

ASPETTI RELAZIONALI CON LE PERSONE TOSSICODIPENDENTI: CONCETTI DI BASE PER GLI OPERATORI DI PREVENZIONE “IN STRADA”

Giovanni Serpelloni (1), Paolo Stocco (2)

(1) Sezione di Screening HIV, Gruppo C, Ser.T.1, ULSS 20 - Verona

(2) Comunità Terapeutica Villa Renata - Lido di Venezia

PREMESSE

In questo articolo verranno analizzati alcuni aspetti della relazione con il tossicodipendente in un contesto di “strada”, ossia in un contesto non strutturato o meglio diversamente strutturato, con una domanda di aiuto non esplicitata ed una offerta che, per poter essere “apprezzata”, ha bisogno di una premessa relazionale. Il fine di questo articolo quindi, lungi dal voler essere esaustivo, è quello di fornire alcuni elementi utili per la riflessione e la formazione del personale addetto all’outreach nei programmi di prevenzione dell’infezione da HIV.

Verranno analizzate le principali e peculiari dinamiche della relazione di strada, i principali pericoli di tale relazione, il rapporto di alleanza che può essere instaurato e le basi su cui si fonda. Verrà inoltre, puntualizzata l’importanza che rivestono nella relazione i silenzi, le attese e la necessità, per un corretto rapporto, del riconoscimento della realtà “dell’altro” come realtà pregna di drammaticità esistenziale e non virtuale. Sono state sviluppate in seguito alcune riflessioni della necessaria maturazione che l’operatore di strada deve fare passando dal concetto salvifico dell’operatività indirizzata al “far guarire” a quello più modesto ma senz’altro più concreto del “prendersi cura”.

Sono stati trattati infine, alcuni aspetti legati alla gestione delle resistenze e all’accompagnamento ai Servizi per iniziare percorsi ad alta soglia. Alcune delle riflessioni qui riportate sono state mutate da precedenti esperienze estere ed italiane tradotte in alcuni recenti lavori di autori che, prima di noi e con maggiore competenza, si sono occupati di questi problemi.

1) LA RELAZIONE IN STRADA ED IL RUOLO DELL'OPERATORE

È necessario considerare che in un contesto di strada, così destrutturato e poco conosciuto o conoscibile per l'operatore ma, al tempo stesso, altamente strutturato e proteggente per il TD, vengono a mancare gli usuali codici di comunicazione e gli effetti stabilizzanti e rassicuranti che l'istituzione determina per l'operatore.

Chi si accinge ad entrare in questi percorsi deve essere consapevole che andrà a lavorare in un contesto dove la domanda di aiuto - nel senso psicologico del termine - è praticamente assente e gli obiettivi dell'operatore relativamente al recupero globale della persona, molto spesso sono completamente non pertinenti con i bisogni e le aspettative immediate dei TD.

Il primo dato da tener presente è che l'operatore, agendo nella strada si trova - per così dire - "sbilanciato" in una relazione dove non è sempre chiara la distinzione fra chi chiede e chi deve rispondere. Diversamente in un contesto istituzionale e protetto la distinzione fra operatore e utente è sempre netta e qualificata da una modalità relazionale asimmetrica per cui una persona che chiede ha meno "potere contrattuale" rispetto all'operatore che risponde. Va chiarito fin da subito che l'operatore di prevenzione in strada è una persona che è in grado di offrire un sostegno concreto ed attivo che ha come obiettivo principale quello di aiutare il TD al cambiamento delle pratiche a rischio, senza occuparsi di complessi processi intrapsichici. Egli ha anche le competenze necessarie per offrire dei suggerimenti e per orientare l'utente verso percorsi riabilitativi più adeguati alle sue specifiche problematiche sanitarie, psicologiche, familiari, sociali, giudiziarie e lavorative.

Il suo atteggiamento deve essere professionale verso i problemi della devianza e teso ad approfondire le sue conoscenze in ambito antropologico, con la curiosità di voler capire i meccanismi culturali che stanno alla base di determinati comportamenti, al fine di strutturare una comunicazione realmente efficace tale da avere delle conseguenti ricadute operative.

In questo contesto, la prevenzione delle infezioni e dell'overdose può però rappresentare un momento in cui le due componenti trovano un primo e comune piano di relazione. La non semplice soluzione sta nel trovare il modo iniziale attraverso il quale l'utente comprenda che il nostro interesse è collimante con il suo e che non gli viene richiesto un impegno o delle variazioni comportamentali immediate tali da dover mettere in discussione il suo sistema "omeostatico" sia relazionale che personale, centrato sull'uso di droghe.

Si tratta quindi, di riuscire a favorire una relazione fiduciaria con una persona che non ha esplicitato una richiesta di aiuto e che, molto spesso, nega di avere un problema di dipendenza psicologica con la sostanza tale da determinare la necessità di una cura. A lui non interessa lasciare l'eroina in cambio di una "vita regolare" ma

preferisce invece, coltivare l'illusione che un domani, (sarà lui a decidere quando), sarà in grado di conciliare le due cose. In questo modo viene costantemente rimandato un bilancio hic et nunc.

L'obiettivo è quello semplice, ma al tempo stesso complesso, di instaurare un'alleanza basata su una relazione di aiuto molto particolare e finalizzata soprattutto ad essere efficace nel breve termine e per obiettivi minimi.

Questo vuol dire che l'operatore deve essere in grado di accettare il "libero comportamento" del TD senza contrapporlo e senza rappresentare un suo potenziale ostacolo. Si tratta invece, di cominciare con lui un percorso che passi attraverso anche il solo "stare vicino", fornire dei supporti e dei suggerimenti per evitare o contenere i danni derivanti dall'uso di droghe, l'overdose e la contrazione o la diffusione di patologie infettive in primis. Occorre quindi focalizzare la propria azione avendo ben chiari questi obiettivi minimali ma estremamente importanti, lasciando invece aperta la strada ad ulteriori interventi, più ambiziosi, svolti assieme ad altri operatori e ad altri Servizi. L'operatore dovrà altresì avere ben chiaro che la sostanza stupefacente rappresenta una soluzione radicale che annulla ogni bisogno del tossicodipendente ed esercita pertanto una forza di attrazione incommensurabilmente maggiore rispetto alle proposte ed alle indicazioni che egli può fornire. Risulterà quindi fondamentale accettare di lavorare anche con persone che non vogliono smettere di usare droghe mettendo in atto quindi, ipotesi di cambiamento finalizzate soltanto (anche se temporaneamente) a ridurre i rischi per il TD.

In altre parole, bisognerà tenere conto del messaggio complesso che il TD con il suo comportamento invia, entrando in relazione con lui, "rispettando" le sue ragioni profonde. Questa comprensione deve ad esempio tener conto che, spesso egli si trova in una condizione di coartazione fisica e psicologica determinata dalla sostanza e le prime richieste assumono un carattere - per così dire - "strumentale", vale a dire che sono connotate dal suo vissuto di imperiosa emergenza (la dimensione logica del TD è quella regressiva del volere "tutto e subito"!) e dalla ricerca di ottenere un soddisfacimento immediato al bisogno primario della sostanza. Tutto ciò che può agevolare questo appagamento viene valutato come positivo, costruttivo e "solidale", tutto ciò che lo ostacola viene valutato come indesiderato, distruttivo ed ostile. La sostanza ha l'effetto non soltanto di soddisfare il desiderio del piacere, ma di sedare il malessere fisico (nelle condizioni di astinenza) e di reintegrare artificialmente un benessere psicologico. In queste condizioni, ben difficilmente può sorgere una condizione di consapevolezza circa le problematiche della sudditanza fisica e psicologica verso la sostanza. Il TD infatti, sopravvalutando per lungo tempo le sue possibilità, vive la propria condizione come una libera scelta, ritenendo di poter maneggiare la sostanza (in questo caso l'eroina o la cocaina), mentre è vero l'opposto. In definitiva egli si trova veicolato in prima battuta ad esprimere sol-

tanto dei bisogni fisici, negando altre problematiche soprattutto quelle di natura psicologica. Le risposte a questi bisogni, rappresentano pertanto, uno strumento di aggancio tale da permettere nel tempo la possibilità di formulare delle richieste di aiuto più elaborate. È importante quindi comprendere la natura strumentale della relazione in strada, che si fonda sulla domanda-offerta di aiuto concreto, senza però che l'operatore si debba attendere necessariamente una evoluzione della relazione.

Va ancora ribadito, prima di proseguire, che l'operatore di strada non è pertanto chiamato ad assolvere delle missioni impossibili né ad improvvisarsi psicoterapeuta bensì considerarsi una persona che fornisce un sostegno concreto, che sa informare ed orientare, in definitiva con compiti di "counsellor". La sua visione del problema deve avere un forte radicamento di tipo antropologico e la tendenza a psicologizzare qualsiasi contenuto emerga nella relazione con il TD in strada è una attitudine chiaramente da tenere sotto stretto controllo. Sotto il profilo temporale la relazione di aiuto che sviluppa un operatore di strada è tesa a dare risposte immediate e che si sviluppa quindi nel breve-medio termine. È una relazione che si realizza nell'hic et nunc vale a dire nel qui ed ora. È basilare riuscire a valorizzare la relazione in questa prospettiva di immediatezza senza porsi in un'ottica di tipo medico-psicologico (anamnesi-diagnosi-prognosi), poiché risulterebbe fuorviante ed inoperativa.

Non andrà quindi mai abbandonato l'approccio pragmatico teso ad instaurare questa relazione di aiuto basata soprattutto sull'intenzione solidaristica e spontanea di soccorrere una persona che soffre e che, per risolvere completamente i propri problemi, avrà bisogno di un percorso che necessita di tempi lunghi ed interventi specialistici ma, nel frattempo, avrà soprattutto bisogno anche di imparare a proteggersi dai rischi di morte derivanti dall'uso di eroina.

2) I PRINCIPALI OSTACOLI DELLA RELAZIONE

In questo rapporto così semplice per l'utente ma così complesso per l'operatore uno dei pericoli principali derivanti da questa necessità contingente dell'accettare la diversità nello stile di vita e nella strumentalità di una relazione che chiede e non offre nulla in cambio, è proprio quello dell'attivazione di meccanismi sintonici di identificazione con il TD e le sue penose situazioni.

A questo proposito, l'operatore deve avere costantemente ben chiaro che egli sarà sempre vissuto dal TD come un individuo diverso, non appartenente al suo mondo. Sarebbe quantomeno inopportuno e controproducente che l'operatore di strada, per farsi accettare, tentasse di emulare il TD, fingendo ad esempio di avere la stessa visione del mondo. Questo non rafforzerebbe la sua credibilità. Vi sono

mille altri modi per comunicare il rispetto reciproco e contemporaneamente la differenza dei ruoli senza dover recitare una parte che, a lungo andare, potrebbe risultare insostenibile. Un modo utile, ad esempio, può essere quello di individuare degli argomenti di comune interesse ma qualificati come neutrali, vale a dire che non comportano una eccessiva esposizione sul piano psicologico ed affettivo. Questi argomenti magari banali quali lo sport, il calcio, i film, la musica, permettono che si instauri una normale comunicazione e che gradualmente possano creare un qualche legame significativo.

Purtroppo non è infrequente incontrare degli operatori inesperti, i quali eccedono nella relazione di aiuto al punto di entrare in relazione in modo profondamente “assistenziale” e vicariante, con il desiderio inconscio, ma fortemente ricercato, di creare un rapporto di dipendenza con il TD che gli consenta di “sentirsi indispensabile”, quasi a voler sostituirsi alla dipendenza dall’eroina. Si tratta quindi, di una relazione necessaria all’operatore per sentirsi utile ed appagato nel suo bisogno di onnipotenza terapeutica più che al tossicodipendente.

Il maldestro tentativo di creare una sorta di antagonismo psicologico con l’eroina porta però, inevitabilmente, soltanto forti frustrazioni da parte dell’operatore.

La sua disponibilità, di solito, è destinata a diventare sempre più grande perché sempre maggiori sono le richieste alle quali viene surrettiziamente chiamato a rispondere.

L’insieme di queste risposte determina però una condizione di attesa reitutiva da parte dell’operatore, alla quale il TD non è in grado, o non è nel suo interesse, di conformarsi. La frustrazione dell’operatore si tradurrà in: un aumento di aggressività nei confronti del TD considerato un “ingrato” ed un “traditore”, in una perdita di entusiasmo e di motivazione a continuare il lavoro, in atteggiamenti stigmatizzanti, svalutativi e moralistici che inclineranno la relazione con il TD.

Spesso, a questo punto, il TD, esperto manipolatore (per necessità di sopravvivenza) sfrutterà l’occasione a suo esclusivo vantaggio, arrivando talora a squalificare l’operatore ed i suoi interventi, compresi i messaggi di prevenzione. Atteggiamenti di questo tipo possono facilmente sfociare anche in false alleanze e collusioni funzionali ai bisogni dell’operatore che risultano, oltretutto scarsamente utili, estremamente pericolose e difficilmente recuperabili.

3) IL RAPPORTO DI ALLENZA

La ricerca di un rapporto bilanciato e quindi, il necessario equilibrio da instaurare nel rapporto con il TD, sarà la base per cominciare il percorso veramente utile per il paziente.

L'alleanza giusta da instaurare quindi, si basa su una relazione fondata su alcuni criteri di fondo che l'operatore dovrà sempre avere presenti. L'operatore dovrà, tuttavia, aver già rielaborato la propria esperienza professionale e quindi preso coscienza dei propri bisogni e delle motivazioni che hanno determinato la sua scelta lavorativa.

In sintesi, i criteri fondo possono essere:

a) *il rispetto reciproco*

Saper porsi in relazione con il TD nel suo ambiente con dignità e rispetto è fondamentale per ottenere una risposta di pari grado nei nostri confronti. La dignità di trattamento rafforza la stima di sé nel TD creando una situazione ideale per l'accreditamento dell'operatore. Trattare con dignità vuol dire riconoscere alla persona TD gli stessi diritti e gli stessi doveri di tutte le altre persone. Parlare con lui con cortesia ed educazione, scherzare senza schernire, mostrare interesse ai suoi problemi, non ironizzare sulla sua situazione e non atteggiarsi con aria di sufficienza e superiorità.

L'operatore, dal canto suo, dovrà essere consapevole della dignità che gli è dovuta in un rapporto paritetico.

b) *la lealtà e l'onestà*

La relazione dovrà essere leale ed onesta, anche e soprattutto nelle diversità di opinione.

Comportarsi in maniera leale non può però voler dire complicizzarsi, né stare a giochi che l'operatore non può eticamente o deontologicamente accettare. In quei momenti sarà indispensabile comunicare il proprio pacato dissenso e la necessità, per coerenza con la propria professione, di prendere le distanze, anche fisicamente. Tutto questo senza criticare o giudicare in modo moralistico o paternalistico. In altre parole "non compiacere per piacere" né "mentire per convincere".

c) *la coerenza*

La coerenza di un operatore si misura, in primo luogo, da uno stile di vita salubre e connotato in particolare dall'astinenza dall'uso di droghe illegali. L'operatore altresì non dovrà avere dipendenze dall'alcol, mentre una dipendenza accettabile ed ininfluyente con la propria professione è quella del tabacco. L'operatore deve essere consapevole del fatto che il proprio comportamento viene attentamente e costantemente vagliato dagli utenti e la sua credibilità viene commisurata in funzione di una serie di elementi fra i quali la coerenza comportamentale.

d) *la trasparenza nei comportamenti*

L'operatore non deve lasciar intendere di avere delle strategie nascoste od intenti non manifesti.

La sensibilità e l'intuizione di tipo paranoicale di chi è costretto a vivere costantemente in situazioni di estremo disagio e quindi di estrema difesa, permettono di cogliere qualsiasi sfumatura della comunicazione non verbale ed i tentativi di nascondere situazioni che generano ansia nell'operatore sono generalmente maldestri e pertanto da evitare, poiché ingenerano soltanto diffidenza nel TD. Per salvaguardare la propria attività è opportuno che l'operatore non si metta nelle condizioni di dover occultare circostanze o fatti rilevanti, mentre è estremamente importante la riservatezza professionale.

e) *il riconoscimento ed il rispetto delle diversità*

L'operatore ed il TD sono due persone diverse che si devono riconoscere, reciprocamente definire, e rispettare nelle loro differenti identità. Questa reciproca situazione è la base per definire senza equivoci i rispettivi ruoli, le aspettative e le eventuali sinergie attivabili. La funzione indispensabile per raggiungere questo stato è la tolleranza che dovrà segnare profondamente il rapporto.

Una delle principali consapevolezze che l'operatore dovrà sviluppare a questo proposito è che ogni comportamento è adattivo e funzionale al sistema ed al gruppo sociale di riferimento e che ogni sistema ha orientamenti e valori propri che vanno considerati e rispettati se si vuole riuscire ad instaurare una relazione finalizzata al cambiamento. È inattuabile ottenere ciò senza tenere conto anche della complessità del sistema proprio del TD.

f) *la prudenza*

Nelle sue relazioni l'operatore deve essere particolarmente prudente, in un atteggiamento che eviti sia una sovraesposizione sia una rigidità improntata alla eccessiva diffidenza. Va anche tenuto conto che le logiche della strada fanno sì che possano determinarsi, talvolta, situazioni di verifica circa l'effettiva solidarietà portata da un operatore, quali la richiesta di denaro in prestito o la propria macchina e così via. Un simile comportamento va evitato con garbo e fermezza. Una reale solidarietà non si misura confondendo i ruoli.

4) IL RICONOSCIMENTO DELLA REALTÀ' "DELL'ALTRO"

Il lavoro di strada è fatto soprattutto di attese e di risposte mancate.

Il riconoscere l'opportunità delle attese, cioè di evitare di agire sempre e "a tutti i costi", per operatori che sono troppo desiderosi di intervenire ed a volte spinti da intenti "salvifici" diventa essenziale, ma per arrivare a questo è necessario riconoscere ed accettare che esiste e va rispettato anche il "punto di vista dell'utente". Questo non vuol dire doverlo condividere ma semplicemente mettersi nei panni del TD e

dei suoi bisogni, per capire i suoi problemi e non semplicemente giudicarlo per la scarsa somiglianza con l'immagine che l'operatore ha di se stesso.

Mettersi momentaneamente nelle "scarpe dell'altro" non vuol dire complicizzarsi od identificarsi massicciamente, ma solo accantonare le nostre opinioni ed osservare temporaneamente i problemi con gli occhi dell'altro, per comprenderne meglio il punto di vista e confrontarlo quindi con il nostro.

Tutto questo tenendo conto dei bisogni del TD valutati anche attraverso le sue esigenze, cogliendo quindi la sua specifica configurazione. Non va dimenticato infatti, che i bisogni, come ricordato da Maslow, sono soggettivi e rispondono ad un ordinamento gerarchico che prevede prima la saturazione del bisogno più potente, e solo in seguito, possono essere saturati altri bisogni. Questo fenomeno è ben visibile nella persona dipendente dall'eroina.

Un altro importante aspetto che va ricordato è che per molti TD sieropositivi, soprattutto se sintomatici, le condizioni di malattia, ma soprattutto l'interpretazione soggettiva di questo stato, fa sì che essi sviluppino una forma di reattività psicologica tipica delle persone "disperate", con forti stati di abbandono ed assenza di progettualità futura, per cui vivono in una condizione di cronica emergenza, minuto per minuto.

Queste persone proprio per queste loro caratteristiche, presentano delle resistenze al cambiamento molto forti. Paradossalmente, esse ritengono che non hanno più nulla di cui preoccuparsi perché non hanno più "nulla da perdere". In questi frangenti, la refrattarietà ai messaggi, ma prima ancora alla relazione, è estremamente elevata.

La scarsa capacità alla percezione emozionale, ma soprattutto la difesa messa in atto al fine di annullare la consapevolezza della propria malattia e di ovattare i propri sentimenti rientra fra i potenti meccanismi di difesa messi in atto al fine di preservare il soggetto da ulteriori e dolorose angosce. L'inibizione dell'affettività investe evidentemente il mondo relazionale di questi soggetti e l'operatore deve averne consapevolezza. In queste circostanze, l'angoscia di morte fortemente repressa non consente al TD di investire sul piano affettivo. Egli non entra nel gioco profondo della vera affettività ma ricerca e si accontenta di gratificazioni superficiali, temporanee, a rapido accesso e a rapido utilizzo e sicuramente non fortemente coinvolgenti.

5) DAL "FAR GUARIRE" AL "PRENDERSI CURA"

Difficilmente persone TD in gravi situazioni cliniche determinate dall'infezione da HIV accettano l'idea di abbandonare la strada per intraprendere programmi terapeutici o di supporto psicologico strutturato, in quanto li riporterebbe in una

condizione di consapevolezza della propria malattia. In questi casi l'unico intervento possibile è l'accompagnamento con spirito semplice e solidale di una persona che aiuta una persona che soffre, accontentandosi di interventi limitati tesi a ridurre il disagio quotidiano e l'indigenza.

Queste persone infatti, spesso rompono tutti i loro legami affettivi, hanno fallito i loro tentativi di integrazione ed hanno la percezione di non poter contare più su nessuno.

In questo caso è importante che l'operatore sappia eseguire fondamentali azioni:

- 1) comprendere ed accettare, per quanto possibile, le motivazioni "dell'altro";
- 2) comprendere ed avere consapevolezza delle proprie reazioni, delle proprie emozioni e dei propri agiti;
- 3) comprendere il contesto del TD e le reciproche interazioni con l'ambiente;
- 4) saper attendere, in atteggiamento accogliente e disponibile, con affetto e professionalità.

Ecco quindi, la necessità inderogabile che l'operatore sviluppi un nuovo modo di relazionarsi con il TD, passando dall'intento onnipotente di "far guarire" ad uno più realistico, praticabile ed utile per il TD e cioè il "prendersi cura".

6) LA GESTIONE DELLE RESISTENZE

La relazione col TD in strada può essere caratterizzata anche da momenti di conflittualità derivante da un atteggiamento di contestazione o rivendicativo nei confronti dell'operatore.

Egli, infatti, può essere vissuto con estrema diffidenza, sentimento, come abbiamo visto in precedenza, piuttosto diffuso fra i tossicodipendenti. Questa diffidenza può nascere anche da precedenti relazioni fallimentari con altri operatori socio-sanitari.

L'operatore deve tener in considerazione questi aspetti e comprendere che la reazione non è rivolta verso la persona in quanto tale ma verso quello che egli rappresenta in quel momento nell'immaginario del paziente. Una franca, esplicita ma contestualizzata dichiarazione degli intenti di prevenzione da parte dell'operatore, con un chiarimento informale quindi, sulle sue competenze, può in questi casi, aiutare a risolvere le eventuali difficoltà comunicative. È importante quindi, che il TD non si senta in alcun modo vincolato a cambiamenti indesiderati e deve essergli comunicato costantemente che il compito dell'operatore di strada è strettamente quello di fornire un supporto volto ad evitare i rischi di overdose ed i rischi di infezione o sovrainfezione delle malattie sessualmente trasmissibili in particolare l'HIV e le Epatiti.

È chiaro che un obiettivo dell'operatore sarà anche quello di creare un contatto con i Servizi e, a tal fine, dovrà assumere un ruolo di intermediario con gli altri operatori e facilitare un livello di presa in carico che sia sostenibile dal TD tale da limitare i rischi di non tenuta con l'Istituzione. Deve pertanto, portare ai colleghi la propria esperienza relazionale con il paziente in modo da favorire una comprensione globale e più pertinente possibile sulle sue condizioni. Nei riguardi dell'utente, l'operatore deve saper connotare positivamente il Servizio Socio-Sanitario con il quale l'utente entra in contatto ed aiutare a risolvere dei problemi pratici (disbrigo di pratiche quali ad esempio l'esenzione dal ticket, il ricordare degli appuntamenti, il verificare il mantenimento degli appuntamenti, tenere eventuali contatti con i familiari e così via). Questa fase può avere una durata più o meno lunga in relazione a tutta una serie di circostanze più o meno favorevoli alla decisione di un trattamento terapeutico; ovviamente un aspetto chiave, in questa fase, è quello di riuscire a far superare le inevitabili resistenze al cambiamento. Si dovranno ricercare quindi soluzioni consapevoli e condivise non solo dal TD ma anche, se possibile ed utile, dal suo contesto relazionale (famiglia, partner, reti amicali, persone significative).

Solo con uno sforzo di avvicinamento al TD ed al suo contesto l'operatore svolgerà quella funzione di intermediario, "di individuo che fa parte delle persone normali ma che per motivi particolari riesce a comprendere la vita segreta dell'individuo stigmatizzato" (Zapparoli, 1992).

7) IL "SISTEMA" TOSSICODIPENDENTE

Nel tentare di comprendere e di approcciare il TD in strada va ricordato che egli non vive in un contesto isolato ma la sua azione, i suoi comportamenti ed i suoi atteggiamenti sono in continua relazione con il suo gruppo sociale di riferimento, con la sua famiglia, con gli altri operatori socio-sanitari. In altre parole, le relazioni che egli vive condizionano fortemente il proprio agire e relazionare con lui vuol dire essere in grado ed essere preparati a relazionare con la sua rete. Evidentemente questo vale anche nel versante del sistema delle risorse socio-sanitarie. In questo caso gli operatori di strada sono chiamati ad una importante funzione di integrazione dei propri interventi con quelli dei Ser.T. delle Comunità Terapeutiche, delle Associazioni di Volontariato e delle Cooperative Sociali, secondo le loro varie competenze.

L'operatore deve avere ben chiaro che il suo intervento deve far parte di una azione progettuale più complessa e che coinvolge varie Istituzioni Sociali e Sanitarie.

Un simile approccio sistemico da parte dell'operatore di strada può risultare inoltre un'ottima risorsa nella raccolta delle informazioni da destinare sia nel versante dell'utenza, sia nel versante delle Istituzioni Socio-Sanitarie.

8) REQUISITI PROFESSIONALI DELL'OPERATORE

Vengono di seguito sommariamente elencati alcuni dei requisiti di base che un operatore di strada deve possedere:

- 1) un'alta tolleranza alla frustrazione unito ad un atteggiamento di fiducia;
- 2) una capacità di analisi critica e lucida della realtà, scevra da ideologie rigide e schematismi mentali;
- 3) una buona capacità di ascolto (anche per argomenti apparentemente futili): questa si determina attraverso un atteggiamento paziente, senza voler imporre assolutamente il proprio punto di vista, ma favorendo il rispettoso scambio di punti di vista; un altro aspetto importante è saper garantire la riservatezza di quanto viene comunicato, senza che ciò implichi una collusione;
- 4) una buona capacità di lavorare in una équipe multidisciplinare, rispettando i propri limiti e le altrui competenze professionali e nel contempo facendo rispettare le proprie;
- 5) avere la consapevolezza dei rischi che comporta il lavoro di strada ed assumere un atteggiamento prudentiale;
- 6) facilità a socializzare ed a familiarizzare in un ambiente complesso ed ostile;
- 7) possedere una buona stima di sé tale da non avere eccessive difficoltà a riconoscere i propri ed inevitabili errori.

9) L'ACCOMPAGNAMENTO AI SERVIZI

Il TD dunque, non andrà semplicemente "inviato" al Servizio ma dovrà essere accompagnato "fisicamente e psicologicamente" dall'operatore che diventa tramite al fine di agevolare la prima accoglienza e la successiva presa in carico.

Questa operazione non può prescindere dallo sviluppo da parte del TD di una coscienza e di una consapevolezza della necessità e della possibilità di essere aiutato che obbligatoriamente passa attraverso il riconoscimento del "problema" e l'individuazione di strategie personali che contemplino il ricorso ai Servizi a media ed alta soglia.

La rigidità e la relazione burocratica che spesso l'utente avverte al primo contatto con il Servizio, dovrà essere mediata dall'operatore di strada che, non con atteggiamento vicariante, ma di vero aiuto operativo, dovrà supportare il TD anche a strutturare e formulare la domanda in maniera più idonea e completa.

Un'altra importante funzione dell'operatore in quel momento è quella di supportare il paziente nella ridefinizione della rete sociale ed "affettiva" nel momento in

cui opera l'inizio del cambiamento. Non va dimenticato che iniziare un rapporto con un Servizio passando dall'ambiente della strada a quello istituzionale spesso significa per il TD interrompere o far variare profondamente rapporti, abitudini e sistemi relazionali che, come abbiamo visto, soprattutto nelle fasi iniziali e in presenza di scarsa motivazione al trattamento è finalizzata al reperimento della sostanza stupefacente od un suo sostituto.

Vale la pena sottolineare ancora una volta che l'operatore deve considerare che il rapporto che il TD instaura con l'eroina, lo spacciatore o le attività criminali in relazione con la droga, è molto più forte di qualsiasi altro rapporto che si possa instaurare in ambito terapeutico. Da qui ne deriva l'importanza che alcuni autori danno all'eradicazione del TD dal suo ambiente per iniziare percorsi realmente efficaci.

È utile ricordare inoltre, che il ricorrere alla strada da parte di questi pazienti ed ai rapporti superficiali, istintivi, talvolta brutali che si possono instaurare in quel contesto sono il retaggio di una serie di esperienze a loro volta traumatiche subite in precedenza. Non vanno infine trascurati i bisogni affettivi latenti e remoti che possono essere alla base di un atteggiamento di conflittualità spostato dalla famiglia alla società in generale. In tal modo il TD assume un atteggiamento di generica contestazione e di vittimismo nei confronti di tutti coloro che non hanno contribuito a soddisfare quei bisogni. Un simile atteggiamento spesso determina peraltro una visione del mondo fatalistica il cui corollario è una condotta deresponsabilizzante verso se stesso e verso gli altri.

Un'altra situazione a cui l'operatore deve essere preparato è che molto spesso i TD passano dai Servizi alla strada con andamento quasi ciclico in relazione alle recidive. In quel momento la presenza dell'operatore può giocare un ruolo fondamentale per contenere la reazione depressiva risultante dalla frustrazione del fallimento di un programma terapeutico. È noto infatti, che i comportamenti a rischio vengono incentivati dagli stati depressivi.

Infine, una qualità che l'operatore deve possedere e che prevede una contemporanea presenza di sensibilità psicologica nel condurre le relazioni allargate in campo sociale, è quella di interagire con il contesto sociale "normale" dove il TD vive ed agisce al fine di creare una cultura di tolleranza e di supporto solidale, non certo verso le attività illegali di spaccio o di traffico, ma verso le situazioni in grado di ridurre le complicità legate alla diffusione delle patologie infettive e verso l'invio ai Centri di Cura.

10) LA RELAZIONE OPERATORE-TD NEL CONTESTO URBANO

Le attività di outreach, tramite Unità Mobili, avvengono in contesti urbani con i quali è indispensabile instaurare una relazione di collaborazione al fine di evitare reazioni negative sia nei confronti dei TD che degli operatori stessi.

Gli operatori devono avere l'accortezza e la capacità di trasmettere informazioni accreditanti anche nel contesto sociale dove avviene l'intervento.

La "strada" ha degli organi sensori ben sviluppati e commenta e giudica sempre quello che avviene nel suo interno, attivando atteggiamenti che possono essere supportivi od oppositivi, ma sempre molto efficaci sia nell'accettare che nell'espellere eventuali nuove situazioni.

Gli operatori delle Unità Mobili dovranno dedicare tempo a contattare i "testimonial" del territorio, spiegando loro gli obiettivi del progetto, le funzioni degli operatori e facendo capire che essi stanno lavorando anche nel loro interesse.

Anche in questo caso bisognerà comprendere le posizioni, le aspettative e gli interessi degli abitanti del quartiere senza entrare in conflittualità diretta con le posizioni di discriminazione che spesso vengono esplicitate da alcune persone anche in forma di intolleranza. Una strategia è quella di far comprendere che con il lavoro di strada si possono raggiungere quattro obiettivi sicuramente molto importanti per gli abitanti del quartiere:

- 1) ridurre la dispersione ambientale di siringhe e quindi la possibilità di punture accidentali;
- 2) controllare meglio la libera circolazione di TD sul territorio in quanto si creano delle "aggregazioni gestite" dagli operatori e quindi più visibili e tranquillizzanti per la popolazione;
- 3) fornire informazioni ai giovani per evitare di cadere nel problema della tossicodipendenza;
- 4) ricevere informazioni e consigli dagli abitanti che in questo modo si sentono artefici e partecipi (e contemporaneamente assistiti e protetti) nella lotta contro la droga al fianco delle Istituzioni.

L'operatore dovrà infine, saper gestire l'aggressività che spesso si determina nei suoi confronti da parte di persone che hanno una visione distorta del problema della tossicodipendenza i quali possono avanzare critiche verso chi "aiuta" i TD. Posizioni di pregiudizio sono presenti soprattutto da parte di chi è rimasto vittima di taccheggi, furti o teme di subirli, in questi casi le loro posizioni sono difficilmente mediabili.

È opportuno in queste circostanze che l'operatore sappia sottrarsi alla discussione sterile e polemica, tentando invece, di sottolineare la sua funzione sociale e costruire quindi un confronto civile. Potrebbe essere utile ad esempio ricordare che

si tratta di un problema di difficile risoluzione, e che il suo ruolo è per l'appunto quello di prevenire e contenere i danni sociali causati dall'abuso di droga.

CONCLUSIONI

Dopo aver letto queste sintetiche indicazioni, chi avesse intenzione di dedicarsi al lavoro di prevenzione in strada potrebbe ricavarne l'idea di una estrema complessità e difficoltà.

In realtà, pur non negando la difficoltà e la complessità della situazione, il lavoro in strada è estremamente praticabile e gratificante se l'operatore è ben preparato, motivato ma soprattutto supervisionato da persone esperte. Tutto questo al fine di sviluppare nell'operatore una buona consapevolezza dei propri limiti e di quelli dell'intervento puntando soprattutto a costruire contemporaneamente una professionalità specifica, che sono le caratteristiche principali per poter sopravvivere in contesti tanto pericolosi quanto ricchi sotto il profilo professionale ed umano.

Ringraziamenti

Si ringraziano Roberta Frighetto, Umberto Galvan e Cinzia Tognetto per la rilettura delle bozze.

Bibliografia

1. AA.VV., *L'operatore di strada* (a cura di) Progetto Formazione Capodarco - La Nuova Italia Scientifica, 1995
2. Haley J., *Strategia della psicoterapia* - Sansoni Firenze, 1974
3. AA.VV., *Eroina, infezioni da HIV e patologie correlate* (a cura di) G. Serpelloni, G. Rezza, M. Gomma - Ed. Leonard 1995
4. AA.VV., *Droga, il paradosso della normalità* 1985 - F. Angeli
5. Palmonari A., *Psicologia Sociale di Comunità* 1980 - Il Mulino
6. Cancrini L., *La psicoterapia: grammatica e sintassi*, II ed., La Nuova Italia Scientifica, 1990
7. Zapparoli G.C., *Paranoia e tradimento* - Bollati Boringhieri, 1992
8. Maslow A.M., *Motivazione e personalità* - Armando 1982
9. Cancrini L., *Quei temerari sulle macchine volanti* - La Nuova Italia Scientifica 1994