

## IL PUNTO SUL PROBLEMA DELLA DROGA

di GIUSEPPE BRUNETTA

Anche in Italia « l'argomento droga attualmente deborda da tutte le fonti di informazione. [...] Articoli, conferenze, inchieste, interviste, tavole rotonde, films, dibattiti radiotelevisivi, congressi, festivals, simposi culturali e contro-culturali in drammatizzazione frastornante, hanno comunque catalizzato il passaggio dall'atteggiamento prevalentemente informato alle penalizzazioni del farmaco-dipendente, alla medicalizzazione: dalla tossicofilia (più che tossicomania) considerata reato alla tossicomania come malattia ». Così il prof. A. Madeddu, che continua più oltre affermando che la ridotta positività dell'evoluzione giuridica « emerge proprio dal tentativo di rinchiudere nella sola dimensione patologica il fenomeno droga, perché "è comodo, sbrigativo e rassicurante" delimitarne la competenza specialistica, tentando, con forzatura deresponsabilizzante, di ignorare il significato sociale, estremamente critico, del suo uso dilagante » (1).

Sulla falsariga di questi rilievi di uno dei più attenti osservatori e operatori in questo campo, cercheremo di fornire alcune stime più attendibili delle dimensioni assunte dal fenomeno nel periodo più recente, cioè dall'entrata in vigore della legge sulla droga (2), di precisare se e come abbiano funzionato e funzionino le strutture che la legge stessa ha previsto e di chiarire che cosa resti effettivamente da fare.

### 1. Le dimensioni del fenomeno.

1. E' da rilevare, in primo luogo, la **carezza di informazioni attendibili circa le dimensioni nazionali del fenomeno**. Gli operatori sociali

---

(1) A. MADEDDU, *Considerazioni sui limiti interpretativi della psicogenesi e della sociogenesi delle tossicofilie*, in D. DE MAIO (a cura di), *Le tossicomanie giovanili. Contributo clinico-epidemiologico, psicopatologico, biumorale e terapeutico*, « Il Pensiero Scientifico » Editore, Roma 1976, p. 57.

(2) *Legge 22 dicembre 1975, n. 685, Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, in « Gazzetta Ufficiale », 30 dicembre 1975, pp. 9148 ss.

che i vari organi di stampa interrogano con crescente frequenza confermano sempre più l'impressione che la diffusione della droga stia crescendo e interessi ormai i più svariati ambienti, soprattutto tra i giovani. Ma le indicazioni numeriche fornite vanno, secondo le diverse fonti, da « 600mila giovani già iniziati, un esercito di disperati che si ingrossa di mese in mese » (3) a qualche decina di migliaia, senza che si adducano prove sufficienti. Un certo tipo di stampa eccede in allarmismo, fino a sconfinare in vera irresponsabilità (4).

2. A livello regionale, provinciale e comunale le informazioni non appaiono molto più precise, nonostante il fatto che la legge n. 685, art. 90, faccia obbligo di raccogliere dati statistici. L'unica ricerca a livello regionale è stata fatta dalla Regione Piemonte (5). Da essa emergono tre serie di dati:

a) segnalazioni provenienti dai Comuni (166 su 1.209), tra cui menzioniamo la valutazione relativa alla città di Torino (che assai probabilmente può essere estesa, proporzionalmente, almeno a tutti i Comuni capoluogo di provincia del Piemonte): « non è possibile quantificare in modo preciso la diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti in Torino; ciò è dovuto evidentemente alla estrema variabilità del numero di persone che si accostano alla droga e al fatto che la diffusione ha ormai estensione generalizzata a tutta la città. Non sono più interessati piccoli nuclei di persone abbastanza ben individuabili, bensì interi gruppi di giovani presenti in molti quartieri, in modo particolare quelli in cui più difficili, dal punto di vista socio-economico, sono le condizioni di vita. [...] Per quanto riguarda i consumatori, è del tutto impossibile fare una stima, seppure approssimativa. I tossicomani, invece, si possono considerare nell'ordine dei 2.500-3.000 » (6);

b) dati provenienti da giornalisti e dal « Gruppo Abele », secondo i quali, sempre limitatamente alla città di Torino, i consumatori di droghe pesanti sarebbero 4.000 e quelli di droghe leggere 6.000 (7);

c) informazioni provenienti dagli studenti delle scuole medie superiori, dalle quali emerge che il numero dei drogati in Piemonte, in questa categoria, sarebbe di 1.773, pari all'1,8% delle 97.056 risposte pervenute alla Regione su un totale di 136.660 studenti di scuole medie superiori. Il questionario usato ha inoltre permesso di appurare quanto segue: 1) la droga è diffusa all'interno delle scuole medie superiori (14,5% degli inchiestati), e in altri ambienti (9,2%), soprattutto bar e discoteche; 2) alla domanda su quanti, secondo gli inchiestati, usino la droga, le risposte sono: « uno », in 1.264 casi; « alcuni », in 16.896 casi; « molti », in 3.557 casi (8); 3) nelle scuole medie inferiori il problema esiste

(3) Da un servizio giornalistico di R. CANTORE, in « Panorama », 19 luglio 1977.

(4) Cfr. E. CAFFARELLI, *Informazione - La stampa irresponsabile*, in « il delphino », genn.-febr. 1977, pp. 45 s.

(5) Cfr. *L'indagine sulla droga in Piemonte*, Supplemento al n. 3 [primavera 1976] di « Notizie della Regione Piemonte », Numero speciale per le scuole.

(6) Cfr. *ibid.*, p. 5.

(7) Cfr. *ibid.*, p. 6.

(8) Cfr. *ibid.*, p. 34.

ugualmente, anche se « il fenomeno è certamente meno diffuso di quanto non denunciato dagli studenti delle scuole medie superiori » (9).

3. Indagini da noi condotte in un liceo scientifico e in un istituto tecnico in due città della Lombardia danno percentuali di consumatori « confessi » sostanzialmente uguali a quelle della ricerca piemontese; quelle invece dei semplici « toccati » dal consumo si aggirerebbero attorno al 17-20% della popolazione studentesca dei rispettivi istituti (10).

4. A complemento del quadro segnaliamo l'indagine compiuta, su dati del Ministero della Sanità (1970-71) e su dati ISTAT (1970-73), dal prof. Ermentini per i comuni di Milano e Roma, che certamente non rispecchia, per difetto, la realtà del fenomeno in quelle città (11); le indagini svolte in alcuni ospedali (12); e infine le stime avanzate da alcuni operatori sociali.

Circa queste ultime è doveroso osservare, a scanso di indebiti allarmismi, che esse si riferiscono al consumo di droghe in genere, senza fare quelle precisazioni e distinzioni che pur sarebbero necessarie per cogliere le vere dimensioni del fenomeno (per es. non distinguono i vari tipi di droghe né i vari stadi di tossicodipendenza). A livello di città si asserisce, per es., che Torino conterebbe 50.000 consumatori e forse più, Genova altrettanti, Milano tra i 10.000 e i 100.000, Bologna e Firenze 10.000, Roma intorno ai 100.000. A livello regionale le cifre avanzate sono le seguenti: 100.000 consumatori in Piemonte, più di 200.000 in Lombardia, circa 10.000 nel Veneto, grado di notevole inquinamento (senza cifre precise) in Liguria e in Emilia-Romagna, infezione a livello di quella della Lombardia nelle regioni « turistiche », nelle rispettive stagioni. Nelle regioni meridionali il fenomeno avrebbe attecchito solo da due anni.

## 2. Il funzionamento delle strutture di intervento.

La legge n. 685 (13) prevede, in linea di massima, tre fasi di intervento demandate a due tipi di strutture: alla scuola è affidata l'attività di prevenzione (artt. 85-89), mentre ai « normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione » (art. 90) sono attribuite la cura e la riabilitazione — con il conseguente reinserimento nella società — del tossicodipendente (artt. 90-97).

L'attuazione di queste norme compete da una parte ai **Provvedito-**

(9) *Ibid.*, p. 7.

(10) Si tratta di ricerche non pubblicate, dirette dall'A. di queste annotazioni con la collaborazione delle componenti scolastiche utilizzando un questionario concordato con esse.

(11) Cfr. A. ERMENTINI - O. VERDICCHIO, *Droga, famiglia e società*, Mursia, Milano 1977, pp. 67 ss.

(12) Cfr. D. DE MAIO (a cura di), *Le tossicomanie giovanili*, cit., passim.

(13) Per un commento alla legge in questione cfr., fra gli altri, G. DI GENNARO, *La droga: controllo del traffico e recupero dei drogati*, Giuffrè, Milano 1976; G. BRUNETTA, *Giovani e droga*, III ediz., C.S.S., Milano 1978, pp. 37 ss.

rati e, dall'altra, alle **Regioni** d'intesa con le Province e i Comuni. Per quanto riguarda i Provveditorati, ben pochi risultano aver costituito dei comitati di studio e di programmazione dell'attività preventiva; per quanto invece riguarda le Regioni, risulta che alla data fissata dalla legge (30 giugno 1976) soltanto poco più della metà avevano provveduto a istituire nel territorio i centri ospedalieri e, in alcuni casi, anche quelli sociali per la cura e la complessa attività di riabilitazione (quest'ultima lasciata, nella maggior parte dei casi, all'assistenza volontaria privata); una decina di Regioni o non aveva fatto niente, o aveva espresso una posizione piuttosto equivoca nei riguardi della legge, o aveva provveduto in via soltanto provvisoria. Non sappiamo come il Ministero della Sanità sia intervenuto per stabilire d'autorità quanto la legge indica in caso di inadempienza delle Regioni (14).

Quanto poi alla **collaborazione** tra questi organi, indispensabile per attuare le varie fasi di questa complessa e delicata attività, risulta — a giudicare dal generale disorientamento e dalla competizione esistente soprattutto tra organismi comunali e scolastici nelle grandi città — che è stata ed è **quasi nulla**.

#### a) **Prevenzione.**

Nel demandare la complessa attività di prevenzione agli organi scolastici, lo scopo e lo spirito della legge era di sensibilizzare tutte le componenti scolastiche: insegnanti, alunni, famiglie. Schematicamente l'attività preventiva mira a preparare il personale insegnante, a sensibilizzare le famiglie e, in collaborazione, a dare, nel contesto dell'educazione sanitaria — tutta da pensare e da attuare — una adeguata formazione-informazione ai figli-alunni.

Senza la pretesa di quantificare una realtà sulla quale sono scarsi i dati disponibili, rileviamo quanto segue:

a) Alcuni **Provveditorati** hanno iniziato — tra difficoltà di vario genere, non ultima quella relativa alla collaborazione con i Comuni e le Province — ad organizzare i comitati previsti e ora qualche sparuta équipe di intervento preventivo comincia ad operare.

b) Qualche centinaio di **insegnanti** — per buona volontà, per desiderio di aggiornamento, per senso civico — hanno seguito dei corsi più o meno validi di aggiornamento in materia (15). Purtroppo risulta che la maggior parte di essi sono stati ignorati o non sono stati utilizzati come si conviene dai Provveditorati almeno per coordinare

---

(14) Per l'aggiornamento della situazione alla fine di settembre 1977, cfr. G. BRUNETTA, *Giovani e droga, cit.*, pp. 69 ss.; per ulteriori sviluppi in materia si potrà consultare la rivista « il delfino », l'unica attenta osservatrice specializzata del fenomeno nel contesto più vasto della emarginazione.

(15) Cfr., per es., MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE - UFFICIO STUDI E PROGRAMMAZIONE - SERVIZIO ANTIDROGA, n. 2, giugno 1977, pp. 3 ss.

l'attività preventiva all'interno della scuola in cui prestano la loro attività. Per quanto riguarda la massa degli insegnanti si deve notare che, nei casi in cui la scuola come tale si fa carico di interventi preventivi, è molto scarsa la loro partecipazione a lezioni di prevenzione sia riservate a loro sia organizzate con e per le famiglie.

c) Quando la **scuola** organizza lezioni per i genitori la partecipazione è, in genere, molto bassa anche nei contesti sociali dove il fenomeno ha profondamente attecchito e ha dimensioni vaste e visibili.

d) Per quanto concerne gli **alunni** è necessario fare delle distinzioni:

1) nei **centri maggiori** e limitatamente alla **scuola media superiore**, dove gli studenti sono molto politicizzati per la presenza di leader dei più disparati gruppi politici, coadiuvati o meno da alcune frange del corpo insegnante, il lavoro di prevenzione è reso più difficoltoso e, nella maggioranza dei casi, impossibile. I leader studenteschi infatti vogliono gestire da protagonisti l'azione preventiva condizionando, in misura variabile, l'attività degli esperti secondo le loro posizioni politiche nei riguardi delle singole droghe; la massa degli studenti, d'altro canto, anche per reazione al carattere politicizzato e manipolatorio che gli incontri generalmente assumono, di fatto disertata tali assemblee; infine, gli esperti o gli operatori sociali che tentano di affrontare l'assemblea, a parte la forte dose di frustrazione che devono subire, riescono a mala pena ad abbozzare i punti principali di un discorso preventivo; di conseguenza, e questo fatto è grave e pericoloso, anch'essi tendono a disertare questo tipo di attività;

2) per quanto riguarda invece l'attività preventiva nelle **scuole elementari** e nelle **scuole medie inferiori e superiori dei piccoli centri**, anche dove l'interesse dei genitori e degli insegnanti è minimo, si riesce ad ottenere risultati soddisfacenti. Questi si possono così riassumere: da una parte, attraverso gli alunni si ottengono informazioni precise, dalle quali risulta che essi sono più o meno a « contatto » e parecchi addirittura « immersi » in una realtà di fronte alla quale genitori e insegnanti si trovano impreparati e disarmati; dall'altra parte, gli alunni stessi denunciano la carenza di una informazione preventiva che, se fosse stata data tempestivamente, non li avrebbe lasciati così sprovveduti ed esposti al rischio di entrare nel « giro »;

3) in generale si può rilevare che, soprattutto dall'entrata in vigore della legge, aumenta sempre più il numero di **scuole medie inferiori** che danno ai ragazzi una **informazione-formazione di base**, che consentirà loro di affrontare le scuole superiori o l'attività lavorativa con un sufficiente grado di maturità e responsabilità.

**Concludendo** il discorso sull'attività preventiva si possono fare **due constatazioni**: 1) vi è una carenza di collaborazione tra gli organi inte-

ressati per legge a questa attività (Regioni, Province, Comuni, Provveditorati e scuole); 2) le agenzie di socializzazione non sembrano rendersi conto di questa disfunzione e della necessità di colmare un vuoto che sta diventando sempre più grave e pericoloso.

Se gruppi, famiglie, associazioni, parrocchie, ecc. non suppliscono a queste reali carenze, si mette a repentaglio il futuro della nostra gioventù. E' pur vero che molti gruppi cattolici si sono decisamente impegnati a colmare questo vuoto e che su di essi grava di fatto non solo parte dell'attività preventiva, ma anche, come vedremo, la quasi totalità di quella riabilitativa (16); ma è altrettanto vero che restano dei gruppi isolati, quasi emarginati dal resto della comunità civile ed ecclesiale, e che spesso non trovano sufficienti punti di coagulo tra loro stessi, oltre ad essere esposti al rischio di cedere alla sensazione di impotenza e di frustrazione di fronte alla esiguità delle proprie forze e dei risultati raggiunti.

#### b) Cura.

La cura, intesa come semplice disintossicazione del consumatore di droga, dovrebbe essere fatta sotto la responsabilità del medico e, come previsto dalla legge, in strutture ospedaliere o paraospedaliere. Già a questo semplice livello si sono incontrate difficoltà riguardanti sia il personale medico e paramedico, sia i consumatori di droga a contatto con le strutture ospedaliere.

a) Le varie leggi regionali di attuazione della legge n. 685 hanno demandato questa attività a un **personale medico e paramedico scarsamente preparato** che, tra molteplici difficoltà (carenze delle strutture ospedaliere e, più genericamente, sanitarie, degli altri operatori sociali, delle amministrazioni pubbliche, nonché ostacoli provenienti dai pazienti e, in generale, dal contesto sociale), tenta di farsi le ossa a proprie spese e a spese dei consumatori di droga (17).

---

(16) Cfr. G. BRUNETTA, *Giovani e droga*, cit., pp. 69 ss.; dalle 30 pagine di indirizzi emerge che le iniziative più diffuse sono quelle che fanno capo a don Mario Picchi (Roma) e a don Luigi Ciotti (Torino): don Picchi attraverso il CeIS (Centro Italiano di Solidarietà) e la rivista « il delfino » coordina in maniera unitaria l'azione sia preventiva che riabilitativa in molte città italiane; l'attività di don Ciotti e del « Gruppo Abele », anche se meno diffusa, è condotta da un volontariato più variegato come motivazioni, e forse più provocante in alcune sue iniziative. - In questo stesso fascicolo (pp. 539 ss.) pubblichiamo le riflessioni che uno dei gruppi volontari, il gruppo « La Strada » di Parma, fa sulla propria esperienza nel campo della riabilitazione.

(17) Una conferma di tale stato di cose è venuta anche dal recente Convegno su « Ospedale e tossicodipendenze: esperienze e prospettive a due anni dall'entrata in vigore della legge 22-12-1975, n. 685 », tenutosi all'ospedale di Niguarda (Milano) dall'8 al 10 febbraio 1978; cfr., in particolare, le comunicazioni del dott. A. CATTABENI e dell'assistente sociale R. REDAELLI. Cfr. inoltre N. BUTINI, *A che serve l'ospedale - I medici si interrogano*, in « il delfino », marzo-aprile 1977, pp. 29 s., dove si denuncia la stessa situazione per gli ospedali romani. Da un punto di vista più generale si può constatare che i centri medici e di assistenza sociale che avrebbero dovuto « fornire l'ausilio specialistico occorrente ai luoghi di cura, ai centri ospedalieri e sanitari lo-

L'impreparazione non è solo tecnica, ma consiste anche nella mancanza di una conoscenza, sia pure solo di base, del fenomeno stesso della droga; si è impreparati, ad es., ad affrontare fatti come i seguenti: 1) il comportamento del consumatore di droga rende difficile distinguere chi vuole effettivamente curarsi da chi entra in ospedale alla ricerca della droga, che non trova più sul mercato, o di un suo surrogato; 2) molte volte lo spaccio della droga avviene all'interno stesso dell'ospedale, per cui il personale, di fronte al rischio di furto di medicine sostitutive della droga, è tentato di rinunciare o di opporsi ad avere un tossicomane in corsia.

b) Il comportamento dei tossicomani all'interno dell'ospedale è in larga misura imprevedibile. In linea generale, la casistica può ricondursi allo schema seguente:

1) il **minorenne** condotto dai genitori o mandato d'autorità dal giudice a disintossicarsi, nella misura in cui non ha accettato liberamente di sottoporsi alla cura rimane esposto a trattare la « roba » con gli spacciatori interni alla struttura sanitaria e/o con quelli esterni;

2) se si tratta di un **maggiorenne**, o c'è in lui una decisa volontà e capacità di affrontare una situazione obiettivamente difficile, e allora lo si può aiutare nella via del recupero, oppure tale volontà è debole e incerta, e allora egli trova il modo, nei momenti di stanca, di contattare gli spacciatori sia interni che esterni e di tornare così alla droga, quando non arriva ad autodimettersi nel giro di qualche giorno o di qualche ora non appena percepisce che la situazione dell'ospedale è peggiore di quella che era costretto a subire nel contesto sociale di provenienza;

3) infine, quando i reparti specializzati per la disintossicazione dalla droga si siano rivelati non gestibili, come ad es. a Milano, si preferisce seguire la politica di riservare **qualche letto** (due o tre al massimo) **per ogni reparto**. In tal caso, il tossicomane può avere la migliore buona volontà, trovare personale medico e paramedico preparato, ma i suoi compagni di camera o di corsia sono generalmente il riflesso della società in cui vivono, la quale etichetta il consumatore di droga come fannullone, hippy, ladro, criminale, peso per la società, ecc. Le relazioni interpersonali che si instaurano sono quindi facilmente immaginabili e, almeno in parte, spiegano perché i tossicomani, che pur vorrebbero curarsi, fuggono dagli ospedali. E' anche vero, d'altra

---

cali ed ai singoli medici » (legge n. 685, art. 90), o non sono stati istituiti dalle Regioni o, se lo sono stati, gli operatori sanitari e sociali in non pochi casi ne conoscevano l'esistenza. Per quanto riguarda i centri istituiti risulta, con una certa frequenza, che sono composti da persone « politiche » nominate a tale posto in seguito ad accordi o a lottizzazioni avvenuti fra i partiti; veramente rari sono i casi in cui le persone preposte siano in grado di ottemperare ai requisiti della legge e degli operatori sanitari. Per quanto riguarda gli infermieri, solo in rarissimi casi si è provveduto all'aggiornamento del personale: appena qualcuna delle scuole per infermieri, nelle grandi città, tiene dei corsi specifici su questi problemi (qualche ospedale di Milano, Torino, Genova e Roma); il personale generico è stato assolutamente trascurato.

parte, che il tossicomane provoca oggettivamente, con molti suoi comportamenti, il **rigetto da parte degli altri pazienti**: spesso mira ai prelievi di medicine sostitutive nelle farmacie di piano, fomenta la circolazione della droga sia dall'ospedale verso l'esterno sia dall'esterno verso l'ospedale, paga la merce anche prostituendosi, ecc. E' altrettanto vero però che il vissuto esistenziale, la storia del consumatore di droga è fatta anche di queste componenti, e che egli non può abbandonarle automaticamente entrando in una corsia ospedaliera. O lo si accetta per quello che è e come è, e allora, se ha un minimo di volontà, anche l'ambiente dei pazienti può aiutare l'opera dei sanitari; oppure, se prevale l'atteggiamento di rigetto da parte degli altri pazienti, è meglio non ricoverarlo, perché o si autodimetterà, se lo può fare, o ritornerà comunque alla droga.

**c) Riabilitazione e reinserimento sociale.**

Se il consumatore di droga si è sottoposto alla cura disintossicante e viene dimesso dall'ospedale clinicamente guarito, ritorna generalmente nell'ambiente di provenienza (famiglia, scuola, amici, lavoro, ecc.), cioè in quello stesso contesto sociale che molto spesso lo ha spinto all'uso della droga. Per quanto egli possa essere deciso a intraprendere una vita diversa, questo contesto sociale, rimasto immutato, non può essergli di aiuto, quando non gli crea ostacoli risospingendolo verso la droga. La causa di questa scoraggiante situazione va ricercata nella **manca di raccordo e di collaborazione tra strutture ospedaliere ed eventuali strutture di riabilitazione** e di recupero. La legge prevede la costituzione di « centri medici e di assistenza sociale » aventi come loro finalità, tra l'altro, « di attuare ogni opportuna iniziativa idonea al recupero sociale degli assistiti, interessando in via prioritaria, quando è possibile, la famiglia » (art. 90), così come prevede il riconoscimento di enti ausiliari (art. 94) aventi le stesse finalità.

La situazione italiana dei centri di riabilitazione e reinserimento si presenta come segue:

a) Sulla base di informazioni pervenuteci dai competenti assessorati di quasi tutte le Regioni, **non sembra che esistano ancora centri di riabilitazione e reinserimento gestiti da Regioni, Province o Comuni** (18), nonostante la conclamata volontà politica di fondarli e, anzi, di avocare ad essi anche quelli privati sorti sia prima sia dopo l'emanazione della legge. E' impressione abbastanza diffusa, fondata anche su

---

(18) Cfr. quanto abbiamo rilevato alla nota 16. Un'attenta analisi degli indirizzi (cfr. G. BRUNETTA, *Giovani e droga*, cit., pp. 69 ss.) conferma questa constatazione. Per cui non può trovare attuazione la positiva volontà di alcuni gruppi (per es. il « Gruppo Abele ») di passare a questi enti: cfr. GRUPPO ABELE, *Droga: in quale direzione? Linee e proposte d'intervento*, editrice AGA « il portichetto », Cuneo 1976, pp. 90 ss., e, ancor più precisamente, GRUPPO ABELE, *Una proposta alternativa a un « problema » - Documento base*, Edizioni AGA, Cuneo s.d., p. 12.

prese di posizione di varie Regioni, che le pubbliche amministrazioni tendano a non applicare questa parte della legge perché troppo impegnativa.

**b) I centri privati di riabilitazione e reinserimento a carattere volontario sono prevalentemente gestiti da persone del mondo cattolico: sacerdoti, religiosi e religiose coadiuvati da volontari laici variamente motivati e da medici o operatori sociali in genere. I più diffusi, come abbiamo accennato alla nota 16, sono quelli che fanno capo a don Picchi (Roma) e al « Gruppo Abele » di don Ciotti (Torino).**

Per legge (artt. 93 e 94) i centri privati devono essere convenzionati con la Regione. Per quanto riguarda l'aiuto finanziario si può notare quanto segue: 1) dagli organi regionali, provinciali e comunali ricevono somme irrisorie, quando le ricevono; 2) spesso non sono considerati neppure dagli ambienti ecclesiali, pur essendo un modo moderno e indispensabile modo di praticare l'assistenza e di esercitare le opere di misericordia in sintonia con i bisogni dei tempi, e perciò gli enti di beneficenza delle varie diocesi non sono larghi del loro appoggio finanziario, quando addirittura non li ignorano completamente; 3) per sussistere, tali centri devono letteralmente stendere la mano a chi comprende il loro sforzo. In genere sono pressati dalle esorbitanti richieste di assistenza da un lato e dai debiti dall'altro, tuttavia continuano ad allargare la loro attività. In situazione un po' diversa si trovano i centri gestiti da personale appartenente a istituti religiosi; questi, in genere, sono più restii a lasciare isolati i propri membri in un'attività così indispensabile al momento presente.

Per comprendere la situazione in cui versa l'attività di riabilitazione e reinserimento, un esempio può essere quello della città di Milano: in rapporto a un minimo di circa 10.000 tossicomani, bisognosi di questo tipo di intervento, i centri di riabilitazione e reinserimento esistenti possono accogliere al massimo un centinaio di persone.

La struttura di questi centri è sostanzialmente la seguente: attorno a una comunità portante stabile, a dimensioni familiari, composta da personale fortemente motivato, competente e di una certa esperienza, appoggiato all'interno o all'esterno da medici, psicologi, sociologi, operatori sanitari e sociali vengono a vivere coloro che, disintossicati o meno a seconda delle possibilità tecniche del centro stesso, manifestano una certa decisione a percorrere comunitariamente il non facile cammino della riabilitazione e del reinserimento. Le attività che gli ospiti svolgono, oltre alla gestione corresponsabile del centro comunitario, sono le più svariate a seconda delle esigenze della convivenza stessa; dato fondamentale da accettare sono le regole del gioco del cammino di riabilitazione e reinserimento; in questo contesto si scoprono e si sperimentano progressivamente le dimensioni della vita più essenziali per chi vuole riabilitarsi: l'affetto, l'amicizia disinteressata,

il senso dell'utilità di se stesso per gli altri e degli altri per se stesso, la solidarietà, la responsabilità, ecc. Sostanzialmente si tratta di liberare il tossicomane dalla dipendenza sia fisica che psichica dalla droga e di indirizzarlo pazientemente sulla lunga strada che conduce all'esercizio autonomo e responsabile della libertà, nel rispetto dei diritti e dei doveri verso se stesso e verso gli altri.

Quanto ai **risultati** raggiunti da questi centri, per alcuni di essi si possono valutare intorno al 20% di recuperi, mentre per altri una valutazione non è ancora possibile, essendo il loro lavoro appena agli inizi. E' però da tenere presente che la maggior parte di questi centri (taluni dei quali sono specializzati solo per alcune tossicodipendenze) « filtra » i consumatori di droga in base alla loro volontà di accettare la terapia e la riabilitazione; e purtroppo, in molti casi, o questa volontà non esiste, o mancano gli strumenti tecnici per appurarla o, se possibile, per suscitara, per cui, in pratica, le possibilità di recupero sono nulle o quasi.

### 3. Problemi aperti.

Per completare i tratti essenziali del problema come si presenta oggi, è necessario tener presenti altre caratteristiche che complicano il quadro d'insieme del fenomeno e ne rendono difficile la soluzione ai vari livelli: prevenzione, cura, riabilitazione.

1. Per ciò che concerne la **prevenzione**, quanto scrive il prof. Madeddu illustra molto bene la precaria situazione esistente: « La fioritura veramente stupefacente di esperti (profondi conoscitori di farmaci, di farmaco-dipendenze, di tolleranza più o meno crociata, di sindrome privata, di effetti metabolici e dismetabolici acuti e cronici delle più varie sostanze) con rumore proporzionale all'incompetenza, a sostegno di pareri diametralmente opposti, ha creato una complessiva divisione manichea, un imperialismo scientifico senza incertezze, debitamente strumentalizzato da precisi interessi politico-economici piuttosto consciuti » (19).

Appare indispensabile, soprattutto, **rinunciare nella pratica alla distinzione** (per quanto valida, certamente, sul piano scientifico) **tra droghe « leggere » e droghe « pesanti »**, non contemplata dalla legge, distinzione che provoca disaccordo a livello degli operatori della prevenzione e confusione tra figli-alunni e fomenta discussioni sulla liberalizzazione o meno di alcune droghe a preferenza di altre. I mass-media non fanno che registrare tale disaccordo e chi ne va di mezzo sono le nuove generazioni.

---

(19) A. MADEDDU, *Considerazioni sui limiti interpretativi della psicogenesi e della sociogenesi delle tossicoflie*, cit., p. 57.

Se operatori sociali della prevenzione, insegnanti a scuola, genitori in famiglia, politici e sanitari in loro sfere specifiche di competenze, i mass-media nei messaggi che emettono non trovano questa unità di impostazione e di intenti, basata su una profonda conoscenza del problema, verranno tutti a trovarsi di fronte a un fenomeno che, proprio per questa carenza di unità, sarà in continuo aumento (20). Pur concedendo che il fenomeno è davvero complesso, pensiamo che il sostenere, con argomenti più o meno speciosi, che le cosiddette droghe « leggere » siano momenti di aggregazione umana, politica, sociale, ecc. fa il gioco del consumismo e, in definitiva, degli spacciatori.

Chi fa uso di droghe leggere (ci riferiamo a marijuana e hashish, ricordando che LSD e olio di hashish non sono affatto droghe leggere), quali che siano i suoi motivi, prima o dopo rischia di venir agganciato a quelle pesanti: l'esperienza drammatica di troppi giovani, e i contributi scientifici di farmacologi, psicologi e sociologi, che da più di un decennio dibattono questo problema, lo dimostrano a sufficienza.

2. Tra i molti problemi relativi alla cura segnaliamo i seguenti:

a) L'anonimato previsto dalla legge (art. 95) pone al sanitario (e analogamente all'operatore sociale) dei problemi notevoli perché in tal modo, soprattutto per i casi di ricaduta, egli non dispone di nessun dato circa i precedenti del soggetto, a meno che non conosca personalmente il soggetto stesso. Sarebbe quindi opportuno (pur nella consapevolezza del rischio di possibili abusi, da prevenire con adeguate precauzioni) modificare questa norma della legge per i casi di tossicodipendenza reale (da precisare) in modo che, almeno per gli interventi di « pronto soccorso » o nei casi urgenti di ricaduta, sia possibile al sanitario (e solo a lui) il ricorso a queste « memorie » o « banche di dati », istituite a livello regionale o nazionale, in modo da rendere il suo intervento più tempestivo e più adattato al caso concreto.

b) Lo spaccio della droga all'interno delle strutture sanitarie sembra piuttosto diffuso. Se appare difficile fermare l'approvvigionamento dall'esterno, sarebbe indispensabile almeno che gli operatori

---

(20) Cfr. GRUPPO ABELE, *Droga: in quale direzione?*, cit.; ottimi spunti, anche se non tutti ben definiti e precisati, si possono trovare alle pp. 71 ss.

Va rilevato, in questo contesto, che le Regioni, le Province e i Comuni, a giudicare dai numerosi opuscoli e dépliant in nostro possesso, hanno speso molto (carta patinata, ecc.) ma realizzato poco: si tratta spesso di materiale superficiale e incompleto, dai toni inutilmente allarmistici. Tra i molti filmati e audiovisivi di cui abbiamo preso visione, il migliore ci sembra l'audiovisivo *I come e i perché della droga* (direzione scientifica e testi del prof. E. GORI, uno dei pionieri in materia) realizzato e promosso dai Rotary Clubs del gruppo Lario-Brianteo del 184° distretto e prodotto dall'Istituto della comunicazione audiovisiva, via Monferrato 5, Milano; lo scopo dichiarato e, a nostro avviso, veramente raggiunto, è quello non di dire tutto sulla droga, ma di « promuovere un'attiva discussione tra gli operatori sociali, i genitori e gli insegnanti a contatto col mondo giovanile ». Si tratta di 452 diapositive unite in filmi sincronizzati con cassette parlate il cui testo viene dato a chi partecipa. Tutto il materiale di autentico studio può essere diviso in più turni senza perdere il filo conduttore; la discussione è facilitata dal fatto che le immagini sono sincronizzate e numerate col testo suddiviso in brani a « senso compiuto » e, a lato, si possono fare delle annotazioni.

sanitari non cadano negli equivoci di una **malintesa terapia** consistente nella **sostituzione delle droghe pesanti con altri surrogati** (tra i quali il metadone, fin dall'inizio degli anni '70 escluso dalla terapia negli ospedali degli USA) o con le **droghe leggere** per compensare la privazione di quelle pesanti. Si rischia, in caso contrario, di restituire alle famiglie un soggetto clinicamente guarito da intossicazione grave, ma assuefatto ad altre droghe più o meno leggere e « socializzanti ».

3. Per quanto riguarda infine l'onerosa **azione di ricupero e riabilitazione**, ci sembra che gli interventi stabiliti dalla legge non vadano ulteriormente dilazionati in attesa di chi sa quale palingenesi societaria. In modo particolare, urge la **realizzazione**, da parte di Regioni, Province e Comuni, **degli appositi centri di riabilitazione** previsti (art. 92), ai quali assegnare un personale che abbia una preparazione adeguata e una lunga esperienza in merito maturata anche prima dell'entrata in vigore della legge.

Per quanto riguarda i molti **centri di riabilitazione** e di reinserimento **privati** che già funzionano, oltre che adempiere gli obblighi di convenzione con la Regione (art. 94), spetta loro un duplice compito: 1) tenersi collegati tra loro in modo da unificare e, per quanto possibile, aggiornare i metodi di intervento (21); 2) sensibilizzare l'opinione pubblica e in particolare gli ambienti cattolici (dal momento che la quasi totalità di tali centri è gestita da cattolici) portandoli a maturare la convinzione che questo tipo di assistenza è uno di quelli più richiesti dai « segni dei tempi » e più disinteressati.

4. Un'osservazione finale, riguardante tutti e tre i livelli di intervento fin qui considerati, concerne le « **modiche quantità** » di sostanze stupefacenti che la legge (art. 80) consente di acquistare e detenere per « uso personale », terapeutico o no. La genericità dell'espressione ha aumentato il numero delle « formiche », come si chiamano in gergo i consumatori-spacciatori, i piccoli spacciatori sia « nazionali » sia « internazionali ». **Tale espressione andrebbe precisata almeno per le sostanze principali**, anche se non ci si può nascondere le difficoltà da affrontare dato che molte droghe vengono « tagliate ». Per i miscugli, forse, si potrebbe precisare percentualmente la quantità delle sostanze fondamentali che contengono. Nonostante le difficoltà, non ci pare corretto da parte del legislatore lasciare la responsabilità di tale determinazione alla magistratura o ai periti. A fare le spese della mancanza di indirizzi unitari e di coordinamenti è ancora una volta la gioventù.

---

(21) Tali sforzi, sulla scia di quelli fatti dall'UNESCO e dall'OMS, si sono concretizzati nell'iniziativa di confrontare le diverse esperienze delle comunità terapeutiche; l'anno scorso tale incontro è avvenuto in agosto a Montreal (Canada) sul tema « Un progetto a misura d'uomo ». Cfr. M. PICCHI, B. COSTA e J. C., *2ª Conferenza internazionale sulle comunità terapeutiche. Un progetto a misura d'uomo*, in « Il delirio », nov.-dic. 1977, pp. 23 ss.

## IL TOSSICOMANE CI PROVOCA

del gruppo « LA STRADA »

*Nell'articolo che immediatamente precede è stato messo in evidenza il ruolo di primaria importanza che svolge in Italia il volontariato, per lo più di ispirazione cristiana, nell'azione di riabilitazione e di reinserimento sociale dei tossicodipendenti. Una delle associazioni volontarie di questo tipo è il gruppo « La Strada » (« gruppo di servizio per giovani »), operante a Parma. Sua origine remota è l'interesse e l'impegno a favore di giovani devianti da parte del Centro giovanile, componente della « Comunità di Vita Cristiana » animata dai Gesuiti di quella città. Da questa iniziale esperienza è maturato un gruppo, comprendente sia giovani che adulti, di varia provenienza sociale e professionale e di diversa matrice ideale, che si è costituito in associazione nella primavera 1976 per occuparsi specificamente e in modo stabile del recupero di giovani consumatori di droga. Attualmente il gruppo conta una trentina di membri.*

*Nelle pagine che seguono, il gruppo « La Strada » traccia le linee della propria impostazione di fondo e propone una riflessione sull'esperienza che va conducendo, esperienza che ha avuto il suo momento forte in due brevi periodi di vita in comune tra giovani del gruppo stesso e giovani drogati e che continua a svilupparsi in forme varie. Dell'ampio testo originale, composto di diversi contributi, presentiamo, a cura della nostra redazione, una versione ridotta. Qualche accentuazione e forse anche qualche posizione potrà non essere condivisa o esserlo solo parzialmente, ma nell'insieme il testo esprime un'esperienza valida ed esemplare. E' una voce che ha il pregio della sincerità, del radicamento nell'esperienza, della serietà di riflessione, e merita quindi di essere ascoltata.*

### 1. Perché il « volontariato ».

Il nostro gruppo « La Strada » è costituito da persone diverse per età, professione, posizione sociale, orientamenti ideali, le quali tuttavia convergono nella libera scelta di operare per prevenire la tossicodipendenza, aiutare chi l'ha contratta a superarla, creare le condizioni e approntare gli strumenti atti a ridurre sempre più le dimensioni del fenomeno.

Si tratta di un gruppo spontaneo, cioè di **volontariato non istituzionale**. Noi riteniamo che comunicare con l'altro per instaurare una relazione umanizzante, cioè tale che accresca le capacità di scelte li-

bere e responsabili di tutti e di ciascuno nella società generale, sia **diritto** non espropriabile da autorità di qualsiasi tipo, non delegabile a rappresentanze di nessun genere, da difendersi direttamente da ognuno, da promuoversi come scelta di vita a dimensioni d'umanità. In particolare, consideriamo indispensabile, nel campo specifico della droga, l'apporto di volontari, liberi da qualsiasi vincolo istituzionale.

Vogliamo spiegare per ordine questi diversi concetti.

1) Questo diritto **non è « espropriabile »**. Lo affermiamo fortemente, perché lo riteniamo diritto che rientra in quello che possiamo definire il nucleo inalienabile della sovranità propria di ogni singolo cittadino. Ogni potestà legislativa, di qualunque livello, deve riconoscerlo: non può ignorarlo o sopprimerlo senza diventare oppressiva non solo del singolo ma anche della totalità, che da questa libera capacità d'azione del singolo non può dispensarsi senza che ne risultino gravissimi inconvenienti nel suo modo di attuarsi. In Italia, il discorso va riferito certamente allo Stato e alle Regioni, ma anche ad istituzioni civili o religiose che possono indurre di fatto l'affermarsi di leggi non scritte, favorite in questo dalla pigrizia sociale dei singoli cittadini.

2) Questo diritto **non è « delegabile »**. Ciò significa che riteniamo di dover esercitare tale diritto di persona, cioè di non poter dispensare noi stessi dal comunicare con l'altro, che nel nostro caso è il drogato, e dal favorire le condizioni per cui l'altro possa effettivamente e su piano di parità umana comunicare con noi. Il compito umanizzante non può essere affidato a istituzioni in quanto tali, benché affermando ciò non escludiamo affatto che all'interno delle istituzioni esistano persone le quali, ancorché dipendenti, agiscono di fatto con spirito di volontari. Sappiamo inoltre che al rifiuto della delega devono corrispondere, in chi vuole incaricarsi di persona, l'impegno di acquisire la maturità necessaria per poter comunicare produttivamente con l'altro, un rispetto intelligente delle competenze tecniche e delle funzioni proprie di quelli che nell'ambito delle istituzioni operano a qualsiasi livello direzionale o dipendente, la capacità di stimolare l'efficienza dei servizi e di offrire una mediazione umana a chi ha bisogno di questi servizi ma si sente incapace di usarne, perché emotivamente ne respinge l'aspetto istituzionale.

Non si vuol delegare ciò che appartiene all'uomo, ciò che ci fa vivere in una società di persone, ciò che ci consente di crescere umanamente. Ci opponiamo all'atteggiamento che si esprime nella classica domanda: « chi te lo fa fare? ».

3) Si tratta di un diritto **« da difendere »**. La difesa va attuata sul piano legislativo impedendo l'emanazione di leggi che non riconoscano spazio al volontariato non istituzionale o ne restringano indebitamente il campo, e promovendo leggi che ne contemplino l'esistenza e ne favori-

scano l'espansione; va esercitata sul piano pratico diffondendo lo spirito di volontariato ed esigendo di poter operare, con il dovuto rispetto per ogni competenza, fuori e dentro le istituzioni, perché esse sono della gente e non di chi le amministra; va promossa nell'opinione pubblica, combattendo i facili slogan del disimpegno e la confusione con versioni del volontariato che hanno assunto caratteri troppo vistosamente amministrativi per cui del volontariato stentano a mantenere lo spirito.

4) Si tratta di un diritto « **da promuovere** ». La comunità umana ha bisogno dell'utopia volontaria. E' l'instaurazione di un sistema di rapporti gratuiti tra uomo e uomo, tra gruppo umano e gruppo umano, che procede da una convizione di appartenenza, di corresponsabilità, di proprietà del mondo fisico e dei beni della società, tra cui i pubblici servizi, da parte di tutti gli uomini. Del resto, siamo persuasi che senza una dose di libero lavoro gratuito la società non procede; se lo si vuole sopprimere, si finisce fatalmente col ricorrere al lavoro gratuito « obbligato », cioè all'imposizione di una schiavitù comunque camuffata, al dominio di alcuni privilegiati sulle categorie più indifese. L'utopia propone una partecipazione diretta, benché articolata, alla gestione di tutta la società civile.

5) In particolare, l'**apporto del volontario** non condizionato da istituzioni di qualsiasi genere od orientamento appare **indispensabile nel campo della droga**. Lo esige il tipo di emarginazione sociale che si identifica con la tossicomania. La scelta del tossicomane è infatti scelta totale che globalmente respinge ogni tipo di istituzione; è scelta dissociante di ogni relazione sociale e della stessa personalità intima; è rifiuto assoluto per rifugiarsi oltre se stessi attraverso la distruzione di sé. Perciò non è violento il tossicomane, non è un rivoluzionario, ma è un cercatore deluso che tenta di evadere: la droga è fuga, il cui ultimo termine è l'autodistruzione. Si capisce come l'istituzione per essere utile dovrà in questo caso non imporre contatti immediati, ma accettare la mediazione del volontario che opera al di fuori di ogni forma istituzionale, in modo diretto e spontaneo, da persona a persona. E si comprende anche come il volontario debba farsi umanamente maturo, per non farsi strumentalizzare né tentare viceversa di strumentalizzare lui il tossicomane, di cui pur vuole essere amico.

Nelle pagine che seguono, intendiamo in primo luogo esporre i dati essenziali della nostra esperienza diretta e riflessa (esperienza di un gruppo di giovani, per lo più studenti, che è voluto entrare in comunicazione con altri giovani, dediti al consumo della droga); e, in secondo luogo, proporre alcune riflessioni e indicazioni, sorte dalle nostre esperienze fatte e discusse in comune, sul lavoro di prevenzione e di riabilitazione. Siamo ben consci della limitatezza dei dati su cui ci basiamo e delle nostre stesse capacità di capire. E' il contributo, per quanto modesto, a una ricerca che riteniamo necessaria.

## 2. Una esperienza alternativa.

1. Pare ovvio dire che il tossicomane cerca un'alternativa. Ma alternativa a che cosa? Non sembra solo a un modo di vivere, bensì alla vita nella totalità delle sue dimensioni: famiglia, gruppi d'amicizia, educazione, lavoro, società civile. Naturalmente non si arriva subito a questa negazione totale e neppure ci arrivano tutti quelli che iniziano questo cammino della droga. Ma essa è al fondo del dinamismo di ogni tossicomania, ne è il movente nascosto.

E' ormai assodato che la maggioranza dei ragazzi che usa abitualmente droga l'ha provata all'inizio per caso o per curiosità. Ma se l'uso casuale della droga si inserisce in situazioni di disagio psicologico, individuale o familiare, esso cessa di essere casuale e diventa un fatto ripetitivo che porta alla tossicomania. Pertanto la più efficace prevenzione all'uso della droga è la creazione di un ambiente educativo o di vita che stimoli la crescita umana delle persone che ne fanno parte.

Spesso i ragazzi accusano l'estraneità con cui li hanno trattati i genitori, sia rifiutandoli e non facendoli partecipare ai loro problemi, aspirazioni, sogni, sia perché essi stessi non avevano vere aspirazioni e si accontentavano di vivere di meschinità in quadri privi di contenuto. Per di più, l'incapacità di essere autentici conduce i genitori a reprimere nei figli ogni slancio creativo, che viene colto come un attentato agli schemi conformistici mediante i quali gli adulti cercano di difendere le loro false sicurezze. Se il giovane constata questa totale chiusura del mondo familiare che dovrebbe aiutarlo a rivelarsi a se stesso e agli altri in tutte le sue possibilità di affermazione, sperimenta l'inutilità del suo agire, la sua impotenza di fare, diventa amaro e triste e allora, se il suo temperamento non lo porta alla ribellione violenta, tende a trasformare in continuativo l'incontro casuale con la droga. Nella «roba» il giovane cerca di trovare un mondo meno banale, più vario e colorato, a cui faccia da contorno una forte coesione di gruppo. Spera di superare così il disagio della mancanza di rapporti sociali cui lo ha costretto un certo tipo di ambiente familiare.

Se alla situazione di disagio familiare sopra illustrata si aggiunge — come oggi accade — anche quella di una scuola in crisi, in cui manca una sufficiente convergenza educativa da parte dei vari insegnanti, o addirittura qualunque progetto educativo, le spinte dissocianti nella personalità dell'allievo diventano prevalenti.

Ad aggravare poi questo quadro interviene la crisi della società in generale, di cui la crisi della scuola non è che un riflesso. La società di oggi spesso emargina brutalmente i giovani (la diffusa inoccupazione giovanile è una manifestazione drammatica di tale emarginazione), e più spesso ancora, col suo vuoto culturale, ne ostacola la maturazione umana attraendoli col miraggio di falsi valori, creando e proponendo modelli a cui non corrisponde niente di vero ma solo un maggiore consumo di cose inutili o dannose. Se la vita è ricchezza, comodità, moltiplicazione di sensazioni gradevoli di qualsiasi genere, essa perde di valore agli occhi del giovane, che per crescere come persona ha bisogno dello stimolo della generosità gratuita, del sacrificio per qualche cosa che apprezza.

Questa complessa situazione di crisi sospinge il giovane, in parecchi casi, verso l'evasione nella droga e verso la coesione di gruppo tra coetanei quale unico possibile rifugio. Ma questa coesione si rivela presto illusoria. Si sta, sì, assieme, ma come tanti mondi estranei l'uno all'altro. L'assunzione di droga non crea comunione, interrompe anzi la comunicazione, diventa una fuga che non risolve ma solo permette di eludere i problemi. Il giovane trasforma la sua tristezza in angoscia e la depressione diventa disperazione. Ma il giovane non è capace di sopportare l'angoscia e la depressione neppure per un momento: è questo un dato noto a tutti coloro che si occupano di drogati. Si passa allora dalla droga morbida a quella dura e soprattutto all'eroina. E' il riconoscimento implicito che la droga non serve a risolvere e neppure a sfuggire veramente dai propri problemi. Il giovane imbocca una via senza uscita in cui accentua sempre più l'uso della droga, prendendo eroina in dosi sempre maggiori. La tossicomania si è ormai insediata nella psiche del soggetto.

2. Nel suo cammino di progressiva dissociazione psicologica e di autodistruzione, il giovane tossicomane ha negato e rifiutato tutto, ma per un momento ha creduto in un valore: quello della coesione di un gruppo di coetanei. Ne è rimasto presto deluso, ma pur nella disperazione non sa mai staccarsi completamente da questo suo sogno. Se un gruppo di giovani che non si drogano potessero offrire questa coesione di gruppo, vera ed efficace, fuori del ricorso alla droga, non potrebbe ciò diventare l'alternativa valida a cui il drogato può tentare di aderire per uscire da una situazione senza speranza?

E' la proposta dei giovani del nostro gruppo «La Strada». Nell'esposizione che segue raccontiamo e riflettiamo sulla nostra esperienza: è un tentativo di chiarire motivazioni, di precisare metodi, di individuare l'atteggiamento di fondo richiesto per essere nella nostra opera costruttivi.

a) Scegliere la responsabilità di vivere nel rispetto della propria dignità umana comporta anche l'impegno di promuovere il risveglio di chi, sentendo troppo grave il peso di vivere nel rispetto di se stesso, ha scelto di evadere. La promozione umana di se stessi implica, infatti, l'impegno per la promozione umana di tutti, perché l'uomo non raggiungerà mai l'universalità dei suoi valori, se non coinvolgendo tutti gli uomini.

Proprio su questa strada noi stiamo procedendo con grande umiltà, consci di ricevere soprattutto e offrendo solo quella parte di noi stessi che possiamo chiamare sensibilità, umanismo e che ognuno di noi possiede e nessuno deve poterci togliere.

b) La nostra scelta di essere accanto al tossicomane è già di per se stessa difficile, ma si configura in pratica con aspetti di complessità

ancora maggiore, perché siamo costretti a confrontarci con una realtà nella quale convivono istituzioni disumanizzanti e, come ovvia conseguenza, o reazione, emarginati che ad esse non si adattano o le rifiutano.

I termini « integrato » ed « emarginato » hanno entrambi un significato di devianza rispetto all'uomo libero e responsabile; fintantoché coscienze libere e responsabili o che per lo meno ambiscono di essere tali effettivamente ancora esistono, queste devono accettare di **vivere in tensione** tra il rifiuto del livellamento proprio dell'**integrazione** e la **evasione** sterile in cui cade chi si emargina. Sono due atteggiamenti contrari ma entrambi apolitici: il primo in quanto rifiuta di operare la trasformazione delle istituzioni, il secondo perché si affossa nell'intimismo, fuggendo la lotta che la realtà impone e operando al più una contestazione individualistica priva di rilevanza a livello di società e quindi del tutto inefficace, quando non fa il gioco del sistema.

c) Il « volontario » si inserisce **nello spazio che intercorre tra istituzione ed emarginato**, nel caso nostro il tossicomane, e cerca di operare su entrambi.

Riguardo alle **istituzioni** il « volontario » ha un obiettivo politico, che consiste nello stimolarle a compiere sempre sino in fondo, ma anche soltanto, il servizio per cui la comunità le ha create. In una società veramente democratica esse sono al servizio della collettività e sono gestite da essa e non si lasciano strumentalizzare dal potere. La gente le sente come sua proprietà e vi si muove liberamente dentro.

Proprio per questo motivo « volontariato » non significa velleitarismo, né tendenza a sostituire le istituzioni. Ma è difesa del singolo nelle sue caratteristiche individuali, che l'istituzione non deve mai livellare pur garantendo a tutti l'accesso ai servizi che è in grado di fornire.

Nei confronti dell'**emarginato** in genere e del tossicomane in particolare non ci si devono però aspettare risultati concreti e immediati. La sua trasformazione deve, in qualche modo, passare in secondo piano. Ciò soprattutto per due motivi: — 1) se volessimo perseguire il risultato concreto, cioè nel caso nostro il « recupero » del tossicomane, rischieremmo, nella tensione dell'attesa del risultato, di dimenticare che abbiamo di fronte a noi un uomo da rispettare e non una materia da plasmare a nostro piacimento; — 2) inoltre, perseguire il risultato concreto diverrebbe presto un'arma a doppio taglio, perché l'esperienza ci insegna quanto difficile sia e quanto tempo occorra per il recupero sociale del tossicomane. Se volessimo verificare, oltretutto a breve termine, l'efficacia della nostra azione, cadremmo in quella che noi chiamiamo la « crisi d'impotenza », rischiando di esaurirci psicologicamente e di giungere di conseguenza alla decisione di abbandonare una strada che si presenta apparentemente senza sbocchi positivi.

In realtà non possiamo, in questo campo, proporci di produrre qualche cosa fuori di noi, sia pure la crescita umana dell'altro che, ottenuta, ci gratifica. Nostro fine deve invece essere la promozione umana di tutti gli uomini, tra i quali siamo anche noi ed anche il tossicomane. E' un risultato che, comunque vada col tossicomane, ricade anche su di noi, perché siamo parte dell'umanità che ne beneficia. Così perde d'importanza il risultato concreto a breve termine e il nostro agire sedimenta un piccolo bagaglio di esperienze che, assieme alle esperienze di molti altri, diventeranno patrimonio comune di tutti gli uomini. Perciò il nostro impegno non dovrà mai diminuire anche di fronte alla esiguità delle soddisfazioni. Con tutto ciò la nostra azione resterà finalizzata, perché l'obiettivo del risultato, nel senso che abbiamo ora spiegato, rimarrà sempre presente in noi come tensione e termine ideale: proprio questo ci permetterà di evitare l'attivismo del fare tanto per fare.

d) Ma continuare ad operare sempre con la stessa carica umana, con la stessa tensione ideale, verso un obiettivo così lontano e difficilmente verificabile, esige un **equilibrio psicologico** che uno da solo non si può dare. E' necessario **lavorare in gruppo**, per scaricare mutuamente le tensioni accumulate, **comunicando** con persone che condividono quanto noi sentiamo e siamo. Queste persone che con noi collaborano — è un primo positivo risultato della nostra scelta e del nostro impegno — ci diventano amiche.

Parlando di noi, delle nostre tensioni e problemi, maturiamo noi stessi e ci liberiamo: acquistiamo in umanità. Il coraggio di dirsi, di mostrare le proprie piccole e i propri difetti esponendosi al giudizio degli altri, stimola gli altri a manifestarsi alla loro volta e ad analizzare assieme i propri problemi. Con i ragazzi tossicomani che si sono trovati, magari loro malgrado, sulla strada della droga proprio a causa della incapacità di comunicare, di socializzarsi, di manifestarsi, l'esempio di chi accetta di parlare loro di sé, di esternare la propria crisi senza paura dell'altro, appare l'unico valido strumento alla portata di tutti per stabilire un rapporto di fiducia e di amicizia, che sono in fondo le cose di cui maggiormente sentono l'esigenza.

Certo non basta comunicare in tale modo se stessi, per essere utili in una comunità di cui fanno parte anche dei drogati; occorre riuscire a gestire le proprie crisi con maturità, senza cadere nella disperazione, mostrando come è possibile anche in quei momenti difficili fare prevalere la ragione sulla emotività. Si tratta di provare con i fatti come un certo modo di porsi nella realtà, un certo stile di pensiero consentono di affrontare i problemi che tutti hanno con serenità e senza evadere con l'assunzione di stupefacenti.

e) Questo è quanto sembra necessario fare, ma non è detto che sempre ci si riesca. Non si ha talvolta la maturità e la preparazione psicologica e spirituale per garantire una lucidità d'intervento. Si finisce talora col fare il danno sia proprio sia del tossicomane. Si aggiunge che in questi frangenti poco servono i libri che raccontano l'esperienza di chi ha intrapreso questo cammino prima di noi; neppure servono

molto i consigli degli adulti che ci sono vicini e che hanno compiuto una più vasta e diuturna esperienza. In tale campo **conta in definitiva solo l'esperienza fatta direttamente** e l'esperienza degli altri serve solo in quanto diventa, con la pratica, esperienza propria personale. Gli altri possono aiutare a riflettere su una esperienza fatta, ma il presupposto indispensabile è che l'esperienza personale ci sia.

Ci siamo più volte chiesti se era lecito fare così dell'esperienza quasi sulla pelle degli altri. In realtà, noi facciamo dell'esperienza anzitutto sulla nostra pelle; se ci entra anche la pelle degli altri, è perché tutti siamo assieme nello stesso spazio umano e tutti ci teniamo gli uni gli altri. **L'esperienza cioè la facciamo tutti assieme sulla pelle di tutti** senza distinzione. Questo ci unisce tra noi e ci pone sullo stesso piano dei tossicomani. E' una situazione di uguaglianza umana che giova a tutti: accettiamo tutti di sbagliare affinché tutti possiamo assieme acquisire un nuovo e migliore modo di vivere.

Solo così, nel futuro, potremo avere una migliore conoscenza di un problema relativamente nuovo, spesso considerato abnorme ed estraneo da una collettività che si ritiene « corretta » e in ogni caso non vuole sentirsi colpevole.

f) Nel nostro gruppo siamo tutti d'accordo sui danni prodotti dall'uso degli psicofarmaci e dei derivati dell'oppio. Il giudizio è meno unanime sull'azione fisiologica dei derivati della canapa indiana e sugli effetti sociali del suo uso. Pare infatti che sotto l'aspetto fisiologico questa sostanza non provochi alcun danno. Può darsi anche che essa non induca una vera e propria dipendenza psicologica. Resta il problema di quello che provoca di fatto dal punto di vista sociale. Chi fuma viene inevitabilmente in contatto col « giro ». Se poi consideriamo che connesso alla « fumata » di gruppo c'è tutto un rituale ben preciso e che molto spesso l'evasione nel « fumo » diventa pratica abituale, allora ci rendiamo conto ancora una volta come sia difficile che il singolo individuo possa gestire tali sostanze in maniera razionale e come esse diventino perciò spesso efficaci incentivi sulla strada dell'emarginazione.

A questa conclusione siamo giunti per esperienza diretta. Inizialmente eravamo piuttosto propensi ad accettare il « fumo » perché ci appariva poco dannoso; ora però siamo, per motivi operativi, **nettamente contrari a qualsiasi sostanza** di questo tipo. Inoltre, come gruppo e come singole persone che propongono di comunicare qualcosa ai tossicomani, riteniamo di **dover rappresentare una scelta alternativa alla droga**. E una scelta può essere fatta solo tra cose bene distinte: se accettiamo anche una sola di queste droghe, non rappresentiamo più un'alternativa. Anche un piccolo compromesso con la droga sgretolerebbe la nostra credibilità.

Di conseguenza, scendendo su un piano più pratico, dobbiamo rifiutare il contatto anche fisico con chi vuole, in un preciso momento, « fumare » o iniettarsi qualche sostanza. Ciò può in un primo tempo allontanare da noi il tossicomane: ma egli ritornerà, quando avrà capito che non si rifiutava la persona ma la sostanza.

g) Atteggiamenti come questi è però difficile saperli mantenere con costanza. E' difficile cogliere il momento in cui si deve essere duri e quello in cui si deve usare una certa elasticità. Ed è anche difficile rinunciare sempre alle gratificazioni momentanee che un comportamento diverso potrebbe assicurare. Si è giunti perciò a sentire l'esigenza del **recupero di una certa professionalità**.

In altri termini, se noi andiamo in crisi, non serviamo più né a noi stessi né agli altri, cioè ai tossicomani. E' quindi necessario instaurare un minimo di oggettività, di distacco professionale nel nostro rapporto, diremmo un minimo di « disumanità », quella che consente di non negare assieme a chi si vuol salvare. Proprio questa « disumanità » professionale rende tanto forti le istituzioni, permette loro di non andare mai in crisi, mentre la sua mancanza rende il volontario tanto vulnerabile, indifeso.

Ciò non significa tuttavia che ci si debba porre di fronte al tossicomane con un atteggiamento di superiorità. Nulla si farà se non si riuscirà a stabilire con lui un rapporto di fiducia e di amicizia, perché nessuno accetta di essere « insegnato » dagli altri, come neppure gradisce di essere oggetto di pietà, o di servire ad altri di pretesto per soddisfare il loro bisogno di prodigare amore ed affetto o di sentirsi « buoni ». Una esperienza del genere la si è fatta anche nel nostro gruppo.

h) Non si pensi che la parità che si esige nel rapporto col tossicomane sia una maschera, o qualcosa di artificiosamente costruito. Abbiamo di fatto onestamente riconosciuto che, nel **rapporto scambievole**, noi, i non tossicomani, abbiamo finora ricevuto non meno di loro, cioè i tossicomani. Pur senza volerlo direttamente, essi ci hanno dato di fatto l'occasione di acquisire una maggiore capacità di analisi e di riflessione critica circa i problemi della società di oggi. Questi problemi, a parte la soluzione da essi data, sono anche i nostri ed è certamente un vantaggio poterli accostare con maggiore sensibilità e obiettività. Ciò ci consente di affrontare con più sicura maturità l'ambiente sociale in cui tutti viviamo.

Abbiamo già detto che solo la **condivisione di vita** può dare risultati apprezzabili nel rapporto col tossicomane. Ora vediamo che questa divisione di vita è non un semplice stare assieme, ma è il **camminare insieme verso una meta comune di maturità umana**, cioè di coscienza, libertà, responsabilità nel vivere sociale, che si differenzia sia dalla integrazione sia dalla emarginazione. E' una speranza che dobbiamo ri-

trovare sempre di nuovo in una strada fatta assieme. L'amico tossicomane ci aiuta a vivere in questa tensione e noi stessi aiutiamo lui a credere un tantino in se stesso e nella sua propria vita.

La strada ammette sbagli e recuperi. Ne ricordiamo uno, di sbagli, quello in cui siamo caduti tempo fa, noi i più giovani del gruppo, quando ci siamo assunti la responsabilità della gestione di una vita in comune, per alcuni giorni, con dei ragazzi tossicomani, senza l'aiuto della persona adulta che ci aveva guidati in precedenti simili esperienze. L'unica nota positiva di questa nostra gestione è stata quella di aver preso coscienza della nostra impreparazione operativa e della nostra immaturità.

Questa esperienza negativa ci ha fatti più cauti. Dobbiamo irrobustire la nostra coerenza, affinché il tossicomane, sempre sensibilissimo, non colga nel nostro comportamento una conferma alla sua persuasione che sia impossibile stabilire anche tra giovani rapporti limpidi e veramente liberanti. Occorre imparare a vivere da soli, per saper aiutare a riempire, anche solo con la propria presenza, i vuoti che si aprono normalmente in ogni comunità di persone: sa vivere in una comunità e sa aiutare a vivere nella comunità solo chi ha imparato a vivere anche da solo, senza appoggiarsi stancamente ad altri o cercare da altri vane gratifiche.

i) Queste esperienze di vita comune hanno senza dubbio bisogno di strutture. Ma rifiutiamo quelle strutture che diventino o rischino di diventare istituzioni. Sarebbe sconfessare il nostro tipo di volontariato e adattarsi ad una operazione sussidiaria di quanto crediamo — come si è detto all'inizio — di dovere invece pretendere dalle pubbliche istituzioni. Potrebbe anche essere utile, ai fini di una operatività materiale, cercare al nostro agire una etichetta precisa: potremmo così avere finanziamenti e sussidi. Ma anche questo lo riteniamo contrario al nostro proposito di condurre liberamente la nostra ricerca, lasciandoci condizionare solo dai dati della nostra esperienza diretta o indiretta e dalla volontà di allargare lo spazio delle coscienze libere in una società che tende a strumentalizzare tutto e anche l'uomo.

### 3. Prevenire e ricostruire.

1. Prevenire la tossicomania e ricomporre dal tossicomane l'uomo nella sua individualità e nella sua dimensione sociale non sono occupazioni inoffensive per l'attuale società in cui viviamo. Occorre ben comprendere che la droga come il terrorismo è rifiuto e che questo rifiuto, a parte le sue modalità, è troppo massiccio per non avere motivazione. In fondo anche il riformista rifiuta, solo che spera di modificare, mentre chi si droga o ricorre alla violenza nichilista ha perso ogni speranza o spera che solo dallo sfacelo possa riemergere l'uomo reale, quello che tutti sognano.

E allora, come primo passo nella prevenzione o nella cura di questi giovani tossicomani, occorre accettare e **volere fortemente il cambiamento del mondo**. Bisogna proporre anzitutto ai « sani » un mondo diverso da quello attuale. E' necessaria **una utopia storica che orienti un cammino**: utopia perché rimane sempre al di là di ogni nostra attuazione, ma storica perché permette ad ogni uomo di misurarsi con la vita, di operare scelte che hanno un senso di progresso. Chi poi ha fede sa che lo sforzo umano può riuscire e non riuscire, ma in ogni caso l'attuazione totale sarà il dono del Padre.

L'efficacia storica dell'utopia passa attraverso il gesto generoso, il **comunicare gratuito**. Occorre perciò la persuasione che tutto quanto l'uomo ha o è, al di là della persona singola, è destinato a tutti gli uomini: la crescita umana o è di tutti o non è di nessuno. Questa comunione ideale deve attuarsi in forme storiche di **condivisione di vita e di cose** necessarie o utili alla vita. Senza questo « segno » l'utopia rimane inefficace. Se i giovani lo pongono salveranno gli altri giovani, tutti.

**2. Informare i giovani sul pericolo della droga** è certamente necessario, ma non bisogna trasformare l'informazione in réclame. Perciò, il problema va posto là dove sorge spontaneamente o pare bene si debba fare sorgere perché si prevede che l'interrogativo non possa tardare a porsi al ragazzo. E devono farlo gli insegnanti, i genitori, cioè le persone che hanno la cura pedagogica abituale del soggetto: il tecnico potrà venire in un secondo tempo, per completare le informazioni secondo le esigenze e il desiderio di chi deve trarne profitto. Ogni drammatizzazione è controproducente.

Ma l'informazione non basta. Occorre dare « segni » visibili e comprensibili e verificabili in una comunione nella solidarietà umana. Bisogna mostrare che la comunione, che fonda il mutuo aiuto, anche se difficile e costosa per chi si propone di attuarla, è possibile e di fatto, date alcune condizioni, viene davvero attuata. Occorre evitare che il giovane troppo immaturamente deluso si veda quasi costretto a preferire l'autodistruzione di se stesso e di tutto.

**3. Queste linee di strategia sociale** vanno perseguite assiduamente e senza stanchezze, anche se per perseguirle occorre combattere e vincere tutta una serie di resistenze e detriti di una società amante del suo stesso sfacelo. Da tale lotta a livello di società non siamo esentati per l'esistenza di un problema immediato di correre in aiuto di chi ne ha urgentemente bisogno. Sarebbe come lasciare il campo di battaglia per curare i feriti.

Però curiamo anche i feriti! La **disintossicazione** di chi è abituato alla droga è possibile? La risposta è senz'altro positiva, ma occorrono molte precisazioni.

Come fatto medico la disintossicazione è abbastanza semplice. Per quanto riguarda lo stato di decadimento fisico generale che spessissimo si riscontra in chi è dedito al « buco », è sufficiente, il più delle volte, la somministrazione di una dieta ricca di calorie e proteine eventualmente associata a polivitaminici ed energetici, nonché di altri farmaci volti a interrompere eventuali quadri infettivi in atto che si riscontrano soprattutto a carico del fegato (epatite), dei genitali (malattie veneree) e delle vie respiratorie (laringiti e bronchiti acute e croniche).

Per quanto riguarda la dipendenza fisica in senso stretto il problema si riduce alla prevenzione o alla interruzione della crisi di astinenza, cioè a quell'insieme di disturbi, solo molto raramente mortali, che compaiono con la brusca interruzione del farmaco a cui si è dediti. Nel caso degli oppiacei questa astinenza si manifesta con vomito, nausea, crampi muscolari, vertigini, sudorazione profusa, coliche addominali, alterazione dell'intensità visiva, orripilazione, insonnia. Detti sintomi raggiungono un acme tra la ventiquattresima e la settantaduesima ora dall'interruzione per poi diminuire e raggiungere un nuovo picco tra la settima e la decima giornata. Il problema diventa quindi, in teoria, la copertura medica dei sintomi di questa dozzina di giorni. Opinioni molto autorevoli dimostrano che l'intensità della loro manifestazione è in diretta correlazione con la quantità di sostanza che si era abituati ad assumere ma soprattutto con l'intensità dello stato di ansia del soggetto. Lo stare in compagnia, il poter distrarsi, il sentirsi protetti, permettono di ridurre a disturbi fisici accettabili quegli stessi sintomi che in una diversa situazione vengono recepiti come senso di morte imminente.

La cura può essere accompagnata da ansiolitici per lenire la paura che questi ragazzi hanno nell'affrontare il mondo senza l'uso di stupefacenti. Si è finora usato il metadone, che ha molti dei requisiti degli oppiacei e una permanenza nel sangue molto lunga, per cui permette di prevenire e di trattare durevolmente i fenomeni di astinenza; oggi tuttavia si critica fortemente il suo uso, come sostituto dell'eroina, uso che consiste nella diminuzione progressiva delle dosi, magari secondo un piano deciso assieme al ragazzo, attuando contemporaneamente una terapia di sostegno affinché la diminuzione delle sostanze stupefacenti trovi un fisico capace di reagire positivamente.

4. Ma se si attua solo la disintossicazione fisica il ragazzo tornerà presto ad essere pieno di droga come e peggio di prima! L'importante è che il tossicomane « decida » davvero di non prendere più « roba ». Come è possibile condurlo a tale risoluzione? E' necessario **ricostruire psichicamente l'individuo**. Diciamo subito che si tratta in definitiva di un'autoricostruzione, a cui gli altri possono concorrere più che altro creando l'ambiente favorevole.

Il ragazzo che cercava nella droga quella soddisfazione che la vita non gli dava ha bisogno di trovare una soddisfazione equivalente nel momento in cui decide di « smettere ». Se non gli si dà questo sostegno psicologico, nessuna disintossicazione può avere effetto, lascia anzi una delusione ancora più grave nell'animo di chi aveva per un attimo sperato di poterne « uscire ».

Occorre invitare il tossicomane in un'ambiente in cui sono vissuti

**valori alternativi alla droga.** Sono valori molto umani, immediati, semplici quelli che toccano la volontà del giovane: l'amicizia sentita e non affettata; il rapporto diretto da uomo a uomo senza artificiosità cerimoniali; la funzionalità evangelica nell'uso e nell'apprezzamento delle cose, che prende il necessario senza falsi pudori e complessi, ma sa respingere l'accumulo soprattutto se a spese del soddisfacimento delle esigenze vitali degli altri; la famiglia unita, concorde, ma insieme anche aperta agli altri; e tanti altri valori propri di chi pone la sua vita a disposizione degli altri e non del mercato.

In fondo, si potrebbe dire che questi giovani non chiedono molto, chiedono cose ovvie, atteggiamenti molto veri e molto belli che sono a disposizione di tutti. Ma sotto altro riguardo, proprio per ciò stesso, chiedono tutto, esigono ciò che è impossibile all'uomo, vogliono una società inedita.

Scopriamo allora che il discorso sulla cura si ricongiunge con quello sulla prevenzione: gli strumenti nei due casi sono in fondo gli stessi. Si conferma così che la **strategia della prevenzione** non è impegno teorico, astratto, evasivo, superfluo, ma **l'unica veramente indispensabile e per prevenire e per ricostruire.** Possiamo dare a questi giovani, oggi, modelli imitabili e credibili?

L'esperienza che pensiamo si debba offrire ai tossicomani o ai giovani in pericolo prossimo di diventarlo non è quella del medico o dello psichiatra (necessari peraltro sotto diverso riguardo), ma una condivisione di vita nella linea della proposta alternativa del gruppo di giovani che abbiamo sopra illustrata. E' una esperienza comunitaria che non mette però assieme soltanto giovani tossicodipendenti, perché sarebbe un ghetto e i modelli di vita alternativa non apparirebbero. E neppure bisogna riproporre, sia pure in modo diverso, a ragazzi che in genere non hanno più di sedici anni, una pedagogia che presenti modelli per quanto corretti di vita familiare. La famiglia ha i suoi limiti sempre, ma se, oltre a ciò, l'esperienza di vita familiare è stata negativa, la psicologia del ragazzo ne rimane segnata.

Bisogna creare un **luogo di incontro umano permanente** che consenta il contatto spontaneo con gli altri giovani della stessa età e anche con adulti **non in posizione competitiva o di dominio ma di condivisione di vita.** Forma comunitaria, stile di vita comune, fine comune da raggiungere col concorso di tutti i componenti: ma comunità reale, che attui sia pure gradualmente un inserimento vero in una lotta « per » la vita e non « contro » la vita, la propria vita. Ricordiamo la netta affermazione che fa parte dell'impostazione del nostro gruppo: né « integrati » né « emarginati », ma coscienze libere.

Abbiamo parlato di reinserimento graduale. Infatti queste **comunità** non devono offrire una terapia « cronica », ma devono essere **luogo di passaggio.** Sono anzi prevedibili **diverse modalità:** comunità terapeutica

del tipo predetto, comunità d'alloggio per ragazzi ormai più autonomi, vita pienamente inserita col normale sostegno delle amicizie, ecc. Le comunità che finora di fatto si sono rivelate meglio atte a rispondere alle esigenze del tossicomane che vuole smettere sono quelle agricole; si tenta anche di impostare comunità di carattere artigianale; il lavoro industriale ha una sua durezza e va affrontato con una certa cautela. Spesso infatti il tossicomane è un disadattato alla società industriale, quale oggi esiste: non possiamo certamente ritornare o sognare forme o sistemi di lavoro ormai superati, però possiamo adoperarci affinché il lavoro industriale venga commisurato all'uomo, il quale resta pur sempre l'unico fine per cui valga la pena operare in quest'ambiente.

Una vita del genere si capisce bene come richieda in modo impellente la **presenza di volontari sempre disponibili e che facciano del loro impegno umano una ragione di vita**. Il salariato, se non agisce con spirito e disponibilità di volontario, non serve. Il tecnico è utile, ma non può dare soluzioni permanenti senza il concorso del volontario. Ora, il volontario non si manifesta se non in un certo tipo di società in cui siano promossi certi valori.

E' la provocazione del tossicomane: in quale misura siamo noi « sani », oggi, in grado di attuare questa autentica comunità umana?