che non è facile inseguire un soggetto che fugge; occorre almeno sospettare che fugga alla ricerca di condizioni che gli permettano di sottrarsi alla sofferenza che deriva dalla colpa e dalla confusione. Tali condizioni vengono spesso trovate in un gruppo di pari piuttosto che nella relazione con un adulto, anche perché non è facile trovare adulti costanti nell'accoglienza e credibili nelle promesse. La non credibilità degli adulti costituisce uno degli ostacoli supplementari alla comunicazione; poi, di fronte al fallimento dell'offerta, scatta il sistema punitivo-intimidatorio nei confronti del tossicomane. Ma neppure questo tipo di interventi risulta efficace e ciò perché la sofferenza viene dall'interno e non può essere contenuta da interventi che limitino la libertà del soggetto.

Anzi la punizione viene vissuta come persecuzione, viene cioè trattata al fine di identificare un nemico a cui attribuire ogni colpa”.

È questo uno dei tanti circoli viziosi che troviamo nella carriera del tossicomane, che contribuiscono a stabilizzare l'abuso una volta che si è instaurato, rendendolo indipendente dalle condizioni che l'hanno avviato. Come prima conseguenza di tale omogeneizzazione la natura del punto di avvio è difficilmente identificabile. Corriamo il rischio di ricostruirla a partire da indizi insufficienti, attribuendo alla storia del singolo un evento o una situazione che abbiamo valorizzato in altri casi. Volta a volta diamo rilievo a ad una o all'altra circostanza scegliendo tra: “regressione in relazione a una frustrazione; esperienza di comportamenti abbandonici da parte di una figura fondamentale nella vita del soggetto; precedenti fallimenti di rapporti interpersonali in condizioni di bisogno e di sofferenza; isolamento sociale; disponibilità di una sostanza psicoattiva in grado di interrompere una sequenza vissuta come insopportabilmente dolorosa”.

“Non basta uno di questi elementi a determinare l'abuso ma occorre la convergenza di una molteplicità di essi. La convergenza, nella storia di un individuo, sarà più o meno probabile in relazione alle vicende personali, ai luoghi di vita, alle circostanze culturali e sociali.”

“Nell'età evolutiva esistono casi di maggiore rischio psicologico: sono legati al fatto che si tratta di un periodo in cui avvengono maggiori trasformazioni del soggetto e del suo destino. Le fasi di rischio sono caratterizzate, prima che da una maturazione biologica e psicologica, dall'instaurarsi di nuovi rapporti personali, o dal fallimento in questo compito. La rottura dei legami con individui di una diversa generazione costituisce sempre un evento estremamente drammatico e fonte di notevole pericolo. La rottura del legame con i propri genitori costituisce fonte di rischio psicopatologico sia per i figli che per i genitori. Il problema della responsabilità di queste rotture non può essere facilmente risolto attribuendole a una sola delle parti. Per capire questo è necessario rendersi conto che esiste una solidarietà profonda tra generazioni ed ogni mancato riconoscimento della generazione successiva è legato ad una distorta percezione di sé da parte dei membri della generazione precedente. Così il mancato riconoscimento dell'adolescente da parte dell'adulto è proporzionale all'attribuzione all'adolescente di aspetti di sé che l'adulto non può accettare. Da questa osservazione fenomenologica deriva una deduzione genetica: l'adolescente realizza parti del mondo degli adulti che l'hanno educato e soprattutto quelle parti che gli adulti non possono ammettere che appartengano loro. Questa ipotesi a implicazioni pratiche importanti. Agli adulti non può essere richiesto solo di essere informati sugli adolescenti ma è richiesto anche, e soprattutto, di superare gli ostacoli che impediscono di riconoscerli e riconoscersi in essi”.

Caratteristiche del corso

Ho cercato fino ad ora di recuperare due letture delle dipendenze, una antropologica, l'altra psicologica, e di renderle più facilmente accessibili ad un lettore di oggi, al fine di facilitare un

confronto tra quanto allora veniva detto secondo queste due prospettive, con quanto viene detto oggi. Essendo personalmente coinvolto nella resurrezione dei discorsi del 1986 lascerò ad altri valutare se siano impostazioni superate dallo sviluppo attuale delle conoscenze o contengano qualcosa di ancora valido. Solo nella parte finale del lavoro accennerò a un confronto con testi più recenti. Ma non vorrei concludere senza aver riferito su alcune caratteristiche del corso che lo qualificano. C'era stato l'impegno a coinvolgere tutti gli operatori della scuola con un lavoro educativo all'insegna del diritto-dovere salute per affrontare, in un orizzonte adeguato, il problema delle farmaco dipendenze senza atteggiamenti allarmistici né inutilmente specialistici. L'ipotesi di fondo era che, liberandoli dai pregiudizi nei confronti dei tossicodipendenti, gli insegnanti potessero, nella consuetudine quotidiana, rapportarsi ai giovani a rischio di uso e abuso di sostanze (che oramai sono quasi tutti) in modo da fornire un più adeguato e credibile appoggio: compito difficilissimo ma con lo stesso tipo di difficoltà che è già implicito in ogni lavoro educativo.

Costitutiva dell'Educazione sanitaria è l'idea che siano efficaci non tanto *input* puntiformi ma interventi sistematici, di lunga durata; quindi solo allargando la platea degli educatori si possa incidere non solo sulla diffusione delle informazioni necessarie ai singoli per determinare il proprio stato di salute ma, soprattutto, sugli stili di vita che lo influenzano. La scuola dell'obbligo costituisce un contesto di vita già stabilizzato, luogo quindi di interazione tra adulti e minori alle cui buone qualità - quando ci sono - possono essere affidate tematiche educative che vanno al di là di quelle previste dall'insegnamento curricolare.

Abbiamo a che fare con l'attuazione di una politica preventiva realizzata a monte, nell'ipotesi che gli interventi a valle siano tardivi e necessariamente limitati negli effetti. Per i primi si potrebbe parlare di prevenzione primaria, per i secondi solo di prevenzione secondaria e terziaria.

Prevenzione primaria

Ma è possibile una prevenzione primaria? Possiamo farci un'idea di quali siano le difficoltà che ne fanno un problema così complicato da affrontare in modo razionale? La questione merita di essere approfondita e lo farò con un'autocitazione (4).

“La difficoltà e il malessere che accompagnano la discussione di questo tema, ma anche la curiosità e la paura che esso suscita, ce lo rivelano come un problema *segnale*: il problema della tossicodipendenza è uno di quelli che suggeriscono dubbi sulla bontà della nostra cultura, mettono a repentaglio la validità del concetto stesso di progresso, l'idea che quella dove ci troviamo sia la parte giusta del mondo, che il nostro sia un modello di civiltà che permetta all'essenza dell'uomo di realizzarsi. Ci troviamo di fronte a una realtà che mette in scacco la storia in cui viviamo, che preannuncia una imminente catastrofe, un anno mille termine della storia.”

“Ci occupiamo qui dell'area giovanile: in essa l'età adolescenziale costituisce un periodo in cui è più facile incontrare le sostanze pericolose. La maggiore libertà di movimento, il bisogno di sperimentare un'autonomia crescente, la ricerca di un'identità attraverso tutte le strade dispo-

nibili, sono condizioni che facilitano l'incontro con il mondo della devianza, dello spaccio di droghe, della cultura della droga, degli ambienti in cui è normale l'uso di sostanze stupefacenti e psicostimolanti. Ma non è questa la prevalente fonte del rischio. Il rischio è dato dal fatto che le sostanze vengano usate per uscire da una situazione di sofferenza che, se emerge nell'adolescenza, non è necessariamente un prodotto dell'adolescenza. Forse ci chiediamo troppo spesso se un adolescente diventerà un tossicomane e troppo poco se un bambino in fasce diventerà un tossico. In un numero sufficientemente alto di casi troviamo una storia di disadattamento già molti anni prima della comparsa della tossicodipendenza. L'uso del termine disadattamento fa riferimento al fatto che sono mancate le opportunità necessarie a permettere un soddisfacente socializzazione e l'individuo ha incontrato ostacoli insuperabili per rendere significativa la propria esperienza. D'altra parte è noto che l'uscita dalla dipendenza è più difficile se mancano opportunità esterne e interne, se il soggetto appartiene a una classe svantaggiata o se non può far conto su un gruppo in grado di sostenerlo. In molte storie troviamo un curriculum scolastico burrascoso già dalle prime classi della scuola dell'obbligo, una vicenda familiare travagliata, una evoluzione personale dominata dalla provvisorietà e dall'insicurezza. Sfortunatamente i fattori di rischio così identificati sono generici e non c'è nessun elemento che specificamente sia correlato con la comparsa della tossicodipendenza. Infatti il disadattamento infantile è anche elemento causale di delinquenza giovanile e le condizioni socio-ambientali sfavorevoli agiscono su ogni aspetto del destino dell'uomo, condizionano la sua stessa sopravvivenza fisica: la mortalità infantile non è la stessa per le diverse classi sociali.

Questo ragionamento comporta una conclusione molto semplice: una politica di prevenzione radicale della tossicodipendenza richiederebbe una modificazione radicale della società in cui viviamo che non può essere prodotta dalla medicina e non possiamo pretendere sia il compito di un ufficio particolare per quanto specializzato.

Per esprimere in modo meno generico le mie opinioni vorrei farlo in forma di tesi.

La *prima* è che il problema della tossicodipendenza non ammette soluzioni semplici che siano anche efficaci. Sarebbe più lineare dire che non ne ammette affatto, ma forse sarebbe inutilmente radicale anche se sufficientemente realistico. Si può esprimerlo così: se uno vuole drogarsi non c'è modo di impedirglielo e se non vuole smettere non c'è niente da fare! Non esiste in nessuna parte del mondo un qualcosa (un farmaco o uno strumento) che abbia questo potere. La *seconda* tesi deriva immediatamente dalla prima. Se fallimento è si tratta di gestire il fallimento, senza cercare impossibili soluzioni perfette. Si daranno risposte parziali sapendo che sono tali e che non risolvono il problema nella sua globalità. Ci troviamo in una emergenza e diamo una risposta di emergenza. Impedire che il tossicodipendente finisca in galera, o muoia, significa aumentare le sue probabilità di guarire, ma non significa guarirlo. Emergenza e insuccesso: ecco gli ingredienti fondamentali di chi lavora con i tossicodipendenti.

La *terza* tesi è connessa alla natura composita della tossicodipendenza. Giacché essa non è riconducibile a un problema farmacologico, né a un problema di polizia, non possiamo ri-

mandare definitivamente a qualcuno il tossicodipendente, né al medico o all'ospedale, né allo psichiatra, né al poliziotto, come a specialisti in grado di risolverci l'essenza del problema. La psichiatrizzazione della dipendenza ha fallito non solo in quanto non ha mostrato di raggiungere gli obiettivi proposti ma in quanto si è evidenziato la falsità dell'impianto scientifico che era stato applicato: le categorie diagnostiche non si adattano alla comprensione dei pazienti più di quanto riuscissero a fare se applicate ai ricoverati degli ospedali psichiatrici. I tossicodipendenti sono stati "disintossicati", trattati con elettroshock, imbottiti di psicofarmaci, curati contro la loro volontà, e tutto ciò senza nessun apprezzabile risultato. Di per sé la tossicodipendenza è una risposta aspecifica a una molteplicità di motivazioni e di bisogni. L'universo dei tossicodipendenti ha le stesse probabilità di avere al proprio interno soggetti psichicamente disturbati di quanto ne abbia il resto della popolazione non tossicodipendente.

Non possiamo evitare di confrontarci personalmente con la serietà del problema. Il che significa prendere sul serio il tossicodipendente considerandolo per quello che è e non per quello che vorremmo fosse.

La *quarta* tesi è che, a partire da questa esperienza personale, sia possibile sviluppare una strategia basata sulla solidarietà. Il che indica un cammino faticoso a percorrersi, in compagnia del soggetto di cui ci occupiamo. La prima condizione è astenersi dal giudizio. L'espressione "astenersi dal giudizio" è approssimata e sembra suggerire che si debba trasformare il giudizio negativo in positivo e dare una valutazione idilliaca della dipendenza per assumere un atteggiamento incoraggiante. La questione è un'altra e consiste nel non credere nel demonio (che sarebbe la traduzione del "non demonizzare il soggetto dipendente"): non identificarlo come portatore dell'essenza del male. Non credere più al diavolo significa fare un primo passo per superare l'estraneità, senza stare a difendere cose la cui difesa non dipende da noi: la vita, la famiglia, la medicina, la scuola. Se noi vediamo il tossicodipendente come il diavolo, ci sembrerà che egli esprima disprezzo per tutto ciò. Se noi riusciamo a porci in ascolto della sua voce forse cogliamo che egli esprime solo la propria percezione che tutto ciò è effimero, che deve cambiare, che ormai è più fonte di sofferenza che di gioia.

Non ho difficoltà a riconoscere "l'ingenuità" di questo discorso che vedeva in un atteggiamento comprensivo una forza quasi salvifica. A mia giustificazione vorrei ricordare che tale ingenuità era figlia di una stagione di grandi speranze su un futuro migliore, ma anche di grandi scoperte sulla forza e creatività dei legami tra gli uomini. Ora non vorrei che la critica che facciamo di quelle speranze, bollandole come illusioni, ci facesse dimenticare le grandi scoperte sul potere curativo della relazione personale; al quale potere si abbina un altro pregio: abbiamo avuto a disposizione uno strumento conoscitivo inedito per approfondire la soggettività umana, salvandola dalla categoria di cascame inaffidabile cui la condanna una scienza psicologica falsamente oggettivante.

E oggi quali nodi sono da sciogliere?

Dopo questa immersione in un lontano passato ora, per tornare al presente citerò un documento molto più recente, in cui si riprende il tema delle dipendenze e sono elencati gli ostacoli costitutivi di una politica di prevenzione (5).

L'assunto dell'articolo è che, prima di rilanciare una progettualità, occorra sciogliere alcuni nodi che sono descritti in forma di otto dilemmi. È un elenco di alternative non risolte, che a me sembrano difficilmente risolvibili se abbiamo la speranza di farlo con il puro riferimento a dati di fatto. Mi limiterò a riassumerli.

Primo dilemma: promuovere la salute o prevenire i rischi?

La critica al primo termine del dilemma, che si presenta come un obiettivo ragionevole, è che si allarghi troppo il campo, facendo riferimento a concetti dai contorni vaghi, con ciò mettendo da parte le specialità necessarie per affrontare le singole dipendenze. Allora bisognerebbe scegliere il secondo termine? No, perché c'è in atto una moltiplicazione infinita delle nicchie di dipendenza e sarebbe inevitabile trascurarne alcune.

Secondo dilemma: le modalità di approccio ad una prevenzione appartengono all'ambito sanitario o a quello delle discipline pedagogiche, psico-sociali e/o dell'animazione socioculturale?

Seguendo il primo termine, quello sanitario, ragioniamo sui fattori di rischio e di protezione. Nel secondo caso invece l'accentuazione e l'attenzione ai fattori contestuali e situazionali è spesso il perno dell'intervento.

Terzo dilemma: occorre domandarsi se siano le *evidenze* l'ancoraggio per impostare percorsi di prevenzione o se siano preferibili strade più legate alla ricerca-azione, all'animazione socio-culturale, alla psicologia di comunità.

Da una parte l'oggettivo, dall'altra il soggettivo; da una parte il rinforzare, attraverso esercizi specifici, quelli che sono ritenuti i fattori protettivi; dall'altra il riferimento a teorie e modelli indirizzati a sviluppare coscientizzazione e partecipazione: il laboratorio e la strada, la statistica e l'etnologia, il quantitativo e qualitativo.

Quarto dilemma: informare in modo corretto o contestualizzato?

Che l'informazione sia di per sé sufficiente a fungere da deterrente all'uso di sostanze e a promuovere stili di vita salutari è ormai una illusione alla quale nessuno crede più. D'altra parte prevenire il rischio richiede di comprendere e mettere in crisi le ragioni che stanno alla base delle scelte rischiose.

Quinto dilemma: esiste una prevenzione 2.0?

La *rete* è fonte di informazioni distorte e di inviti pericolosi, ma anche condizione di rapidità di contatto e di informazione corretta. Accelera i processi su entrambi i versanti.

Sesto dilemma: intervenire prima o dopo l'incontro con le sostanze?

Vi è chi sostiene la necessità di intervenire prima e chi sottolinea i rischi di anticipare troppo gli interventi. I primi rilevano: intervenire quando le cose sono avvenute o stanno avvenendo non rischia di essere tardivo? I secondi obiettano: ma intervenire prima non rischia di creare

attenzione e interesse riguardo le sostanze e quindi attribuire loro un'attrattiva che altrimenti non avrebbero, almeno così precocemente?

Settimo dilemma: chi deve intervenire?

L'insegnante? L'esperto esterno? Un esperto atipico: l'ex-tossico, il prete, il medico, il poliziotto, il testimonial famoso, il pari?

Ottavo dilemma: lavorare sul piano psicologico o strutturale?

Il rischio del primo tipo di approccio sarebbe la colpevolizzazione dell'individuo, in una prospettiva in cui i problemi sociali si trasformano in problemi delle persone e i problemi politici in problemi di carattere o di personalità. Ma lavorare solo sul piano strutturale, quello che attiene al *welfare*, alle disuguaglianze sociali, all'organizzazione sanitaria, alle politiche per i giovani, le famiglie, il lavoro, quando venga fatto solo per i giovani a rischio di dipendenza non comporterebbe una loro discriminazione aggravandone la marginalità?

Le conclusioni dell'articolo citato si sostanziano di riferimenti alla letteratura specialistica degli ultimi 15 anni e acquistano spessore grazie alle citazioni dei classici della pedagogia d'avanguardia, cercando così di creare un nuovo equilibrio tra scienze della natura e scienze umane, che più volte è andato perduto, e su questa base ipotizzare un modo più efficace di affrontare le dipendenze.

Trenta anni dopo

Quanto a me devo dire che sono stato colpito dall'assonanza di questi dilemmi con alcuni testi tratti dal corso di Perugia del 1986 e dal mio articolo del 1981: coincidono la constatazione della complessità degli approcci necessari a far fronte al fenomeno delle dipendenze, già allora molto alta, e oggi ancora maggiore, e l'allarme legato alla difficoltà di tenere sotto controllo tutte le variabili che concorrono a questa complessità. Si potrebbe concludere che le difficoltà sono sempre le stesse e fonte di incertezze simili e, certamente, causa di profonde insoddisfazioni. Ma sarebbe in errore chi vedesse in questo mio giudizio l'espressione di una delusione. Innanzi tutto vorrei sottolineare che, nonostante tutte le sconfitte registrate, c'è ancora tensione morale e entusiasmo nel riproporre nuovi tentativi e questo non è consolazione da poco in un mondo la cui credibilità si affida più alla propaganda che alla verità. Di fronte ai segni di un costante scacco si potrebbe citare, se non fosse oramai un'espressione abusata, il "pessimismo della ragione e l'ottimismo della volontà" di gramsciana memoria.

Ma se prendiamo sul serio queste somiglianze ci dobbiamo chiedere che cosa c'è che non va se si scoprono sempre le stesse cose e sembra sempre che sia la prima volta, dopo la quale niente dovrebbe più andare come è andato fino ad ora.

In prima approssimazione dovremmo dire che lo scandalo della scoperta è un evento emotivo e non cognitivo: porta cioè con sé solo l'esigenza di elaborare la ferita che ci siamo procurati. Ci sono tanti modi per farlo:

- rimandare a un tempo migliore la soluzione del problema;

- fare qualcosa purché si faccia e si faccia subito;
- scoprire che ci sono tanti problemi altrettanto seri e rassegnarsi;
- prendersela con il sistema educativo o con la pessima organizzazione dei servizi che sterilizzano ogni speranza di innovazione.

Accanto a queste vie d'uscita, che non lasciano molto spazio all'operatività, vorrei segnalare un'altra che nasce dal constatare che è impossibile affidarsi unicamente al progresso scientifico perché ci si trova, prima di riuscire a far riferimento a prove certe ed a evidenze condivise, a confrontarsi, come è avvenuto in questi anni, con posizioni ideologiche contrastanti. In particolare ci vengono proposti due opposti estremismi, quello che è caratterizzato da un incitamento alla repressione e quello che predica una tolleranza passiva. Ora va detto che non è possibile uscire da questa dialettica con un atto di volontà ma occorre continuare a lottare contro le ideologie, ricercando nella scienza un sostegno all'impegno politico. Ancora una volta il motto deve essere: "azioni politicamente ispirate e tecnicamente corrette".

D'altra parte sembra di poter concludere, a partire dall'analisi dell'antico programma di prevenzione delle farmacodipendenze del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università di Perugia, che questa è la natura *dell'educazione sanitaria*, grazie proprio alla sua anima politica, senza la quale essa diventa predicatrice di speranze e portatrice di illusioni. Senza questa politicità l'educazione, ogni educazione, diventerebbe un compito impossibile. Già Freud ci avvertiva che esistono tre compiti impossibili: educare, curare e governare; egli lo diceva a partire da una riflessione sulle difficoltà della cura psicologica e l'estendeva alle altre due attività che condividono con essa il confronto degli uomini tra loro e con gli ostacoli della realtà.

Ma, potremmo aggiungere, a parziale modifica di questo giudizio, con una nota avventurosamente ottimistica, che i tre compiti forse diventano meno impossibili se li concepiamo nei loro reciproci rapporti e facciamo di questi rapporti qualcosa di necessario, rifuggendo comunque dal separare l'educazione dalla politica e dalle pratiche di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Monarca S, Modolo MA, Bartoli P, Scotti F. Parte prima: le conoscenze di base. Monarca S, Modolo MA a cura di. Parte seconda: i programmi didattici. In: a cura di Regione dell'Umbria, Assessorato alla Sanità e ai Servizi sociali. Centro sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli studi di Perugia La prevenzione delle farmacodipendenze. Perugia: Grafica Salvi; 1986.
2. Bartoli P. Aspetti socioculturali. In: a cura di Regione dell'Umbria, Assessorato alla Sanità e ai Servizi sociali e Centro sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli studi di Perugia La prevenzione delle farmacodipendenze. Perugia: Grafica Salvi; 1986 pp. 121-137.
3. Scotti F. Aspetti psicologici. In: a cura di Regione dell'Umbria, Assessorato alla Sanità e ai Servizi sociali e Centro sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli studi di Perugia La prevenzione delle farmacodipendenze. Perugia: Grafica Salvi; 1986 pp. 129-137.
4. Scotti F. L'area giovanile come fascia a rischio per le tossico-dipendenze, nel Seminario di aggiornamento interdistrettuale provinciale su temi di educazione alla salute e prevenzione delle tossicodipendenze, promosso

dal Provveditorato agli studi di Ravenna in collaborazione con i Distretti scolastici di Ravenna, Lugo, Faenza e delle U.S.L. n. 35-36-37. Faenza ottobre 1981.

5. Croce M. Gli otto dilemmi della prevenzione. *Animazione Sociale* 2014 (279): 38-47.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno