

Educazione sanitaria e prevenzione delle dipendenze, un'alleanza virtuosa. A quali condizioni?

Health education and prevention of addictions: a virtuous alliance. At which conditions?

Francesco Scotti

Il tema "educazione sanitaria e prevenzione delle dipendenze" pone innanzi tutto una domanda: su che tipo di conoscenza i programmi di educazione sanitaria possono contare per impegnarsi in attività efficaci? Un discorso sulle fonti di conoscenza in questo campo – benché meritorio – rischierebbe di occupare tempi e spazi notevoli, a causa dell'estensione della letteratura internazionale disponibile; ma le difficoltà non sarebbero soltanto di ordine quantitativo, perché, soprattutto per quanto riguarda gli studi sociologici e antropologici, nonché quelli sulla contestualizzazione dei fenomeni di cui ci occupiamo rispetto ai sistemi di welfare e sanitari, ci sarebbero difficoltà per tradurre nel nostro contesto socio-culturale ciò che è stato fatto altrove. Quanto alle esperienze realizzate in Italia occorre confessare che, se abbiamo la pretesa di rispettare un'etica scientifica fondata sulle evidenze, una cultura della valutazione è qui più affermata che praticata. Ma, se ci accontentiamo di analisi più superficiali, alcuni elementi significativi ci si presentano con immediatezza.

Molteplicità dei problemi e frammentazione del campo operativo

Ci confrontiamo con una tendenza alla moltiplicazione di servizi dedicati alle diverse forme di dipendenza. Alle tradizionali categorie (alcol, tabacco, droghe leggere e droghe pesanti) altre continuamente se ne aggiungono che obbligano a conoscenze e strategie specifiche, con il rischio che questa moltiplicazione di prestazioni insegua in modo sempre più affannato, e quindi inadeguato, le novità. Va notato anche che il termine dipendenza ha visto ampliarsi a dismisura la propria applicazione, passando dal riferimento alle sostanze psicotrope ad altro, a molto d'altro: sentiamo parlare di dipendenza dal gioco, dal sesso, dal computer; e ancora di cleptomania, mania di collezionare i residui domestici, e così via. Nel campo delle teorie di riferimento assistiamo all'abbandono della teoria della devianza perché essa non è riuscita a dar ragione di un'ampia casistica costituita da soggetti caratterizzati da quella che, per vaga analogia con altri campi di indagine sociologica, potremmo chiamare "l'abuso di sostanze da parte dei colletti bianchi". Siamo quindi obbligati a prendere in esame i fenomeni di abuso "normale", che spesso coincidono con l'abuso necessitato da parte di lavoratori, del braccio e della mente, costretti a modificare attitudini e capacità, psichiche e fisiche, mediante sostanze psicotrope per adattarsi a condizioni che nuocciono al loro equilibrio fisico e mentale. Benché anche questi soggetti rischino di essere etichettati come delinquenti o come malati mentali essi tuttavia conservano una contrattualità e capacità di autodifesa maggiori dei "drogati" ordinari e si sottraggono all'etichetta di devianti; non hanno bisogno di assistenza sociale o di interventi sanitari speciali e semmai corrono il rischio di restare nascosti, ed evitare il ricorso a esperti, per non correre il rischio di etichettamento. Il tipo di informazioni e di supporto di cui hanno bisogno queste persone è diverso da quelli necessari ai soggetti che, con espressione poco scientifica ma certamente illuminante, possiamo definire "drogati classici".

Precocità della prevenzione e conoscenza del fenomeno

Un'azione preventiva, per essere efficace, dovrebbe essere messa in atto prima che il problema sia esploso nella sua massima drammaticità. Bisognerebbe intervenire sulla popolazione a rischio in anticipo, cioè in un periodo anteriore rispetto a quello in cui le strade che i singoli percorreranno si caratterizzano e si distinguono, e il destino di ciascuno si definisce in modo irreversibile. In questa situazione è difficile identificare obiettivi specifici, cioè correlati chiaramente con quello che accadrà e un intervento non focalizzato su obiettivi specifici rischia di essere generico, poco incisivo ed essendo il metodo dell'intervento precoce fondato sull'attribuzione di bisogni più che sul loro riconoscimento, qualche volta si ha l'impressione

che la sua efficacia sia legata a un impatto pressoché casuale con i bisogni reali di quelle persone. Per avere conoscenze più adeguate dovremmo fare lo sforzo di risalire lungo le storie delle persone che sono giunte alla dipendenza per identificare la situazione latente in cui vi era una condizione di rischio che non è stata riconosciuta. A chi fare ricorso per avere questo tipo di conoscenze che permettono di formulare programmi di Educazione sanitaria? Pensiamo innanzi tutto ai casi con situazione di dipendenza più grave, in cui i rischi sono legati non solo all'uso sistematico di sostanze psicotrope ma anche allo statuto di illegalità in cui vivono. Troviamo qui la maggiore incidenza di morti improvvise e la presenza di malattie infettive croniche. Questa descrizione fotografa i tipici utenti dei Ser.T. Non abbiamo certo a che fare con una popolazione omogenea perché in essa troviamo già, ad un'analisi superficiale, due gruppi distinti di utenti. In un gruppo riconosciamo, come antecedente alla dipendenza, un disagio sociale (miseria, marginalità, degrado ambientale). Accanto a questo, in un altro gruppo collochiamo situazioni in cui il disagio sociale è conseguente alla dipendenza: la difficoltà, per motivi economici, di procurarsi le sostanze favorisce il ricorso a vie illegali, furto, spaccio, prostituzione, con la conseguente deriva sociale. Sarà possibile estrarre, dal lavoro dei servizi che hanno questi utenti, una maggiore conoscenza del fenomeno, anche se non sono centri di ricerca giacché tutte le energie e le risorse sono dedicate alla cura? Proviamo a tradurre la domanda in quest'altra: è possibile utilizzare i servizi di territorio come servizi collocati in punti strategici della realtà molteplice delle dipendenze? Se così fosse avremmo un accesso privilegiato a conoscenze essenziali per costruire strategie di prevenzione che siano realistiche, non ideologiche, efficaci? La risposta immediata a queste domande, rivolte sia agli operatori dei Ser.T, che a ricercatori professionali, è abitualmente negativa: mancano le condizioni di tempo, di risorse, di competenze, per farlo. Spesso questa situazione di fatto viene tradotta in una questione di principio: non è compito dei Ser.T. fare ricerca; anzi, di più: l'impegno diretto nell'azione della cura è incompatibile con la ricerca che richiede un certo distacco dall'oggetto di indagine, una mancanza di responsabilità diretta nella gestione del caso, che incide sul destino di una persona; una neutralizzazione di ogni coinvolgimento emotivo, il che è impossibile nel lavoro sul campo; una programmazione della ricerca difficilmente compatibile con il pulsare delle emergenze tipico di un servizio impegnato anche nell'urgenza. Con la netta separazione, che scaturisce da queste affermazioni, tra funzioni operative e funzioni conoscitive, si perdono alcuni vantaggi: si perde l'apporto di chi è a contatto quotidiano, e per lungo periodo, con i dettagli di una vita oltre che con le caratteristiche cliniche del caso; si perde una buona quota di conoscenza qualitativa legata al fare e al saper fare. A questo sospetto aggiungiamo l'osservazione che un servizio che non custodisca al proprio interno un apparato conoscitivo e si aspetti che gli vengano dall'esterno gli input corrispondenti, sotto forma di aggiornamento, obiettivi stabiliti dagli esperti della programmazione, valutazioni, rischia di organizzare la propria pratica in forma routinaria e di perdere i punti di reperi necessari per orientarsi nelle scelte quotidiane: un sistema di autovalutazione e autoriflessione deve avere all'interno una fonte propria di alimentazione. A partire da queste due notazioni è possibile porre la domanda seguente: a quali condizioni devono rispondere i servizi per essere in grado di raccogliere una conoscenza utilizzabile in programmi di educazione sanitaria? In primo luogo occorre la presenza di un'alta motivazione di tutti i membri del gruppo di lavoro a non accontentarsi di quello che sanno o credono di sapere sulla propria pratica lavorativa. Perché proprio tutti i membri del gruppo? Perché, scaturendo le conoscenze dal contatto con ciascun utente, non si può sapere a priori quali siano i messaggi privilegiati, quelli che permettono una scoperta dei "segreti" più importanti: si tratta infatti di conoscenze non ovvie, di elementi ed eventi nascosti o comunque abitualmente trascurati. Non è noto in anticipo a chi saranno consegnati questi messaggi e in quali momenti dell'orario lavorativo saranno disponibili. I servizi per le dipendenze sanno quello che fanno? Ma questa eventualità esiste realmente, chiederanno i custodi degli organigrammi ben fatti, convinti che la conoscenza scenda dall'alto, come l'autorità, e l'informazione salga dal basso, ma dopo aver attraversato gli opportuni filtri? Di fronte alle perplessità espresse in questa forma non basta rispondere con un augurio o un invito. Per fortuna abbiamo a disposizione una ricerca che ci rende ottimisti. In *Cose (mai) viste* F. Olivetti Manoukian e collaboratori¹ narrano, all'interno di un progetto nazionale, "Analisi di modelli e di efficacia degli interventi psicosociali dei servizi pubblici"², il percorso

seguito, insieme ad operatori di Ser.T, per far emergere nella sua interezza il lavoro effettivamente svolto a favore degli utenti. L'originalità dell'impianto e la sua rigidità ne fanno uno studio che mantiene la sua utilità anche dopo più di dieci anni dalla pubblicazione. La strabiliante scoperta della ricerca è che una gran parte del lavoro svolto, soprattutto quello che non può ricadere nella categoria dello strettamente sanitario, non viene visto, neppure dagli stessi operatori – protagonisti dell'impresa. "Il lavoro sociale, lavoro psicologico ed educativo, lavoro che tocca ciò che esce dai binari di comportamenti le cui regole sono culturalmente fissate, ciò che blocca o interrompe le relazioni che le persone singole o i gruppi hanno tra loro e con le istituzioni, ed è ciò che induce e diffonde disagio, non è visto"³. Si tratta di attività che poi, a una riflessione ulteriore, si mostreranno essenziali per la comprensione delle situazioni e condizione di successo, e proprio questo lavoro viene sottovalutato, dimenticato, trascurato. "Quanto i servizi producono viene per lo più lasciato nell'ombra e, soprattutto, dato per scontato, probabilmente grazie al combinato agire di elaborazioni delle due matrici culturali presenti contemporaneamente nei servizi e reciprocamente escludentisi. La prima è la matrice del lavoro sociale come lavoro oblativo, come impegno personale teso ad alleviare il disagio, appartenente in qualche modo alla sfera privata e, benché meritevole di lode, difficilmente comunicabile al di fuori di ciò che accade nell'intensità della relazione interpersonale. La seconda è la matrice amministrativa, che porta a considerare degno di essere mostrato solo ciò che può essere rendicontato in un modo formale attraverso categorie e numeri, anche se in campo psico-sociale i numeri non possono che essere relativamente esigui e, soprattutto, fuorvianti"⁴. "Gli interventi psicosociali, socio-educativi e socio-assistenziali nei Ser.T costituiscono una realtà assai disomogenea. Il lavoro in questo specifico campo è stato infatti individuato e realizzato in gran parte per diretta iniziativa degli operatori a partire da preparazioni professionali di base eterogenee tra educatori e psicologi, tra infermieri, medici e assistenti sociali; anche entro una stessa professione, come ad esempio quella dello psicologo, si hanno competenze diverse se si è seguita una formazione comportamentistica, sistemica, psicoanalitica e così via. Spesso inoltre sono state messe a disposizione opportunità formative e supervisioni proposte da esperti in vari campi, che hanno contribuito ad arricchire, ma anche a diversificare, ulteriormente il quadro"⁵. La deduzione che questa disomogeneità sia legata alle caratteristiche, compresa l'inventività, di ciascun operatore, porta a una ulteriore sottovalutazione del lavoro psico sociale, che viene considerato imparentato con il gioco e l'intrattenimento piuttosto che orientato alla soluzione seria di problemi di vita e di convivenza. Tolta la serietà dell'azione anche le conoscenze che se ne traggono assumono l'etichetta della soggettività e della contingenza. Un'inversione di rotta è tuttavia possibile se consideriamo la questione non partendo dalla disponibilità e creatività dell'operatore (bravo, impegnato, umano, eccetera), ma dalla specificità dei problemi che emergono nelle situazioni in cui si manifesta una dipendenza. Con il termine specificità si intende smontare la vasta categoria omnicomprensiva del disagio, del degrado, della marginalità, per individuare elementi più discreti e distinguere carenze attuali da deprivazioni costitutive, socializzazione marginale da anomia; e, più in generale, quelle che sono caratteristiche ineliminabili, perché costitutive di un assetto sociale stabile, da quelle che sono effetti secondari di azioni reversibili, come l'ingresso in certi gruppi, esperienze criminali, difficoltà personali emotive. Non è questa la sede per un'analisi esaustiva della ricerca presa in esame. Essa è stata qui utilizzata per indicare le condizioni da cui dipende la validità delle conoscenze sul fenomeno dipendenza che i servizi possono darci. Alle condizioni già indicati altri due vanno aggiunte. La prima è che i servizi siano in grado di collegarsi "con i movimenti presenti nel contesto in cui operano, avere presenti le rappresentazioni che si diffondono rispetto alla tossicodipendenza e in generale alle situazioni di svantaggio sociale e alle risorse che si mobilitano"⁶. La seconda - aggiungiamo noi - è che non ci sia una conflittualità con altri servizi dedicati ad un'area limitrofa, o in parte sovrapponibile, di bisogni. Attualmente il conflitto contrappone Ser.T e CSM e la questione della doppia diagnosi, con ridondanti echi scientifici, ne è la prova e lo strumento.

Un sistema di “sensori” sul territorio?

In sintesi la rivoluzione possibile nei servizi è stata definita come il passaggio dal ruolo riparativo al ruolo di promozione e prevenzione. Quello che ci interessa in questa sede è affermare la possibilità di passare da un sistema di conoscenze necessarie alla cura, e che derivano dalla cura (secondo un circolo virtuoso tipico della scienza) a un sistema di conoscenze utili alla promozione e alla prevenzione. Si tratta di sfruttare una competenza che è applicata in un Ser.T quando questo lavora con i propri utenti, che sono pazienti, clienti indiretti, committenti, caregiver e, a volte, contendenti. La competenza, non rinunciabile, riguarda l'individuo come persona, la relazione terapeutica, il riconoscimento della soggettività, della gruppaltà e del condizionamento istituzionale di ciascun soggetto. Cosa vorremmo sapere in questi casi? Se ci siano ancora processi reversibili nella carriera di quel tossico dipendente, se nella sua vita ci siano ancora spazi liberi in cui rifugiarsi, su quali solidarietà possa contare, quale residua volontà di cambiamento sopravviva dietro una asserita determinazione di autodistruzione. Possiamo realisticamente rispondere a queste domande, per giungere a strategie di educazione sanitaria e di prevenzione, nell'attuale stato dei Ser.T? I Ser.T sono a contatto con fonti di informazioni atipiche che, per usare il linguaggio della etnografia, solo l'osservazione partecipe permette di valorizzare. Sarebbe difficile ottenerle con indagini di laboratorio o mediante inchieste perché è necessaria una lunga consuetudine tra indagato e indagatore, con una fiducia reciproca per ottenerle; in altre circostanze è necessaria la presenza dei pari per garantire il contatto con una persona difficile e, in questo compito, gli ex tossicodipendenti si sono dimostrati preziosi. Accanto a queste facilitazioni altre ne derivano da una pratica di riduzione del danno che non deve essere vista come l'accettazione di un fallimento ma come l'introduzione di modalità nuove di contatto e presa in carico. In particolare le unità di strada sono una originale apertura di presenza nel sociale che si estende dalla dipendenza ad altre forme di disagio. Sarebbe però frutto di un eccessivo ottimismo ignorare la forza paralizzante delle pressioni esercitate sui servizi per tossicodipendenti nell'Italia di oggi. Per citare ancora una volta F. Olivetti Manoukian: “Si chiede ai servizi di essere più efficienti, di produrre di più e di spendere meno, ma anche di essere più presenti e disponibili, attenti e generosi, di intervenire con competenze tecniche più sofisticate e di essere più umani e comprensivi. Si chiede di risolvere situazioni intollerabili, eliminare problemi insopportabili”⁷. Con immagini forti si potrebbe rappresentare i Ser.T come servizi di frontiera, o anche come la macchina di punta di una schiera di spazzaneve destinati a ripulire la società. I servizi sono costretti ad agire a valle mentre non c'è nessuno che agisca a monte. Il sistema somiglia a quello che si realizza in guerra con la presenza di un ospedale da campo in vicinanza del fronte: il sistema sanitario cura i soldati per rimandarli in prima linea. La differenza è che nessuno si meraviglia che ci siano dei morti. Invece i morti per droga vengono addebitati ai Ser.T. Un lavoro potenzialmente immenso si autolimita per l'eccesso di domanda piuttosto che per effetto di una programmazione; ne consegue che difficilmente i servizi danno una buona immagine di sé, cui segue regolarmente una stigmatizzazione (e in ciò i servizi condividono il destino dei loro utenti) che agisce negativamente sul morale degli operatori. Non rimane ai servizi che diventare invisibili, o almeno non uscire allo scoperto. E ciò avviene con la complicità degli operatori che, come abbiamo visto, giungono ad auto accecarsi. Dall'esterno si interpreta tutto questo come frutto di malafede o di ignoranza senza tener conto che si tratta spesso di una forma estrema di difesa. Se questo è lo status attuale, c'è uno spazio sociale, nel sistema sanitario in atto, per un modello diverso di servizio? In che modo convincere le USL che esso conviene? La difficoltà sta forse nel fatto che il cambiamento converrebbe alla società, in termini di morti evitate, riduzione di patologie croniche, riduzione di sofferenza personale, guadagno di efficienza lavorativa; ma non direttamente alle USL che dovrebbero investire di più in personale e in formazione professionale. Alle USL si potrebbe forse suggerire che il cambiamento porterebbe ad una migliore utilizzazione delle risorse già impegnate, per esempio quelle destinate alle comunità terapeutiche. Ma certamente al sistema formativo, e quindi alle Aziende sanitarie che ne sono fruitori importanti, andrebbe richiesto un forte sforzo per rendere tutti gli operatori in grado di stabilire una relazione collaborativa anche con persone che la rifiutano.

Competenza relazionale e conoscenza delle dipendenze

Recentemente una importante rivista francese riportava una critica ampiamente condivisa - che, aggiungerei, non trova applicazione solo nel contesto culturale francese, ma meriterebbe qualche attenzione anche in Italia - intorno a un deficit di formazione per l'uso degli strumenti comunicativi necessari a relazionarsi con l'altro di cui professionalmente ci si occupa. Si nota come "il dominio del modello psicofarmacologico e di un'idea di cura centrata sull'astinenza non permettono di ascoltare la sofferenza dei consumatori di sostanze psicoattive, di mettere in campo la loro parola"⁸. Un'altra questione, che non ci deve sfuggire e che gli autori citati valorizzano come cruciale, è la "costruzione di relazioni tra il sapere profano dei consumatori di droghe e il sapere medico dei sanitari che si occupano di loro". Una carenza in questo campo comporta incomprensioni il cui danno viene subito dal paziente, ma comporta anche che vengano perdute conoscenze reali che i consumatori hanno raccolto sul campo. "Dove sono valorizzati e integrati nella relazione di cura entrano in una forma di alleanza, di mutuo arricchimento con il sapere scientifico dei medici". Noi parleremmo di paziente competente e potremmo considerare questo passaggio come un frutto, o un'applicazione, dell'ideale partecipativo che da sempre ha caratterizzato l'Educazione sanitaria. Ma la giusta critica alle scarse competenze comunicative di coloro che operano nei servizi frequentati da tossicodipendenti andrebbe delimitata precisando due punti. Il primo è che si tratta di strumenti dialogici che dovrebbero essere usati da tutti coloro che sono impegnati in una relazione di cura: in particolare non può esistere una medicina muta o dei moduli precompilati. Si può ipotizzare che i cosiddetti medici omeopatici suppliscano alla scarsità di evidenze disponibili nella loro scienza con un impegno comunicativo e di presenza più intensi, ottenendo forse un incremento dell'effetto placebo dei farmaci, ma sicuramente una maggiore fedeltà dei pazienti. A questo proposito va detto che la parola non è solo portatrice di promesse bugiarde o di suggestioni ma anche di comprensione e di compatimento (che vuol dire, alla lettera, patire insieme, con un sollievo della sofferenza). In linea generale, nella comunicazione umana, è fuorviante ritenere che ogni difficoltà nella reciproca comprensione sia un sintomo di disturbo mentale e quindi motivo per delegare allo psichiatra il trattamento, o almeno la conversazione, sostenendo che egli è esperto di psicoterapia. La seconda caratteristica, degli strumenti di comunicazione verbale, che va salvaguardata, è che siano utilizzati in un servizio complessivamente capace di comunicazione e in grado di garantire la partecipazione, nella contrattazione dei metodi e nella ricerca di un consenso sugli obiettivi. Senza di che il saper comunicare e l'intendersi si inaridiranno rapidamente.

1. Olivetti Manoukian F., Mazzoli G., D'Angella F., *Cose (mai) viste*, Roma, Carocci, 2003.
2. Il progetto era stato finanziato dal Ministero della salute, sul fondo nazionale lotta alla droga, e coordinato dalla regione Emilia-Romagna nel 2003.
3. *Ibidem* pag. 14.
4. *Ibidem* pag. 22
5. *Ibidem* pag. 25.
6. *Ibidem* pag. 62.
7. *Ibidem* pag. 13.
8. G. Lutz, P. Roche, "Faire avec les drogues: quelles interventions?", *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 2016-1 (n.° 21)