La quota dei soggetti puri nei tre servizi è oscillante tra il 15 e il 28% circa, questo vuol dire che stiamo confermando i dati che vi ho citato prima di circa il 70, l'80 per cento dei soggetti in carico effettivo ai servizi con problema di uso di eroina soggetti ad alta problematicità psichiatrica. Questi dati trovano riscontro anche nella divisione tra Asse Uno e Asse Due, abbiamo una media intorno al 30 per cento, tra il 30 e il 40%, di soggetti che hanno una diagnosi di Asse Uno con una prevalenza di disturbi dell'umore e disturbi affettivi e abbiamo un 50% di soggetti con una diagnosi di disturbi di personalità, anche questi con una prevalenza di cluster B, cioè di disturbo antisociale e di disturbi correlati alle difficoltà di controllo degli impulsi.

Più recentemente, il professor TEMPESTA, in una multicentrica nazionale fatta dai SERT, per un adattamento in italiano dell'Europa ASI, confermava su una popolazione di oltre una ventina di SERT nazionali gli stessi dati riferibili all'indagine preliminare: presenza di disturbi di asse Uno, 30 per cento, presenza di disturbi di asse Due, 50 per cento circa. Vedete come nel tempo vengono riprodotti sempre gli stessi dati.

Anche in relazione alle singole patologie, ai singoli disturbi, siamo sempre nella stessa direzione: disturbi dell'umore prevalenti nell'Asse Uno, cluster antisociale, cluster B, di personalità prevalente nell'Asse Due. I dati tendono non a modificarsi.

Nel corso degli ultimi anni, questo si riferisce a un'indagine fatta dal gruppo di Milano e presentata al Congresso internazionale di psichiatria biologica, abbiamo tentato di vedere se i servizi che avevano partecipato all'inchiesta avevano rilevato, uno in particolare ad alta stabilità geografica e ad alta stabilità di operatori, a distanza di cinque anni dalla prima inchiesta, su un centinaio di nuovi casi che erano afferiti ai servizi, che fosse cambiato qualcosa, perché probabilmente il discorso delle nuove droghe ci aveva stimolato a verificare se c'erano nuove tendenze, nuovi orientamenti anche in campo psicopatologico. In effetti, così non è stato nel senso che i dati degli anni '80 vengono sostanzialmente replicati anche a distanza di cinque anni, con piccole modificazioni. Vedete una riduzione delle sindromi di Asse Uno, una crescita di circa il 20% dei disturbi di personalità, una riduzione delle condizioni di comorbilità multipla. I dati sulle singole patologie, che qui sono scarsamente rilevanti dal punto di vista statistico, non ci indicano modificazioni di assetto dove i disturbi dell'umore rimangono prevalenti e dove tutt'al più si muove qualcosa in termini di maggiore carico assistenziale in relazione alle singole patologie.

I dati più interessanti sono inerenti alle modificazioni sull'Asse Due. C'è una crescita con un rapporto da uno a dieci nel cluster C, cioè quello ansioso depressivo, quello a minore severità psicopatologica dei disturbi di personalità, come vi dicevo prima. Questo è un indicatore collaterale che ci può dire come le maggiori facilità di accesso alle sostanze o un uso poli tossicomanico, un poli abuso delle sostanze, possano avvicinare a forme di disturbo, che poi richiedono un aggancio cronico e duraturo ai servizi, fasce di popolazione a minor severità psicopatologica, ma che come tali devono essere anche ipotizzate come una potenziale fascia di utenza che nel futuro potrebbe manifestare dei disturbi più gravi.

Abbiamo alcuni dati relativi all'applicazione dei criteri diagnostici alla pratica clinica. Questa è una parte dell'indagine predittiva sul fatto che la diagnosi potesse essere utilizzata per capire se un profilo diagnostico si associa più facilmente alla scelta di un trattamento. Questa è un'indagine che ora non potrebbe essere più fatta, forse per come funzionano i servizi; è stato possibile farla grazie alla collaborazione di una delle prime comunità terapeutiche italiane che ha lavorato su questo problema, CASCINA VERDE a Milano. Ci ha permesso di verificare l'andamento della selezione dei programmi, potremmo dire quasi in cieco, nel senso che l'utente aveva la possibilità di selezionare il tipo di trattamento che riteneva più idoneo nella sua condizione attuale, quello ambulatoriale o quello di comunità terapeutica, al di là dell'impiego delle sostanze farmacologiche che oggi guidano l'adesione generalmente ai servizi; inoltre ci ha dimostrato come alcuni disturbi indirizzano alla selezione di certi trattamenti e che ancora una volta il criterio pre-

dittivo è facilmente utilizzabile nella pratica privata, nella pratica dei singoli servizi per orientare meglio l'avvio a certi programmi. Vedete come i pazienti schizofrenici, in un rapporto di uno a due, privilegino i pacchetti ambulatoriali e quindi abbiano forte difficoltà a entrare in programmi residenziali, se questi non sono tarati su delle esigenze specifiche di funzionamento e di organizzazione del servizio per l'utenza squisitamente psichiatrica. Questo non avviene con i soggetti con disturbi dell'umore che invece in un rapporto di uno a dieci, specularmente, vanno soprattutto sui trattamenti di tipo residenziale e aderiscono scarsamente ai programmi di tipo ambulatoriale. Ancora un dato speculare, l'ho rovesciato, sui disturbi antisociali, che hanno una grossa difficoltà all'inserimento in programmi residenziali e, in un rapporto uno a due, tendono a privilegiare i programmi ambulatoriali.

Che cosa succede quando ci avviamo a verificare non più soltanto l'appetibilità dei programmi che noi abbiamo impostato, ma i risultati dei programmi stessi in ambito di trattamento? E quando lo facciamo sulla più grossa popolazione di soggetti in doppia diagnosi con la quale dobbiamo confrontarci, cioè i disturbi di personalità, che è quella che ci impegna in circa il 60 per cento dei casi, sull'utenza complessiva della ricerca milanese, di oltre 600 casi seguiti per dieci anni, e impegna la maggior parte delle risorse dei servizi. I dati sono abbastanza interessanti perché abbiamo un'indicazione abbastanza drammatica, direbbero gli anglosassoni, sulla rilevanza di alcuni trattamenti rispetto ad altri e non ci sono differenze di risultato in relazione alla gravità psichiatrica di tipo schizofrenico, psicotico in senso lato o inerenti ai disturbi dell'umore quando verifichiamo i risultati a distanza. Ci sono invece grosse differenze in funzione del trattamento erogato quando parliamo di disturbi di personalità. Se noi mettiamo a confronto i disturbi di personalità trattati in un ambito ambulatoriale e in un ambito residenziale, che non deve essere inteso come la comunità terapeutica in senso lato, ma può essere inteso come una fase di osservazione diagnostica di trattamento in ambito residenziale che sta all'interno di un pacchetto multi modale, dove molte risorse vengono giocate nel trattamento di questi soggetti, vedete che i risultati sono abbastanza drammatici. C'è un rapporto di uno a dieci nei successi completi a distanza di cinque anni, in soggetti con disturbo grave della personalità, che sono stati avviati a programmi di tipo ambulatoriale, hanno un bassissimo indice di successo, un quarto del recupero spontaneo dei tossicodipendenti non trattati e quindi vanno peggio dei soggetti che non hanno nessun tipo di trattamento e i risultati di questi soggetti avviati a una fase di residenzialità o a un programma di residenzialità robusto, hanno un rapporto di uno a dieci in termini di successi e quindi recuperano in oltre il 40% dei casi a distanza di cinque anni, quindi con un tasso di recupero rispetto ai tossicodipendenti non trattati del doppio, che è decisamente confortante visto che se la media dei risultati nell'ambito delle tossicodipendenze, anche se nessuno lo dice mai, è di circa il 15/20 per cento nei soggetti che non hanno trattamenti; purtroppo questo dato si raddoppia soltanto nei soggetti che hanno un trattamento e quindi oscilla intorno al 30 per cento. Il fatto di poter raggiungere delle quote percentuali che arrivano fino al 40 o anche sopra il 40, quasi alla metà dell'utenza, qualora si tratti di soggetti ad alta severità psichiatrica o a grave disturbo di personalità, è sicuramente un indice confortante sul fatto che la doppia diagnosi, la comorbilità non è una bolla che deve stigmatizzare i nostri utenti e deve portarli a una posizione di emarginazione nel tempo. Noi pessimisticamente siamo abituati a dire: "ma forse c'è poco da fare, forse li dobbiamo soltanto accompagnare nel tempo, in attesa che la storia naturale del disturbo faccia il suo corso", ma sono indicazioni queste invece che ci dicono come anche nei pazienti cosiddetti cronici, ad alta severità psichiatrica, ci siano molte risorse da impiegare e ci siano buone possibilità di trattamento.

Cito soltanto qualche cosa sulla controparte psichiatrica, cioè sui primi dati che stanno arrivando anche in Italia dall'epidemiologia dei disturbi dall'uso di sostanze nei pazienti che afferiscono ai servizi psichiatrici. Anche questi dati sono in linea con la letteratura italiana: quote tra il 20 e il 40% dei pazienti schizofrenici in carico ai servizi risultano

avere contattato, nel corso della vita, le sostanze e una quota di circa un terzo di costoro risulta essere portatore di un disturbo ormai definibile come cronico, nel senso dell'abuso e della dipendenza che influisce pesantemente sull'evoluzione della patologia schizofrenica e che è un forte fattore di rischio per una prognosi infausta nei trattamenti psichiatrici. Ma questa è un'altra storia e quando parleremo dei servizi psichiatrici forse avremo opportunità di rivederla.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Passo la parola alla dottoressa Amedea LO RUSSO, della ASL di Venezia, che parlerà di "Dipendenze e psichiatria: dallo scontro al confronto".»

Dott.ssa Amedea LO RUSSO:- «In sintonia con l'intervento che mi ha preceduto, pensavo di affrontare il discorso da un punto di vista un po' storico, su quello che è successo in questi vent'anni e più di esistenza dei servizi. Vedo che qua c'è moltissima gente, più del previsto forse, e ci fa piacere constatare che questo argomento sta suscitando molto interesse, quando per molti anni è stato misconosciuto e anzi, proprio un po' negato anche.
Avevo pensato di fare un breve excursus di quello che è successo in questi vent'anni e più di esistenza dei servizi per le tossicodipendenze nel rapporto con il mondo della psichiatria o con il sapere psichiatrico. Mi rendo anche conto che le considerazioni, le riflessioni che vi riporto, sono dettate dall'esperienza personale del lavoro in una regione, il Veneto, dove opero, che credo riproduca la situazione della maggioranza delle regioni in Italia, ma sicuramente invece si differenzia da quanto successo qui in Liguria per cui probabilmente molti colleghi liguri non si ritrovano esattamente con questa lettura o con queste considerazioni, perché so che voi avete fatto un po' il percorso opposto al nostro, cioè siete partiti da una situazione iniziale di integrazione tra servizi psichiatrici e servizi per le tossicodipendenze e siete arrivati dopo alla situazione nazionale di una autonomia dei servizi. Quello che è successo da noi è che si è partiti da una premessa di totale separazione fin dall'inizio e anzi, di difficoltà di dialogo.
In effetti, quello che è successo è che il rapporto tra servizi per le tossicodipendenze e istituzioni psichiatriche, per molti anni, è stato segnato da quello che chiamo un malinteso legislativo e che è stato utilizzato da entrambe le parti per rivendicare la propria autonomia organizzativa da parte dei SERT e il proprio diritto a non essere chiamati in causa da parte dei servizi psichiatrici. Penso che tutti sanno a che cosa mi riferisco quando parlo di malinteso legislativo, cioè il fatto che la prima legge del '75 cioè la 685, a un certo articolo, sanciva il divieto di ricovero dei tossicodipendenti negli ospedali psichiatrici, però parlava di ospedali psichiatrici e non di servizi psichiatrici e in quegli anni, cioè tre anni prima della riforma psichiatrica della legge 180, questi ospedali psichiatrici erano additati dall'opinione pubblica più sensibile alle problematiche sociali non più come luoghi di cura, ma come luoghi di segregazione; quindi era chiaramente un articolo di legge che tendeva a proteggere i giovani tossicodipendenti, cioè questi nuovi giovani pazienti o utenti dei servizi.
Comunque, nonostante la riforma psichiatrica del '78 abbia di fatto chiuso gli ospedali psichiatrici vietandone l'accesso a nuovi pazienti e quindi di fatto in qualche modo risolveva da sé il problema dell'eventuale ricovero dei tossicodipendenti in strutture che sopravvivevano ancora per alcuni anni soltanto per chi era già ricoverato e abbia di fatto creato le premesse per una riorganizzazione della psichiatria, che tenesse conto dell'evoluzione delle esigenze sociali, purtroppo però tale malinteso ha continuato a sopravvivere evidentemente per problematiche di vario tipo. Probabilmente erano il disorientamento e le difficoltà che investivano gli operatori della psichiatria in anni di radicali trasformazioni, le cose che hanno impedito una serena riflessione sulla componente psichiatrica insita nel repentino diffondersi della tossicodipendenza negli anni '70 e '80 e comunque il silenzio del mondo psichiatrico sul significato e sull'eziologia della nuova

patologia della dipendenza probabilmente ha avuto un grosso peso, proprio il peso dell'assenza per una contraddizione di termini, sullo sviluppo e sulla organizzazione dei servizi sia pubblici, sia privati, nati per affrontare l'assistenza e la cura della tossicodipendenza.

In questi anni gli operatori delle dipendenze hanno lavorato moltissimo e quasi sempre affrontando la complessità dei problemi con scarse forze operative e in assenza di linee direttive e spesso con l'entusiasmo e anche con l'ingenuità che caratterizza le situazioni pionieristiche.

Dopo più di vent'anni di esperienza pratica, possiamo guardarci indietro e fare delle riflessioni su quanto è avvenuto. Sul versante pubblico, in assenza di una consapevole programmazione dei servizi, dobbiamo anche riconoscere che i primi operatori che sono andati a lavorare con i tossicodipendenti erano spesso persone che guardavano con simpatia i loro pazienti. Se non c'era questa premessa non si andava a lavorare nelle tossicodipendenze, perché spesso i servizi hanno proprio raccolto quelle persone che accettavano di andare a lavorare e non c'erano direttive legislative o amministrative specifiche per definire anche le competenze o le professionalità di chi doveva andare a lavorare in questi servizi; erano persone che guardavano con simpatia i loro pazienti e che spesso, per simpatia, sono cadute nella collusione con la richiesta tossicomanica e con la pretesa auto cura del tossicodipendente.

Possiamo dire oggi che una più rapida capacità diagnostica rispetto alla struttura di personalità borderline, CLERICI ci ha spiegato tutte le varie sfumature che ci possono essere dietro a questo termine, una maggiore conoscenza di tutti i problemi inerenti all'angoscia di separazione, alla componente depressiva e a tutto quanto può sottendere al comportamento tossicomanico, avrebbero forse evitato la paralisi che si è creata inevitabilmente in molti servizi attorno spesso all'unica e acritica risposta con farmaci sostitutivi e questo è un dato che oggi possiamo riconoscere con tranquillità; purtroppo, per molti anni, i servizi si sono un po' arenati attorno a quest'unica risposta che probabilmente era anche un po' l'unica possibile con le forze che si avevano; una maggiore consapevolezza di tutti questi aspetti avrebbe permesso da subito invece una risposta più diversificata e più integrata tra strumenti farmacologici, psicoterapeutici, educativi e di assistenza sociale. Questo sul versante del pubblico. Dall'altro lato invece, sul versante del privato, si diffondeva con estrema velocità e successo la risposta residenziale di tipo educativo delle comunità terapeutiche. L'opinione pubblica allora era in cerca di certezze tranquillizzanti e il dibattito era monopolizzato da chi poteva trasmettere certezze. Da un lato, le speranze venivano riposte in un farmaco sostitutivo, nel pubblico, dall'altro su un intervento rieducativo di tipo salvifico, le comunità terapeutiche. Per molti anni c'è stato poco spazio per una riflessione seria e pacata sulla complessità del problema e sui limiti delle illusorie risposte totali. L'assenza del sapere psichiatrico nel dibattito sul che fare di fronte alla tossicodipendenza ha indubbiamente contribuito al crearsi di una inconsapevole scissione nell'organizzazione dei servizi.

Riassumo brevemente i tre livelli di scissione che mi sono venuti in mente scrivendo questi appunti. Una scissione mente/corpo, nel senso che della tossicodipendenza veniva presa in considerazione quasi esclusivamente la dipendenza fisica, enfatizzando l'attenzione sulla sintomatologia fisica della crisi d'astinenza, misconoscendo la condizione mentale di dipendenza che tende comunque a spostare la dipendenza dalle figure parentali alle sostanze psicotrope. Un'altra scissione che si veniva a creare era quella pubblico/privato. Per anni, ognuno si è sentito portatore di una verità vissuta spesso in opposizione all'altra, invece di costruire un'idea integrata di percorso terapeutico inteso secondo quella felice espressione di OLIVENSTEIN, di catena terapeutica. Bisogna anche dire che a una soddisfacente integrazione si è comunque arrivati oggi in molte realtà e, sicuramente nella realtà del Veneto in cui lavoro, oggi non possiamo più dire che c'è questa scissione pubblico/privato, perché c'è una soddisfacente integrazione, una buona intesa.

Un'altra scissione è appunto argomento più specifico di questa sessione, è quella tra servizi psichiatrici e servizi per le tossicodipendenze nel senso che, mentre la riforma psichiatrica tendeva a ridurre al minimo la possibilità di accoglienze residenziali per i malati di mente, l'intervento per la tossicodipendenza sottolineava l'importanza e spesso la necessità di programmi comunitari, secondo l'idea che solo l'allontanamento del soggetto dal contesto sociale deviante potesse rieducarlo e salvarlo. Quindi voi capite che erano veramente due logiche opposte. Si accettava così acriticamente una logica con due pesi e due misure, nel senso che una famiglia con un figlio tossicodipendente era incoraggiata a cercare per lui un'accoglienza in comunità terapeutica per uno, due, tre anni, a volte anche di più, in strutture tipo SAN PATRIGNANO, ma quella con un figlio alcolizzato o con un figlio psicotico, non poteva trovare la possibilità di un ricovero neanche per qualche giorno o qualche settimana e questo andava avanti parallelamente senza che nessuno, o quasi, si accorgesse di questa dicotomia, di questa contraddizione.

Saranno proprio le considerazioni che si svilupperanno dall'esperienza diretta degli operatori sia nelle comunità terapeutiche, sia nei SERT che permetteranno di capire che, in molti casi, dietro alla sintomatologia tossicomanica si nasconde una psicopatologia borderline, che spesso non rende molto dissimili le problematiche e la prognosi di un paziente tossicodipendente, di un paziente alcolista o un paziente depresso o portatore di altra sintomatologia tradizionalmente di competenza psichiatrica. E' stato soprattutto importante potere osservare i pazienti in condizioni di drug - free durante i periodi di accoglienza in comunità terapeutiche, per poter individuare i disturbi di personalità che, nella maggioranza dei casi, costituiscono il terreno favorevole all'instaurarsi di un comportamento tossicomanico, come del resto ha ben spiegato CLERICI prima.

In vent'anni di esperienza nei SERT e nelle comunità terapeutiche si sono confrontate chiavi di lettura molto diverse. Ho cercato di riassumerle in tre formule. Di volta in volta, la tossicodipendenza è stata definita in maniera diversa. Una prima definizione è stata che la tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante su base organicistico - genetica, in cui la sintomatologia psichiatrica viene considerata secondaria all'effetto psicotropo delle sostanze d'abuso. Questa ipotesi giustifica in un qualche modo l'uso indiscriminato e a lungo termine di sostanze sostitutive, in una logica che, secondo uno slogan corrente, a me non piacciono per niente gli slogan ma oggi anche in questa Conferenza si sono continuati a sentire, era quella di riduzione del danno, che considera gli interventi psicologico - educativi utili ma non indispensabili, di supporto alle terapie farmacologiche, ma senza un'autonoma finalità psicoterapeutica. Altra concezione è stata che la tossicodipendenza è un disturbo del comportamento, indotto dalla presenza del mercato illegale di sostanze psicotrope o da fattori culturali che favoriscono il ricorso a sostanze ricreazionali che siano euforizzanti o disinibenti o sedative, sostanze che migliorano il benessere psicofisico. Questa ipotesi, questa chiave di lettura considera utile, in alcuni casi necessaria a una terapia farmacologica di disintossicazione a breve o medio termine, sottolinea soprattutto la grande utilità di programmi educativi, ambulatoriali o residenziali, finalizzati a contrastare la tendenza imitativa verso modelli trasgressivi.

Terza definizione, e questa è quella che mi sembra più pertinente alla sessione di oggi e mi sembra confermata dall'interesse che essa sta suscitando, è che la tossicodipendenza è una sintomatologia secondaria a disturbi psicopatologici primari di diversa gravità. Questa ipotesi considera necessario un approfondimento diagnostico psichiatrico e una valutazione delle dinamiche psichiche, sia individuali, sia relazionali al fine di individuare l'intervento terapeutico elettivo che sarà comunque un intervento complesso e articolato tra l'uso di psicofarmaci e/o di farmaci sostitutivi, un intervento psicoterapeutico che potrà essere di volta in volta individuale, familiare, gruppale, di inserimento in strutture comunitarie, con programmi riabilitativi in tempio medio/lunghi. In tale ottica, poiché il disturbo psichiatrico, quando è coperto dagli effetti di sostanze psicotrope, è di difficile individuazione e la diagnosi è necessariamente fatta in tempi lunghi di osservazio-

ne, diventa un grave errore adottare precocemente una logica di riduzione del danno, perché si rischia di cronicizzare una patologia che in una certa misura può evolvere ed essere superata. Nondimeno, nel caso che il paziente, dopo anni, si cronicizzi in una condizione di tossicodipendenza protratta, però questo non lo possiamo mai decidere subito, sarà necessario allora adottare tutti gli strumenti terapeutici adatti al contenimento della patologia cronica, tra cui psicofarmaci e farmaci sostitutivi a mantenimento. Però una cosa è usare questi farmaci nella logica e con l'obiettivo di gestire la cronicità della patologia, altra cosa è usare questi provvedimenti farmacologici da subito, già nella fase di accoglienza e prima di un'adeguata valutazione.
Di fronte alla ricca esperienza degli operatori dei SERT e delle comunità terapeutiche, alla letteratura specialistica che si va via via arricchendo di nuove pubblicazioni e al proliferare di convegni sul tema della comorbilità psichiatrica nella tossicodipendenza, oggi è difficile non ritenere necessario il confronto tra il sapere psichiatrico e il sapere del variegato mondo della tossicodipendenza.
E' comprensibile che chi opera nelle istituzioni psichiatriche sia spaventato dalla preoccupazione che aprire il confronto abbia come conseguenza un aumento della domanda di presa in carico del tossicodipendente da parte di strutture che sono già ridotte ai minimi termini, anche per far fronte alla patologia storicamente di competenza psichiatrica.
Ma non è questo, credo, che ormai nessuno di noi si aspetta, ci attendiamo più che altro un confronto di saperi, un confrontarci sul che fare, con un atteggiamento di libertà mentale. Dove prevale una serena disponibilità all'approfondimento scientifico del problema, il confronto diventa possibile e anche produttivo; posso portare una testimonianza di ciò che sta avvenendo nel Veneto, dove si è formato un gruppo di lavoro tra psichiatri dei SERT e psichiatri della psichiatria all'interno della sezione veneta della SIP, cioè la PSIVE. Sono stati effettuati periodici incontri, negli ultimi due anni, di questi gruppi di discussione centrati sulla qualità della reciproca relazione operativa e sulle modalità di interazione nei casi con problematiche sovrapponibili.
Questo lavoro, portato avanti inizialmente da un gruppo ristretto, è stato propedeutico all'organizzazione di una giornata di studio regionale strettamente operativa, sul tema Psichiatria e Dipendenze, problemi e prospettive di una relazione, nel maggio 2000, a cui ha partecipato anche CLERICI come relatore.
L'importanza di questa iniziativa è il fatto che sia stata organizzata dalla PSIVE, cioè dalla sezione della Società di Psichiatria, non dagli operatori delle tossicodipendenze, cioè già da questo gruppo integrato.
E' stata in effetti un'occasione di discussione vivace tra le diverse e numerose realtà presenti, in cui sono emersi aspetti di reciproca curiosità e diffidenza, ma anche possibilità di confronto e di integrazione nella ricerca di un agire per l'approccio e la cura di pazienti affetti da disturbi mentale, al di là delle rigide divisioni di competenza.
La sensazione, e qua concludo, è che stiamo entrando in una nuova fase di approccio alle tossicodipendenze, una fase di maggiore integrazione tra pubblico e privato, tra il sapere psichiatrico e il variegato sapere delle farmaco - tossicodipendenze e tra sociale e sanitario. Un approccio più integrato andrà a tutto beneficio dei pazienti, che sempre di più potranno essere accolti come persone dai bisogni complessi e non solo come tossicodipendenti.
Allargare il campo del sapere apre anche a nuove speranze di cambiamento e di superamento della problematica tossicomanica, sicuramente nella misura in cui alcuni operatori dei SERT possono avvalersi anche di una specifica formazione psichiatrica e psicoterapeutica e riescono a stabilire una relazione terapeutica più ricca e capace di addentrarsi nella complessità delle dinamiche intrapsichiche e transferali.
Ciò permette di superare una logica di mera riduzione del danno nell'approccio alla tossicodipendenza, che spesso sembra essere stata adottata per superare un senso di impotenza frustrante da parte di operatori che, in apparenza complici e alleati della richiesta tossicomanica, in realtà contribuiscono a favorire una cronicizzazione non sempre ine-

vitabile.
Naturalmente, dicendo questo voglio fare dei distinguo, perché secondo me c'è una discrepanza, tra lo slogan che sicuramente è riduttivo e che spesso è stato utilizzato male, nel senso che è stato utilizzato come un dare comunque qualcosa a pazienti che venivano considerati irrecuperabili, e un concetto invece più allargato, più articolato di riduzione del danno che, come è stato spiegato in molte relazioni di ieri e in questo senso allora mi troverei d'accordo ma purtroppo gli slogan sono sempre riduttivi, sia un messaggio positivo a un'utenza che deve essere agganciata.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Vi annuncio che abbiamo a disposizione una sala grande, di 140 posti, dalle tre del pomeriggio. Dovrebbero essere pubblicati gli atti e quindi aspettiamo istruzioni per quanto concerne la consegna delle relazioni alle varie sessioni. Comunque, chi partecipa e ha la relazione ufficiale, dovrebbe avere un testo della stessa. Il secondo intervento è del dottor Pier Giorgio SEMBOLONI, del Dipartimento delle tossicodipendenze della ASL di Genova e parlerà di "Comorbilità psichiatrica: punto di arrivo o punto di partenza di un sistema integrato di interventi?"»

Dott. Pier Giorgio SEMBOLONI:- «Idealmente ci diamo il cambio con Amedea LO RUSSO, che aveva introdotto un po' un tema più generale e anche storico. Appartengo, da una parte, a quei servizi nella regione Liguria che lei ha citato, che sono nati da servizi psichiatrici; non solo, posso dire anche che faccio parte di quei dinosauri che hanno avuto la ventura, in epoca precedente alla riforma psichiatrica, di vedere tossicodipendenti in ospedale psichiatrico e addirittura di utilizzare il metadone per via iniettoria in ospedale psichiatrico. Dall'altra parte, la mia relazione, che un po' provocatoriamente ha questo titolo di "punto di arrivo o punto di partenza", si divide in due parti. Una parte di carattere più generale che riguarda il SERT e una parte più specifica, di proposte.
Ho lavorato per quasi vent'anni nei servizi di salute mentale e in questa veste ho partecipato in prima persona alla sofferta nascita dei SERT, dei servizi per le tossicodipendenze, avvenuta in Liguria, come in altre regioni, attraverso un processo riproduttivo per gemmazione, subìto come inevitabile da operatori, che spesso si sono sentiti scaricati insieme alla loro difficile e rumorosa clientela dal servizio di appartenenza. Debbo aggiungere, a onor del vero, che ci sono stati anche molti casi di operatori, e il sottoscritto è uno di questi, che hanno scelto di seguire un progetto terapeutico o una tipologia di paziente con il quale avevano definito una buona relazione. La maggioranza, tuttavia, viveva come un'area di scarso prestigio, come una psichiatria di seconda scelta, il lavoro con i tossicodipendenti. Forse questo ha a che vedere con quella caratteristica insita nella relazione terapeutica tra il tossicodipendente e il suo curante, rappresentata in termini di mito da Romolo ROSSI, psichiatra e psicoanalista genovese che tra i primi, negli anni '70, mise in opera un tentativo di intervento terapeutico con i tossicodipendenti. Il mito a cui ci si riferisce, come metafora, è quello della Medea di Euripide che, con il dono della sua veste avvelenata, avvolge in un comune destino Creusa e Creonte, il padre che cerca di salvarla liberandola dalla veste. Spesso l'operatore delle tossicodipendenze è stato visto come un tutt'uno con il suo paziente. Basti pensare all'esperienza, credo comune a molti di noi, di quando, cercando un ricovero in ospedale, ci siamo sentiti trattare dai colleghi ospedalieri alla stregua di un parente. Questo era anche, in molti casi, il rapporto della psichiatria con i suoi psichiatri e operatori delle tossicodipendenze. E' anche vero che questa rappresentazione è il risultato di anni di accanimento terapeutico secondo un modello lineare e riduzionista, che ha visto individuare il tossicodipendente come un corpo da purificare dai veleni introdotti o come una mente da liberare da quello che, secondo categorie psichiatriche ottocentesche, si potrebbe definire un disturbo morale. Guardando con gli occhi di oggi, verrebbe da dire che forse anche nei servizi psichiatrici nei confronti di quel paziente così insistentemente "vuoto" prevalesse una lettura morale più che una lettura clinica e che la sofferenza psichica del

tossicodipendente, spesso manifestata attraverso esplicitazioni comportamentali, accanto alla drammaticità delle angosce dello schizofrenico, provocasse più irritazione che curiosità clinica.
In altre regioni si sono costruiti i SERT a partire da altri nuclei nati originariamente per trattare soprattutto in maniera farmacologica i tossicodipendenti, i NOT, i SAT eccetera. La storia e la professionalità di questi servizi era dunque soprattutto di tipo internistico; poi ci sono stati i concorsi in cui non coincidevano mai le esperienze formative degli uni e degli altri, con la grossa ambiguità anche della definizione di farmaco - tossicodipendenze come caratteristica in cui noi ci dovremmo identificare. Questo ha contribuito anche a creare, secondo me, una specie di mosaico genetico del SERT a livello nazionale. I servizi per le tossicodipendenze sono nati, più che da una proposta culturale condivisa, da una necessità organizzativa funzionale all'emergenza di un problema del quale i servizi esistenti non volevano o non potevano farsi carico, anche perché impegnati su altri fronti in quel momento. D'altra parte, l'attenzione, monopolizzata dal dualismo metadone/comunità, spesso contribuiva a distogliere il dibattito dalla clinica. Quello che sembra incredibile è il fatto che, dopo tanti anni di esperienza, sopravvivano ancora come temi centrali della discussione sia il superamento della lettura morale, sia il dualismo metadone/comunità. Anche il generico accreditamento delle tossicodipendenze come problema esclusivamente sociale, in contrapposizione con l'altrettanto rigida e riduttiva definizione come malattia organica, poco ha contribuito all'identificazione e all'approfondimento del contesto di ricerca. In ogni caso, sia che abbia prevalso l'idea più medica di disintossicazione o di contenimento del sintomo attraverso farmaci sostitutivi e antagonisti, sia quella più pedagogica di rieducazione, l'approccio che ne è derivato è stato il più delle volte quello di tipo meccanicistico. In nome di questo principio e con scarsa attenzione al contesto e ai sistemi coinvolti nella genesi ed evoluzione di questa patologia, spesso il tossicodipendente è stato disintossicato a ripetizione, mandato in comunità di ogni tipo fino alla conclusione, da parte degli operatori, stremati ogni volta che c'era una ricaduta, che in quel caso non c'era nulla da fare.
Tutto ciò è dunque sufficiente a spiegarci la depressione e il rigetto determinato in molti curanti pubblici e privati, professionali e volontari, da parte di questi pazienti.
Pur tuttavia, riguardo al tema dell'incurabilità, ci sono specialità e malattie, quelle genetiche, quelle oncologiche, quelle croniche invalidanti, sino all'AIDS, nelle quali gli insuccessi non sono stati da meno, senza che per questo si rinunciasse al tentativo di fare ipotesi, ricercare, tentare di spiegare il fenomeno in termini clinici attraverso modelli complessi e mai completi sino ad oggi, ma capaci, per il solo fatto di essere stati ipotizzati, di dare un'identità professionale e una rappresentazione sociale scientificamente accettabile e quindi in grado di proteggere l'autostima di chi operava, indipendentemente dall'impotenza terapeutica manifestata in molti casi.
Gli effetti collaterali della chemioterapia come i problemi di certi interventi chirurgici complessi, mutilanti e a volte non risolutivi, non sono stati enfatizzati rispetto ai possibili benefici e lo status e la dignità di curante sia per quanto riguarda la cure che la care è stato salvaguardato, contribuendo al mantenimento di una buona immagine professionale, almeno sino al caso DI BELLA. Infatti, in quella occasione, una categoria professionale come quella degli oncologi, in primo piano dal punto di vista scientifico, si è trovata a vedere messa in discussione la propria immagine, la propria funzione e a vedere proporre in maniera distorta il proprio modo di curare e la propria efficacia terapeutica. Gli oncologi, prescrittori di velenose chemioterapie, come i medici dei tossicodipendenti, prescrittori di velenosissimo metadone. In qualche modo, una parte di opinione pubblica, infischiandosene delle metodologie di validazione della ricerca, ha rifiutato l'incurabilità e condannato certe terapie utilizzate, scambiando la parte per il tutto e connotando come necessariamente perdente o dannosa la terapia ufficiale nei confronti di quella miracolosa prescritta caso per caso dal professor DI BELLA. Certe manifestazioni contro l'oncologia ufficiale mi hanno ricordato, per intensità emotiva e negazione della razio-

nalità da parte dei partecipanti, analoghe manifestazioni verificatesi contro i SERT e allo stesso tempo gli entusiasmi presto svaniti nei confronti del miracoloso metodo UROD.
Credo dunque che, pur nell'evidente differenza e specificità, ci sia qualcosa di comune in tutto ciò. Prima di tutto, il rifiuto dell'idea di incurabilità da parte di chiunque soffra. Mi ricordo le parole di una madre riguardo al figlio tossicodipendente, da anni in trattamento metadonico, dopo vari tentativi in comunità, che diceva: "ma qualcosa ci deve essere per risolvere il problema, lo dicono anche in televisione che volendo si può". Subito dopo questo punto, metterò però il rischio che in entrambi gli esempi citati, oncologia e tossicodipendenze, prevalga nella gente l'idea di un sistema di cura ufficiale che faccia più affidamento sulla sperimentata routine che sulla presa in carico clinica del singolo caso nella sua unicità, complessità e negli aspetti relazionali che ne derivano.
Il problema è quello di trasformare la ripetitività dei comportamenti sintomatologici in informazione interpretabile clinicamente secondo teorie, approcci e metodologie scientifiche in grado di stimolare la curiosità, la voglia di imparare e la disponibilità a cambiare del curante, ma allo stesso tempo di trasformare la ripetitività dei gesti terapeutici da direttiva e lineare, a interattiva e flessibile riguardo alle persone, ai modelli e ai pregiudizi. Infatti, se nulla di scientifico può avere la criminalizzazione di strumenti terapeutici farmacologici, efficaci in molti casi per stabilizzare il tossicodipendente, è altrettanto vero che la clinica delle tossicodipendenze non può ridursi a un mero confronto di prescrizioni farmacologiche tra sostitutivi e antagonisti, all'interno di una dialettica a volte gestita dalla case farmaceutiche che sembra prendere sempre meno in considerazione la possibilità della guarigione.
A noi pare più completa e attuale una visione epistemologica tesa a considerare le tossicodipendenze o probabilmente le dipendenze in generale, più che come una malattia organica o un generico disagio come un comportamento sintomatico rivelatore di una sofferenza complessa, alla cui espressività contribuiscono fattori diversi e risposte diverse nel tempo, a seconda della fase, del momento e del contesto in cui sottoponiamo il fenomeno clinico all'indagine. In questo senso, le integrazioni che si possono trovare tra il contesto ambientale di nascita e sviluppo del problema, il processo dello sviluppo affettivo e relazionale del futuro paziente e le reazioni neuro recettoriali, comportamentali ed eventualmente psicopatologiche, una volta instaurata la dipendenza, ci pare che siano elementi dai quali non si può prescindere per una valutazione completa di un fenomeno così complesso.
Questa possibilità di ascolto, interazione e consapevolezza della parzialità e allo stesso tempo dell'originalità del campo di intervento di ognuno di noi rispetto alla complessità del problema, credo che possa essere la premessa indispensabile alla costruzione di un modello clinico delle tossicodipendenze svincolato dalle ideologie e dalle dipendenze culturali e commerciali e uno stimolo alla realizzazione di un'identità professionale più adeguata e soddisfacente.
In questo contesto generale, il tema della comorbilità, che ci viene posto dagli studi epidemiologici di oggi non più come un'eccezione da delegare, ma piuttosto come un'aspettativa da riconoscere, trattare, gestire, si riporta all'unitarietà della sofferenza del tossicodipendente visto, oltre che come persona, come paziente nella sua accezione clinica e scientifica.
Il fatto dunque che una certa proporzione di tossicodipendenti sia vista come portatrice di una sofferenza psicologica particolare, che in una percentuale di casi assume forme cliniche ben definite che possono essere preesistenti, concomitanti o successive alla stessa tossicodipendenza, non può che riportarci, come punto di partenza, al primato della clinica su ogni altra considerazione ideologica. L'attenzione posta su questo tema dagli studi pubblicati e anche dallo spazio dedicato nei convegni scientifici ha fatto sì, che dopo due decenni di separazione tra tossicodipendenza e psichiatria, tornasse l'attenzione alla sofferenza psichica che, sia a monte che a valle del problema dipendenze, complica in maniera importante prognosi e trattamento.

Quest'attenzione non è solo legata agli studi pubblicati, ma anche alla percezione diaria di chi lavora su questi temi riguardo ad aspetti della clinica, aspetti socio - culturali e dell'organizzazione.
Si può infatti citare l'altrettanto utilizzato termine di doppia diagnosi per alludere non solo alla presenza di due condizioni psicopatologiche, ma anche per riferirsi al problema doppio che sottolinea il vissuto degli operatori, che incontrano spesso difficoltà aggiuntive rispetto al trattamento dei pazienti e al difficile rapporto con i colleghi e con le strutture che non accettano o che non sono in grado di prendere in carico questo tipo di problemi.
Concordo quindi con RIGLIANO quando afferma che non si tratta di giustapporre una patologia all'altra, ma, al contrario, di dotarsi di una epistemologia e di un sapere clinico adeguati che consentano di ripercorrere la storia delle interrelazioni tra una precisa sostanza e una persona che vive ed esperisce significati di sofferenza, che possono esprimersi in forme clinicamente rilevabili e psichiatricamente definibili secondo gli strumenti ufficiali di inquadramento diagnostico, tipo DSM 4, che rappresentano però solo un primo livello utile ma superficiale di descrizione e di analisi.
Il tema della comorbilità si presenta dunque come una sfida da cui ripartire per una proposta di trattamento integrato delle tossicodipendenze che comincia dalla diagnosi vista come la costruzione di una rete di connessioni tra le dinamiche che legano quella persona con la sua storia, le sue relazioni e le attribuzioni di significato all'uso della sostanza.
Presenterò quindi una serie di considerazioni su un percorso terapeutico emerse in parte anche dal gruppo di lavoro della comorbilità della Regione Liguria e credo che per noi sia un fatto nuovo aver lavorato per sei mesi tra operatori del SERT e del privato sociale su vari temi tra cui anche questo, in maniera concreta, operativa, raggiungendo anche delle conclusioni condivise.
Un primo punto è il problema della diagnosi psichiatrica e qui non posso che citare CLERICI che dice che va generalmente affrontato come un problema complesso, dinamico, frequentemente revisionabile. E' necessario cioè prendere in considerazione quanto psicopatologicamente e clinicamente risulta significativo sul lungo periodo, nella fase precedente la tossicodipendenza e in quella successiva. Una diagnosi di comorbilità pertanto non può basarsi su fugaci esperienze di contatto, ma richiede un'osservazione clinica adeguata, attenta e continuata. Inoltre va opportunamente contestualizzata, cioè tradotta in termini accessibili a tutti gli operatori in modo che tutti possano utilizzarla per la cura. Ne consegue che se la definizione della diagnosi non può tecnicamente coinvolgere operatori di tutte le professionalità; appare tuttavia fondamentale però che ne condividano consapevolmente la pregnanza psicopatologica e sia quindi definito come processo diagnostico un percorso basato sulla storia della persona all'interno del suo contesto, l'anamnesi clinica, la valutazione del terapeuta, del gruppo curante l'eventuale psicometrica.
Gli obiettivi di questo processo si possono identificare attraverso alcuni punti di lettura complementari: a) definizione delle dinamiche interiori del soggetto; b) discriminazione di diagnosi multiple secondo gli strumenti ufficiali di inquadramento DSM 4 eccetera; c) analisi della relazione tra persona e sostanza, cioè dell'interrelazione tra le dinamiche della patologia psichiatrica e la funzionalità tossicomanica, diagnosi dei significati; d) contestualizzazione del disturbo del soggetto nel suo ambiente familiare cioè diagnosi sistemica.
Torniamo dunque alla necessità di inquadramenti diagnostici che consentano di definire il tipo di problema, orientando gli interventi attraverso una relazione strutturata tra servizi tossicodipendenze e comunità, lasciando un successivo spazio all'osservazione del paziente senza interferenze delle droghe e considerando le conseguenze di un contesto che comunque risulta modificato rispetto a quello di provenienza, della famiglia di origine, senza la comprensione del quale anche la diagnosi rischia di rimanere un'infor-

mazione statica e parziale.
Avrei alcuni punti ancora, se mi si consente. Uno è più generale: è evidente come di fronte alla complessità di questa patologia, la sfida per quanti si rendano disponibili a una presa in carico del problema, riguardi un duplice livello: a) quello delle competenze, che significa professionalità e stabilità emotiva, formazione e supervisione per chi si assume la responsabilità di accogliere questo tipo di domanda; b) quello dell'organizzazione, che significa capacità di coordinamento tra le diverse agenzie che si trovano a interagire durante le diverse fasi del percorso terapeutico e naturalmente risorse adeguate.
Questo percorso terapeutico spesso richiede connessioni di interventi piuttosto che successione di interventi.
Mi limito a questo punto a elencare i titoli degli altri punti, visto che non c'è il tempo. Un punto riguarda i trattamenti e quindi la necessità dell'integrazione e della costituzione di un Tavolo di lavoro a cui partecipino tutti, compresi i servizi psichiatrici territoriali o ospedalieri; un altro punto riguarda l'intervento farmacologico e la necessità della continuità del trattamento farmacologico anche nelle situazioni residenziali e di comunità; un altro è quello dell'intervento familiare inteso nella duplice accezione cioè come indagine, intervista, trattamento terapeutico, ma anche come sostegno e come gruppi eventualmente di auto aiuto; un altro, quello dell'accompagnamento sociale e quindi anche della messa in opera di progetti di inserimento specifici per questo tipo di pazienti; un altro è quello di una valutazione che non si limiti soltanto a dire "ha smesso o non ha smesso di prendere il metadone o l'eroina", ma valuti anche i parametri psichiatrici tipo gli acting out e le ospedalizzazioni; un altro sulla residenzialità, c'è stato un approfondimento su questo, in Liguria prevalgono residenzialità di tipo misto, credo che questo sia un grosso tema su cui dobbiamo ragionare, se questa è la strada, se ci possono essere a fianco di questa anche altre strade specifiche e di quello che significa dal punto di vista economico il tipo di scelta che vogliamo percorrere perché evidentemente dobbiamo parlare anche di questi aspetti.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Noto con grossa sorpresa e con piacere che esistono dei documenti, esiste un lavoro fatto, per esempio a livello regionale, di discussione sui problemi della comorbilità che non è soltanto una discussione teorica ma è anche una discussione, un lavoro, una meditazione sull'organizzazione del lavoro clinico.
Tutto questo materiale purtroppo non circola, non raggiunge la massa critica degli operatori e soprattutto non raggiunge le sedi dove si decide e dove in qualche modo si condizionano le scelte di policy, se non politiche. Allora, se esistono tali documenti, questa è la sede per tirarli fuori, eventualmente per sistematizzati, per poterli inserire nel documento della Conferenza e quindi è un patrimonio che assolutamente non deve essere disperso. Allora, se nel corso della sessione ci sono dei materiali che rappresentano questo lavoro di approfondimento, soprattutto a livello regionale, per favore tiriamoli fuori.»

Dott. Pier Giorgio SEMBOLONI:- «Presso lo stand della Regione Liguria, c'è il documento dove ci sono tutti i gruppi di lavoro e la sintesi dei risultati raggiunti da questi.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Passo la parola adesso ad Achille SALETTI, presidente delle Comunità SAMAN e parlerà del tema "Verso una integrazione e riformulazione dei servizi nella comorbilità psichiatrica".»

Dott. Achille SALETTI:- «In effetti non mi presento come dinosauro, ma come brontosauro, in un'accezione più simpatica, nel senso come brontolone, perché anche noi nelle comunità abbiamo avuto delle difficoltà e credo che il DAS abbia invitato un rappresentante di una comunità o gli interventi residenziali proprio per cercare di enucleare quali possono essere le nostre difficoltà all'interno degli interventi residenziali.
Peraltro, quello che ha detto TEMPESTA rispetto al far girare dei documenti mi sembra

molto interessante. Insieme a ITACA, SAMAN ha organizzato un convegno in cui c'era anche un intervento di Massimo CLERICI e la pubblicazione di questi atti ormai credo sarà prossima. Sarà nostra cura, se poi ci darà anche l'indirizzario di chi si è iscritto al gruppo di lavoro, alla commissione sulla doppia diagnosi, faremo avere il libretto degli atti del convegno. Devo anche dire però che, rispetto all'intervento dei due relatori, la dottoressa LO RUSSO e il dottor SEMBOLONI, che mi hanno preceduto, noi non abbiamo una visione così rosea rispetto all'effettiva integrazione tra pubblico e privato sociale. Non lavoriamo in Veneto e Liguria, lavoriamo in molte altre regioni, in cui però lo stato di avanzamento della riflessione sulla doppia diagnosi non è così evidentemente avanzato.

Magari dirò anche delle banalità, ma sono banalità che però vanno affermate in anni di lotta alla droga, a un sistema delle tossicodipendenze che ha fatto della parola integrazione una sorta di passe par tout che va bene per tutto. A me sembra che, al di là del dibattito in convegni locali, nazionali, in cui si parla sempre di intervento integrato, la realtà, la pratica quotidiana di tutti i giorni sia molto meno lusinghiera e questo peraltro ha avuto un suo impatto relativamente importante rispetto alla tossicodipendenza tradizionale. Esiste un quid, nei percorsi di affrancamento dalle sostanze stupefacenti dei nostri ragazzi, che fa sì che noi certe volte riteniamo che un ragazzo avrà un percorso splendido e non avrà alcun tipo di problema - e quindi vediamo il superamento dei problemi e poi c'è il tonfo - e riteniamo invece che alcuni ragazzi non avranno alcun tipo di percorso splendido e invece poi c'è una valutazione favorevole dell'esito del trattamento. C'è un qualcosa che ci sfugge e, se questo quid comunque può anche stare all'interno della tossicodipendenza tradizionale, ritengo che ci sia un imbarbarimento dei fenomeni legati alla tossicomania, che non sono solo quelli della doppia diagnosi, ma sono anche dovuti a situazioni personali particolarmente gravi, alla marginalità grave, alle situazioni che ormai si presentano ai nostri servizi in cui c'è il padre e il figlio che assumono sostanze stupefacenti o c'è il figlio che accompagna il padre. Credo che, di fronte a una complessità di queste situazioni, la parola integrazione debba poi tradursi anche nella pratica quotidiana degli atti e dei fatti, in un'integrazione vera. Sicuramente, la parola integrazione deve essere vera e concreta e reale rispetto alla doppia diagnosi.

Sicuramente, rispetto alla sofferenza psichiatrica, perché noi come comunità terapeutica, come interventi residenziali, ci rendiamo conto che possiamo rappresentare solo un piccolo segmento all'interno di un iter terapeutico molto più complesso, la cui somma di segmenti dovrebbe in realtà indicare una presa in carico che deve essere il più possibile globale, ritengo, questo è stato detto in parecchi convegni, che essa sia unitaria, è unica e quello che noi abbiamo messo in piedi oggi come sistema di governo della tossicodipendenza applicata alla doppia diagnosi invece è un insieme di interventi segmentati e parcellizzati tra di loro; su questo forse vale la pena di spendere una riflessione e una parola.

La dottoressa LO RUSSO, nel suo excursus storico, prima ce ne ha parlato rispetto ai dipartimenti di psichiatria e ai neo costituendi dipartimenti di tossicodipendenza; ha detto, al di là degli esempi regionali prima citati, che, nella maggior parte delle Regioni italiane, questi dipartimenti non si parlano assolutamente tra di loro. E' anche vero che negli ultimi tempi, mi viene in mente l'esempio della Regione Emilia Romagna, c'è stato un tentativo di fare interloquire i singoli assessorati alle Politiche sociali con l'Assessorato alla Sanità, per trovare un Protocollo vero di intesa, un qualcosa di scritto che riesca ad ancorare i medici e gli operatori dei servizi. Va anche detto che la Regione Lombardia sta istituendo dei gruppi di lavoro all'interno di un piano socio - assistenziale che sarà licenziato a breve, si è auspicato che questi protocolli di intervento tra dipartimento di psichiatria e dipartimento delle tossicodipendenze vengano poi resi operativi, però siamo sempre a livelli esclusivamente di auspici.

La realtà di tutti i giorni, oggi, è molto più grossolana e molto più brutale, è la realtà per

cui il paziente viene sballottato anche tra un servizio e l'altro e in realtà c'è una rincorsa a non assumersi la responsabilità rispetto a questa persona. Saranno anche problemi amministrativi, però sta di fatto che alla fine il paziente arriva anche da noi. Come inserire all'interno di questa riflessione quello che può essere l'apporto della comunità terapeutica?

A me piacerebbe peraltro iniziare a parlare più di apporto di interventi residenziali che di comunità terapeutica. Per la storia delle nostre comunità terapeutiche, abbiamo sempre sviluppato prevalentemente interventi residenziali o semi residenziali e raramente ambulatoriali.

Credo che un ripensamento da parte di noi comunità terapeutiche vada fatto, ed è un ripensamento che, applicato alla doppia diagnosi, deve essere, o quantomeno concretizzarsi, anche in un passo indietro. La doppia diagnosi ci pone un problema basilare, un mutamento di orizzonti rispetto ai nostri operatori e ai bagagli professionali dei nostri operatori e questo mutamento di orizzonti va in senso opposto a quello che è stato sviluppato in questi anni dalle comunità terapeutiche. Rispetto a molti ragazzi in sofferenza psichiatrica, ci sono ben poche possibilità e ben pochi approcci salvifici. Una parte di questi ragazzi probabilmente dovranno essere accompagnati per una buona parte della loro vita e da questo punto di vista allora le comunità terapeutiche dovranno ripensarsi, non ipotizzando che l'intervento residenziale deve risolvere il tutto perché risolverà solo una parte del tutto; quindi le comunità residenziali dovrebbero, a mio modo di vedere, sollecitare, insieme ai servizi pubblici e all'interno di quello che dovrebbe essere il logico spazio della decisione delle politiche sociali che io mi auguro sia il dipartimento, tutta una serie di gamme di interventi in cui la residenzialità è una sorta di extrema ratio, perché in fin dei conti quello che succede a noi è che riteniamo che i ragazzi ci debbano essere inviati in due sostanziali casi, adesso sono un po' grossolano: il momento della crisi è un momento in cui la comunità residenziale serve a elaborare al meglio delle domande che sono poco chiare, serve a impostare al meglio, proprio perché lo spazio per certi aspetti è anche neutro, un programma terapeutico molto articolato però, chiaramente, se quello che sto affermando ha una sua bontà, è chiaro che è un solo piccolo segmento ed è chiaro che la comunità quindi è al centro di un sistema molto più complesso e declinato e modulato con tutti altri tipi di interventi che vanno quindi dall'ambulatoriale, e oggi non l'ho ancora sentito, anche al domiciliare.

Un giorno con Massimo CLERICI ne avevamo anche parlato; se volessimo imparare qualcosa dall'esperienza della psichiatria vedremmo che da un punto di vista di politiche sociali è stata una esperienza, quella italiana, importantissima, secondo me ampiamente condivisibile però, per una questione probabilmente di insensibilità politica, è mancato un pezzo importante all'interno di questa riforma, che si traduce poi nei servizi territoriali, i servizi di sostegno ambulatoriale, di sostegno alla persona e alla famiglia della persona ammalata. Se dovessimo imparare qualcosa da questa precedente esperienza, credo che insieme, pubblico e privato, che vorrei però che quantomeno sulla doppia diagnosi perdesse questa dicotomia terminologica per essere chiamato solo un insieme di servizi pubblico e privato, si creasse o si cercasse di creare un sistema modulato di interventi che dia una risposta il più possibile completa alle esigenze, alle sofferenze e ai bisogni della persona che si rivolge a loro. Perché che cosa succede poi? Perché c'è la necessità di ragionare sempre più e di approfondire tutte le tematiche inerenti alla doppia diagnosi? Perché nelle nostre strutture specializzate sulla doppia diagnosi sta arrivando un po' di tutto. Ragazzi sicuramente con diagnosi sbagliate, ragazzi con diagnosi meno gravi, quando invece hanno una diagnosi grave o ragazzi con diagnosi gravi quando in realtà hanno o dovrebbero avere diagnosi meno gravi.

Questo fa parte di un sistema delle tossicodipendenze, anch'io parlo chiaramente in termini molto generali, poi ci saranno sicuramente delle esperienze molto più felici di quello che racconto, ma in un sistema in cui i SERT o i servizi pubblici, questa è una ricerca che oltretutto è stata anche pubblicata dal CNCA, il più delle volte lavorano in condi-

zioni di grave carenza di organici e oltretutto in condizione di assenza di quella che è una merce rara all'interno dei SERT che sono gli psichiatri, cioè coloro che potrebbero più di altri fare diagnosi.
Allora, la velleità che un SERT, in assenza di chi può fare diagnosi, ti mandi qualcuno diagnosticato secondo me deve necessariamente andare superata.
Comunque, cosa succede? Succede che spesso soprattutto questa struttura della doppia diagnosi diventa una sorta, diciamolo senza ipocrisia, di discarica sociale, con la pretesa che però i quindici mesi di discariche sociali si trasformino, e profumino anche, cioè che i ragazzi dopo quindici mesi vengano riconsegnati alla società civili, ben educati e ben formati e possibilmente con un lavoro.
Credo che questo sia assolutamente impossibile rispetto alla tipologia dei ragazzi che ci arrivano. Credo che la responsabilità, da questo punto di vista non debba essere solo delle comunità, ma vada condivisa tra tutto l'insieme dei servizi e per questo forse noi dobbiamo concorrere ad articolare dei servizi nuovi, un unico sistema di servizi proprio per una presa in carico globale che dia un'unica risposta ad un'unica sofferenza.
Molte delle cose che mi ero scritto sono state anche dette, quindi credo che sia inutile ripetersi anche perché oltretutto, lo ripeto, è una cosa che deve entrare nei nostri abiti mentali; una parte di questa tipologia di persone possiamo accompagnarla solo verso una relativa e minimale autonomia di vita.
Ad esempio, l'altro giorno pensavo che stanno chiudendo le case alloggio per i malati terminali di AIDS; grazie a Dio quasi non esistono più malati terminali di AIDS, però abbiamo, ad esempio, oggi, un problema grande di collocazione di alcuni nostri ragazzi in doppia diagnosi che dopo due, tre, quattro, cinque anni in comunità e non perché vogliamo tenerli noi per un periodo così lungo, ma perché in realtà i servizi se li sono dimenticati in comunità e si limitano a pagare la retta, forse troverebbero maggior agio in una collocazione in una unità protetta, in una casa alloggio e via dicendo.
Questa è una cosa che nel nostro mondo manca completamente. D'altra parte, i nostri servizi rispetto a questi ragazzi dovranno ulteriormente specializzarsi. Provo solo a immaginare cosa significa un'attività di tutoring rispetto all'accompagnamento lavorativo di alcuni dei nostri ragazzi. Sono tutte specializzazioni che probabilmente dovranno essere fatte.
Da qui oltretutto mi viene anche da dire quanto sono lontane molte delle regioni all'interno delle quali noi operiamo, che ancora oggi stanno ipotizzando invece di fare corsi di formazione per operatori di comunità tradizionale. L'altro giorno, dalla Sicilia, mi è arrivata una richiesta in cui dovevo indicare i nominativi di alcuni nostri operatori che dovrebbero essere stati sanati così, perché si avviino a un corso di formazione professionale per operatore di comunità. A questo punto, anche quando questi avranno ultimato il loro corso di formazione per operatore di comunità, si troveranno a trattare dei casi non sapendo nemmeno da che parte cominciare. Credo che una formazione congiunta tra pubblico e privato su questo specifico caso della comorbilità psichiatrica, sia una cosa ormai necessaria e su cui siamo già in grande ritardo. Le singole organizzazioni non possono sopperire con propri mezzi a questo tipo di formazione perché chiaramente costa molto. Quindi, mi auguro solo che il dipartimento, come luogo della decisione, sia il posto ideale, deputato, perché si riesca ad attuare una progettualità condivisa, ampia e di vasto respiro e, se possibile, cittadina. Un'altra cosa che mi sono sempre chiesto è questa, ma com'è che ai servizi del privato sociale si chiede la riconversione e non si può ipotizzare una riconversione anche dei servizi del pubblico? Com'è che i SERT devono essere fossilizzati nel loro essere SERT e invece non si può ipotizzare, faccio un esempio perché conosco meglio Milano, che all'interno della città di Milano uno dei sei SERT non si specializzino sulla doppia diagnosi o quantomeno parte delle risorse di questo SERT non vadano rivolte rispetto alla doppia diagnosi?
Credo che queste siano riflessioni che vanno sicuramente portate avanti e peraltro noi, lo ripeto, le abbiamo portate anche avanti e continueremo a portarle avanti nel conve-

gno che abbiamo fatto.
Un'ultima considerazione riguarda questo grande contenitore terminologico che è la doppia diagnosi, per quello che dicevo prima: arrivano ragazzi che forse sono solo esuberanti, ma che vengono definiti con l'etichetta della doppia diagnosi. Anche su questo penso che oggi noi abbiamo avuto la fortuna di sentire Massimo CLERICI che peraltro avevamo già ascoltato in innumerevoli occasioni, ma credo che questa chiarezza, anche da un punto di vista clinico, della definizione della doppia diagnosi dovrebbe essere il più possibile diffusa nei servizi perché anche su questo, se noi facciamo questo ipotetico, immaginario viaggio per l'Italia, penso che potremo raccogliere decine e decine di definizioni diverse di doppia diagnosi. E' un sistema che andrà sicuramente regolato, ci sono già delle regole, che però devono tenere conto di questa precisione terminologica della doppia diagnosi e questa formazione degli operatori va fatta al più presto, perché oggi ci apprestiamo ad andare verso un regime di accreditamento del pubblico e del privato.
Il problema vero, l'ha accennato giustamente SEMBOLONI, poi è quello delle risorse. Noi dobbiamo, secondo me, cercare un sistema di governo sul problema della doppia diagnosi che sia, se possibile, efficace ed efficiente, ma che abbia anche un costo relativamente basso delle risorse, perché sicuramente gli interventi residenziali costano tanto e investire in interventi residenziali specialistici significa comunque, oggi come oggi, sottrarre risorse ad altri interventi, da cui anche la necessità di unirsi e di dare concretezza a questa parola integrazione che, lo ripeto, a mio modo di vedere, non ha ancora una sua reale concretezza.
Finisco dicendo che questa quella della doppia diagnosi, e voglio anche ricollegarmi a quello che ha detto ieri CANCRINI, è una partita che coinvolge tutti. Le prospettive future non ci inducono poi a facili ottimismi se è vero, come credo veramente che sia, che l'emarginazione fa male e tale male si articola in disturbi sempre più vistosi.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Il prossimo intervento è del dottor Henry MARGARON del SERT di Livorno, "Doppia diagnosi: nuova entità nosografica o esigenza organizzativa?"»

Dott. Henry MARGARON:- «La mia era una riflessione sul problema della doppia diagnosi, sul perché se ne parla solo ora, mentre in realtà si tratta di un problema tutt'altro che recente, per dedurne alcune decisioni operative.
A Livorno siamo, da questo punto di vista, l'ho sentito dall'intervento precedente, favoriti, in quanto abbiamo firmato ora un Protocollo con la psichiatria e quindi ci aiuta anche a capire questa riflessione che ci ha guidato e che ci ha portato appunto a questo tipo di Protocollo.
Il problema della doppia diagnosi in realtà non è nuovo, ma è un problema vecchio. Quando nel secolo scorso, si parlava di morfinomania o di morfinismo, in realtà si intendeva questa doppia valenza sia pure con dei termini e con un concetto dietro diverso, però si parlava di questo. Più recentemente, negli anni '70, c'erano numerose classificazioni, mi rapporto a una, di LUTZ, in cui si parlava di psicopatologia patologica e di tossicomania effettuale; erano gli anni '70 quelli in cui si parlava di tossicomania psicotica e di tossicomania nevrotica e di tossicomania psicopatica.
Nonostante ci fossero queste classificazioni non se ne parlava, non si parlava del perché per la nosografia dell'epoca fosse una specie di argomento tabù, perché il fatto di parlare di queste varie forme di tossicomania era un modo di mettere in discussione il sistema nosografico della psichiatria. La nosografia psichiatrica, da tutto l'inizio del secolo fino agli anni recenti, si basava su un modello composto da struttura, nevrosi e psicosi. Tutte le malattie dovevano essere collegate a questa struttura di fondo, a una struttura legata ad eventi subiti nell'infanzia che strutturava la personalità in modo inamovibile per cui poi, successivamente, di fronte a qualche incidente, problema, difficoltà si scompen-

sava secondo una forma di malattia; le classificazioni comportavano le psicosi e le nevrosi a seconda delle fasi dell'infanzia che la persona aveva superato e potevano scompensarsi più seriamente in maniaco depressivo o paranoia oppure nelle varie forme di nevrosi che conoscete, per cui una malattia poteva essere o dell'uno o dell'altro tipo. Il fatto che potessero esistere delle tossicomanie evidentemente di natura psicotica e altre di natura nevrotica, metteva in difficoltà il sistema.

E' vero che si era lasciata una terza categoria, che è quella delle psicopatie, in cui si mettevano in fondo tutti quelli che non si riusciva a inserire nelle nevrosi e nelle psicosi: la tossicomania, l'alcolismo e la perversione e l'omosessualità. Questo per riallacciarmi all'intervento di stamani, che parlava dell'aspetto morale e moralistico che aveva la psichiatria su certi comportamenti.

Non era possibile, nonostante si riconoscesse la coesistenza di varie forme di disturbi psicopatologici, parlare di doppia diagnosi e di comorbilità. Questo aspetto, chiaramente, ha messo in crisi il sistema psichiatrico, la nosografia; la scuola americana, molto prima di noi, a questo punto sulla tossicomania si soffermò molto. Si è dovuto trovare un sistema di valutazione dei disturbi mentali di tipo multi assiale. Si accettava la coesistenza di sintomi clinici, di sintomi di disturbi dello sviluppo della personalità, di disturbi delle conduzioni di ordine fisico, la valutazione degli eventi psico - sociali stressanti e la valutazione globale del funzionamento; in fondo significava accettare che un disturbo mentale dovesse essere valutato in vari aspetti.

Le scuole europee sono state molto più condizionate dall'influenza psicanalitica e psichiatrica tradizionale di quelle americane, per cui questo sistema di classificazione è arrivato più tardi da noi e questo è un elemento della cultura psichiatrica che non va disconosciuto, perché non credo che gli psichiatri fossero tutti insensibili nei confronti di questi pazienti però evidentemente avevano difficoltà a inquadrarli, che corrispondevano anche a difficoltà a trattarli tant'è vero che c'era tutto un sistema teorico che prevedeva, di lasciare al loro destino queste persone che, con questo carattere così antisociale, forse non sono da prendere in nessuna struttura.

Per cercare di rimediare a questo sistema di classificazione, si trova anche il borderline, che in fondo è nato su questo. Il borderline si è proposto inizialmente come una struttura non struttura, che sarebbe stata in grado di accogliere queste persone. In realtà, si è visto che esistevano dei tossicodipendenti borderline, dei tossicodipendenti psicotici e dei tossicodipendenti nevrotici e quindi questo sistema di classificazione non poteva salvarci. In realtà poi il borderline ha ripreso dalla vecchia classificazione della psicopatia solo le connotazioni di antisocialità, amoralistiche, di delinquenza, di incurabilità, tutte queste cose negative per cui l'abbiamo dovuto passare all'altro sistema che permette questo. Ora, effettivamente, possiamo parlare di comorbilità e sapere che cosa accettare e che esiste la coesistenza di più fenomeni psicopatologici.

Un altro motivo per cui si parla di queste cose solo ora, secondo me, è che in fondo queste persone, a volte, erano allontanate dai servizi psichiatrici anche perché erano difficili da curare, e ciò probabilmente perché i sistemi previsti dalla psichiatria non erano tra quelli più adeguati per loro.

Credo che l'apertura dei SERT abbia rappresentato qualcosa di importante. Se i SERT si sono visti un numero crescente di persone difficili da curare, che nonostante tutto rimanevano legati ai SERT vuol dire che questi servizi hanno rappresentato qualcosa per loro. Dico i SERT perché credo che sia partito dai SERT e poi sono cambiate anche le comunità; sapevamo all'inizio, una decina d'anni fa, che se uno non era perfetto non entrava nella comunità terapeutica e quindi non c'era posto per loro né nelle comunità né nella psichiatria, per cui i SERT hanno rappresentato una risposta, probabilmente non completa, non sufficiente sicuramente, al loro bisogno. Penso essenzialmente alla possibilità di trattamenti integrati, a una visione forse più nuova del problema, sicuramente anche i trattamenti sostitutivi hanno avuto la loro importanza, ma non credo che tutto si possa riportare al discorso del metadone.