Poi, perché si leggono di più di questi problemi? E' chiaro che quando parlo di questi problemi mi riferisco essenzialmente ai disturbi gravi della personalità o ai disturbi deliranti che sono quelli più difficili da curare e che mettono più in crisi i servizi. Sicuramente un altro motivo che fa sì che si vedano di più, penso che sia anche il discorso della cronicità dell'abuso delle sostanze, con il doppio ruolo che queste possono avere. Alcune volte hanno un aspetto curativo e magari rallentano l'evoluzione, d'altro canto però possono anche favorire la comparsa di queste manifestazioni. Sappiamo poi che, a seconda che si tratta di sostanza stimolante o invece sedativa, l'impatto può essere diverso. Comunque, c'è questo rapporto ambiguo di cui sappiamo.

C'è un altro però aspetto che è più discutibile e di cui una decina di anni fa non si poteva parlare, ma forse ora se ne può anche parlare; forse il cronicizzarsi di condotte tossicomaniche può darsi che favorisca anche la comparsa di disturbi della personalità, dal momento che ora siamo più inclini a pensare che la personalità è più il risultato delle sue condotte che non qualcosa di strutturato in modo predeterminato, allora può darsi che il protrarsi di condotte tossicomaniche alla fine favorisca anche la comparsa di maggior numero di queste.

Queste erano un po' le tre cose che avevo individuato come motivi per i quali si parla di più ora di questo fenomeno, che non nel passato.

Alcuni SERT hanno rappresentato, e non solo i SERT, ma ora anche i servizi pubblici, una modalità di risposta, però chiaramente ci sono dei casi, che richiedono una riflessione sulla loro riorganizzazione.

A Livorno ci siamo ritrovati con la psichiatria e abbiamo stilato un Protocollo insieme, però prima vi volevo dare qualche dato che abbiamo preso dal nostro archivio. Il SERT di Livorno ha mediamente 870 persone in carico, e parlo di persone; viene aggiornato praticamente ogni tre mesi, uno che da tre mesi non si presenta al servizio lo leviamo dal carico e quindi questo 870 corrisponde al numero di pazienti che abbiamo in questo momento; più o meno è lo standard che abbiamo di carico di lavoro. Di queste 870 persone, mediamente, il numero di pazienti che si sono rivolti alla psichiatria almeno una volta é di 138; può essere per un ricovero, può essere per un contatto con il Centro di igiene mentale, può essere una consultazione, almeno una volta, 138. Il numero di pazienti presi in carico è di 68. Il numero di pazienti che ha quindi in carico tuttora la psichiatria e quindi anche i NORT, quindi con una doppia presa in carico, sono 45.

Il numero di pazienti che seguiamo in modo integrato, questo prima di aver fatto il Protocollo perché questi dati li abbiamo presi in ottobre e il Protocollo l'abbiamo firmato a fine ottobre, sono una ventina.

Vista l'esiguità del numero, che poi non ha un grande valore epidemiologico, abbiamo fatto anche una classifica per sostanze, per sesso e per sostanza, per vedere quali sono rimasti più in carico al servizio.

Quando ci siamo trovati poi a decidere il Protocollo e quale tipo di collaborazione creare tra di noi, due modelli si sono proposti: quello di un gruppo tra SERT e psichiatria che avrebbe fatto solo attività di doppia diagnosi, quello che si sarebbe occupato solo di questo. Ne abbiamo parlato, abbiamo pensato che un gruppo di questo tipo potrebbe sicuramente rappresentare qualcosa di più sostanzioso, garantire delle prestazioni, maggiore specificità; sicuramente però abbiamo avuto dei dubbi. Uno è: che cosa ci si mette, chi ci va in un gruppo di doppia diagnosi? Rischiano di essere tutti quelli che non vogliono né la psichiatria né i SERT, quindi questo ci ha fatto un po' paura e poi è stato sottolineato già diverse volte stamani, che chiaramente il momento del gruppo in cui sarebbe stato inserito, è un momento del suo percorso, il prendersi cura di un tossicodipendente non si limita a questo solo aspetto. Quindi, per facilitare la continuità terapeutica abbiamo preferito a questo punto prevedere delle équipe fatte sul caso dagli operatori che normalmente l'avevano già in carico. Abbiamo poi previsto una piccola riorganizzazione all'interno del nostro servizio, in modo tale da facilitare la costituzione di queste mini équipe, nel senso la psichiatria ha un'organizzazione territoriale e noi non ce l'abbia-

mo, quindi non sempre i casi potevano combaciare; bisognava cercare di far sì che gli stessi operatori potessero avere più casi da seguire insieme. Quindi si è scelto questo.
Si è proposto anche un gruppo di valutazione interna a noi, che doveva verificare un po' l'andazzo di questa collaborazione, suggerire forme di aggiornamento, aiutarci in questa pratica quotidiana.
Certe volte ci si pone anche la necessità di strutture residenziali. Anche lì ci sono due modelli: uno è quello della struttura residenziale che accoglie solamente soggetti di doppia diagnosi quindi casi difficili. Noi abbiamo preferito puntare sul gruppo misto, cioè sfruttare l'elemento terapeutico del gruppo sano; in pratica questo significa che stiamo facendo una convenzione con una comunità terapeutica privata il cui organico viene rinforzato, godrà di una maggiore collaborazione sia da parte nostra, sia da parte della psichiatria dove potranno essere inseriti un certo numero di casi difficili, che potranno, in teoria, usufruire di tutti le forme di trattamento di cui hanno bisogno. Il numero di persone chiaramente dipenderà dalla qualità del gruppo "sano" che esiste al momento e dal numero e dalla tipologia di pazienti che eventualmente si inseriranno.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Il prossimo intervento è Giuseppe ZANDA, del SERT di Lucca, "Il problema della doppia diagnosi: l'esperienza della Regione Toscana".»

Dott. Giuseppe ZANDA:- «Faccio due premesse velocissime. La prima è che riporterò, anche se sinteticamente, il contenuto della relazione fatta in occasione della Conferenza regionale sulle tossicodipendenze della Regione Toscana, che si è svolta a Firenze il 7 novembre. La mia relazione risultava essere un po' il punto di incontro di un gruppo di lavoro purtroppo ristretto, ma che in qualche modo teneva conto anche delle esperienze che conoscevamo di altre realtà della nostra Regione; un gruppo interessante perché misto fra responsabili e operatori del SERT e rappresentanti del privato sociale, che nella nostra regione è molto forte.
L'altra premessa è che molte cose dette dalla collega LO RUSSO e da SEMBOLONI le condivido pienamente e in qualche modo le considero un'introduzione o comunque un completamento di quello che andrò a dire. E' certamente un'esperienza ampiamente condivisa il fatto che negli ultimi anni la questione della doppia diagnosi sia diventata uno dei problemi più seri che i SERT si trovano ad affrontare.
Nel nostro Paese, il termine di doppia diagnosi, anche se a molti non piace, forse perché è troppo vago, è stato di fatto adottato per indicare la condizione di molti tossicodipendenti e alcol - dipendenti che presentano anche un altro disturbo psichiatrico.
Tuttavia, nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze l'utilizzazione del termine doppia diagnosi potrebbe risultare di scarsa utilità se qualsiasi sintomo psicopatologico più o meno grave compresente alla patologia da dipendenza, venisse considerato alla stregua di un vero e proprio disturbo psichiatrico. Non esiste infatti tossicodipendente o alcol - dipendente che non presenti, anche con grande frequenza, sintomi d'ansia, stati, oscillazione del tono dell'umore o episodi di apatia e di rallentamento psicomotorio. Di conseguenza, in base a questo criterio, tutti o quasi tutti i tossicodipendenti si dovrebbero considerare con doppia diagnosi.
Le stesse considerazioni valgono nel campo dei servizi di salute mentale nel quale potrebbero essere considerati casi con doppia diagnosi tutti i malati mentali più o meno gravi, utilizzatori saltuari o addirittura pregressi di sostanze d'abuso. E' chiaro perciò che il ricorso improprio o eccessivo al termine doppia diagnosi rischia di essere, a livello operativo, veramente confondente e inutile. se non in molti casi addirittura dannoso. E' anche vero tuttavia che a causa della tradizionale separazione tra psichiatria e medicina delle dipendenze, tra servizi di salute mentale e servizi per le tossicodipendenze e tra trattamento dei disturbi mentali e trattamento dei disturbi da dipendenza, i soggetti che presentano contemporaneamente entrambi i problemi non vengono trattati in strutture idonee e che negli operatori dei servizi in genere manca la preparazione adeguata per affron-

tare tali situazioni complesse.
Sembra inoltre opportuno ricordare che il termine doppia diagnosi è stato coniato molti anni fa dalla psichiatria statunitense, non sono sicurissimo se è stato DE LEON nell'89 o qualcun altro, comunque sicuramente in quell'epoca, per indicare la copresenza di un grave disturbo mentale, soprattutto di tipo psicotico e di un disturbo da abuso, da dipendenza da sostanze, mentre in Italia non è stata la psichiatria e solo molto più di recente è stata posta una certa attenzione a tale evidenza clinica, principalmente da parte dei servizi per le tossicodipendenze, piuttosto che da parte dei servizi di salute mentale. Quest'ultimo appare un fatto per lo meno strano, considerato che sicuramente ne avrebbero avuto maggior titolo i servizi di salute mentale, se teniamo conto che in Italia, nell'organico dei SERT, non è nemmeno prevista obbligatoriamente la presenza di uno psichiatra.
Non deve perciò sorprendere il fatto che mentre da dieci, quindici anni negli Stati Uniti e anche in Europa, per esempio in Gran Bretagna, la questione della gestione dei casi con doppia diagnosi costituisce uno dei temi principali degli studi e dei progetti riguardanti la clinica e lo sviluppo dei servizi, nel nostro Paese solo da pochi anni si è cominciato ad affrontare questo argomento e a discutere sulla necessità e l'eventuale opportunità di istituire servizi specifici dedicati a tale complesso problema.
Come già notato però, in Italia, fino ad oggi questa problematica sembra avere investito solo i SERT e di conseguenza tale anomalia, cui ha corrisposto a un inspiegabile disinteresse da parte dei servizi di salute mentale, sta portando a un grande ritardo nell'organizzare la necessaria rete di presidi terapeutico e assistenziali in favore dei soggetti con doppia diagnosi. Dal momento che non disponiamo di fatto ancora di dati e di elaborazioni teoriche numerose o comunque consistenti in pratiche esperienze strutturate in questo campo nella realtà italiana, le considerazioni che rapidamente farò sono desunte quasi per intero da ciò che è stato fatto all'estero. Tuttavia ritengo che esse possano ugualmente servire come utili spunti di riflessione e come suggerimenti su cosa fare nel nostro Paese pur tenendo conto delle peculiari caratteristiche della nostra assistenza sanitaria, in particolare se confrontata con quella statunitense.
In generale, numerosi fattori rappresentano ostacoli per la gestione efficace dei casi con doppia diagnosi da parte dei servizi convenzionati interessati, i servizi per le tossicodipendenze e i servizi di salute mentale.
Tra di essi indichiamo come primo che gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze non hanno dimestichezza con il lavoro con i malati mentali e possono pensare e decidere che la gestione di tali casi vada al di là del loro mandato; secondo fattore, gli operatori dei servizi di salute mentale spesso mancano di formazione ed esperienza e pratica quotidiana nella gestione dei casi con disturbi da abuso o dipendenza da sostanze; terzo, quando i servizi per le tossicodipendenze e i servizi di salute mentale tentano di curare i casi con doppia diagnosi assieme, la frammentazione che deriva dal coinvolgimento di due servizi così diversi, può accrescere le difficoltà di mantenere la presa in carico e di garantire la continuità terapeutica, vista anche la natura di tali casi, particolarmente restii ad aderire al trattamento.
Come dovrebbe essere organizzato allora il trattamento dei casi con doppia diagnosi? Quali dovrebbero essere i servizi interessati e le professionalità maggiormente coinvolte?
Sulla base delle esperienze fatte finora con questi casi, è possibile distinguere tre diversi modelli di trattamento.
Il modello sequenziale, secondo il quale viene trattato prima il disturbo più acuto o più grave rimandando al momento successivo il trattamento del disturbo meno eclatante, in questo caso di solito le équipe curanti sono diverse e di conseguenza si può creare il problema dello scarico o del rimpallo del paziente.
Il modello parallelo, secondo il quale due distinte équipe curanti, quella dei SERT e quella della salute mentale, operano due contemporanee prese in carico, instaurano due trat-

tamenti diversi e separati, focalizzati su disturbi dei rispettivi campi di competenza. In questo caso nascono frequentemente problemi legati alla non comunicazione tra le due équipe curanti e alla loro diversa formazione, in modo che le divaricazioni dei trattamenti possano confondere il paziente.
Infine, il modello integrato, secondo il quale la presa in carico dei casi con doppia diagnosi viene fatta da una équipe unica, specializzata in questo settore, competente nel trattamento sia dei disturbi da dipendenze, sia dei disturbi mentali. In questo caso il paziente riceve una spiegazione coerente della sua malattia e una prescrizione terapeutica coerente, piuttosto che un insieme contraddittorio di messaggi da parte di diverse équipe curanti.
I trattamenti effettuati secondo quest'ultimo modello, il modello integrato, mirano a ridurre i conflitti tra i curanti, a eliminare le difficoltà dei pazienti di dover seguire due diversi programmi terapeutici e sentire messaggi potenzialmente contrastanti e a rimuovere barriere di vario genere, anche finanziarie, per accedere al trattamento e permanere nello stesso.
Inoltre, di fronte alla necessità di individuare un possibile modello di trattamento nella realtà italiana, dovremmo individuare, ed è questo un ulteriore elemento di complessità organizzativa, la posizione e funzione dei programmi terapeutici residenziali all'interno delle comunità terapeutiche gestite dal privato sociale che, rappresentando una fase molto importante del percorso terapeutico assistenziale di molti casi con doppia diagnosi, dovrebbero a loro volta pienamente e coerentemente integrarsi con gli interventi dei servizi delle tossicodipendenze e di quelli di sanità mentale.
Ora parlerò molto velocemente delle esperienze della Regione Toscana. Dopo qualche anno di assestamento organizzativo interno, a partire dalla loro istituzione, quasi tutti i SERT toscani, nonostante le difficoltà e le incertezze cliniche e gestionali cui si è accennato, si sono attivati per affrontare il crescente e ineludibile problema dei tossicodipendenti e degli alcol - dipendenti in doppia diagnosi. Lo stesso è accaduto all'interno di gran parte delle comunità terapeutiche del privato sociale che in molti casi hanno dovuto modificare profondamente i loro tradizionali programmi terapeutici ai quali, come è noto, non potevano accedere i casi con disturbi mentali accertati e nei quali non era assolutamente previsto l'uso di psicofarmaci. Nei SERT si sono moltiplicati gli sforzi per dotarsi di particolari strategie rivolte alla diagnosi e alla cura dei casi con doppia diagnosi e parallelamente, nelle comunità terapeutiche sono stati elaborati i programmi speciali con l'intervento di operatori qualificati in campo psichiatrico.
Nelle diverse realtà locali, si è cercato - e MARGARON, che mi ha preceduto, ce ne ha dato un esempio - di rispondere ai bisogni dei tossicodipendenti e degli alcol dipendenti con doppia diagnosi con modalità diverse. Riteniamo che tali diverse modalità di intervento si possano raggruppare sostanzialmente nel modo seguente: primo, i SERT e le strutture del privato sociale hanno fatto ricorso indipendentemente gli uni dalle altre alle proprie risorse; secondo, i SERT e le strutture del privato sociale hanno elaborato strategie terapeutico riabilitative che prevedono l'integrazione delle rispettive risorse; terzo, i SERT e le strutture del privato sociale, separatamente o con progetti comuni, hanno coinvolto anche i servizi di salute mentale.
Nella Regione Toscana sono attualmente in corso numerosi progetti, molti dei quali sono stati resi possibili da finanziamenti del Fondo nazionale della lotta alla droga. Si tratta generalmente di due tipologie di progetti: alcuni, più numerosi e consistenti, finalizzati alla realizzazione di luoghi di accoglienza e di cura specifici per tale gruppo di pazienti che sempre corrono il rischio di trovarsi in una sorta di terra di nessuno, cioè nello spazio intermedio che viene considerato al di là delle competenze dei diversi servizi; altri, finalizzati alla formazione degli operatori dei SERT e della salute mentale e del privato sociale, sulle problematiche psicopatologiche, terapeutiche, assistenziali e riabilitativi dei casi con doppia diagnosi. Siamo convinti che la formazione degli operatori sia uno degli aspetti prioritari da considerare e sostenere nella strategia generale regionale per rag-

giungere un assetto organizzativo idoneo all'assistenza dei casi con doppia diagnosi.
Vengo ai problemi aperti. Risulta evidente, da quanto emerso dall'esperienza fatta finora nel campo della assistenza di questi casi, che tale settore di intervento comporta il coinvolgimento a diverso titolo e con diversa intensità di più di un servizio. Ammesso ciò, si vengono ad aprire numerosi problemi, gravidi di possibili conseguenze negative sul piano etico e gestionale. Con alcune di queste difficoltà gli operatori dei servizi si sono già dovuti confrontare. Il primo problema a cui voglio riferirmi è stato già accennato prima, quando sono stati descritti molto sinteticamente i diversi modelli di trattamento dei casi con doppia diagnosi. Si tratta della questione centrale della titolarità della presa in carico di questi pazienti, questione connessa alla responsabilità dell'attuazione dei percorsi terapeutico assistenziali.
Per i pazienti con doppia diagnosi è possibile prevedere una presa in carico unica da parte di un solo servizio, SERT o servizio di salute mentale, legata alla prevalenza della patologia da dipendenza o di quella psichiatrica oppure, al momento attuale, non è possibile ipotizzare altro che una presa in carico doppia? Lasciamo aperto il problema anche perché, a nostro parere, nella logica della pari dignità esso riguarda in qualche modo anche i servizi del privato sociale.
Il secondo problema che ha a che fare con le diverse fasi del percorso terapeutico e assistenziale è questo: è possibile pensare a un unico modello di trattamento che valga per tutte le fasi, oppure possono essere adottati modelli diversi, da applicare nella fase ambulatoriale, nel corso di un'eventuale degenza psichiatrica ospedaliera o durante lo svolgimento di un programma terapeutico residenziale?
E infine, per quanto riguarda il trattamento residenziale, è più indicato - e questo lo diceva anche SEMBOLONI - lo svolgimento di programmi in comunità terapeutiche specifiche per soggetti con doppia diagnosi, oppure in comunità terapeutiche miste che ospitino anche i tossicodipendenti alcol - dipendenti senza gravi disturbi psichiatrici?
Sintetizzando le osservazioni fatte nell'analisi di questo tema, tenendo conto di come è stato fino ad oggi affrontato nelle diverse realtà del territorio della Regione Toscana, elenco di seguito i principali aspetti dei problemi emersi: primo, il termine doppia diagnosi dovrebbe essere utilizzato limitatamente ai casi che presentano contemporaneamente un disturbo da uso di sostanze e un altro grave disturbo mentale, a prescindere dalla priorità di comparsa di sintomi specifici o della relativa gravità degli stessi; secondo, la questione della doppia diagnosi, che nel nostro Paese è stata fino ad ora oggetto di interesse soprattutto da parte dei SERT, dovrebbe riguardare sia i SERT, sia i servizi di salute mentale; terzo, avendo anche i servizi del privato sociale acquisito un ruolo importante nell'assistenza dei casi con doppia diagnosi, è necessario individuare anche per loro efficaci modalità di integrazione con i SERT e con i servizi di salute mentale; quarto, e questa è una questione più locale, comunque è di centrale importanza, bisogna definire in ambito regionale un modello di trattamento dei casi con doppia diagnosi che, al di là delle specificità delle diverse realtà locali, possa servire alla stesura di linee guida trasferibili nella pratica dei servizi, cui fare riferimento nella programmazione dell'assistenza.
Alla fine di questa relazione il gruppo di lavoro proponeva quindi, come fatto necessario e urgente, l'istituzione da parte della Regione Toscana di un Osservatorio regionale sui modelli di intervento adottati nella gestione dei casi con doppia diagnosi, formato da operatori e rappresentanti dei SERT, dei servizi di salute mentale e del privato sociale, che avesse il compito di monitorare le esperienze regionali in corso, di produrre dei sistemi di valutazione e quindi di elaborare una o più ipotesi di modello di trattamento da sperimentare e verificare successivamente nella regione Toscana.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Finiamo l'ultimo intervento fissato e proposto dalle Regioni e con questo chiudiamo la sessione, dandoci appuntamento alle tre nella Sala BORA che è nella sede centrale del congresso. Do la parola alla dottoressa Maria Chiara

ANTONELLI, del CEIS di Spoleto, che parlerà di "Comorbilità psichiatrica: esperienze e prospettive".»

Dott.ssa Maria Chiara ANTONELLI:- «Vista la qualità dei relatori che mi hanno preceduto, cercherò di soffermarmi soltanto sulla parte centrale, eliminando tutto quello che riguarda la doppia diagnosi e parlando di quello che è il nostro progetto di una comunità, un intervento residenziale, per soggetti con tossicodipendenza e comorbilità psichiatrica. Questo progetto è stato elaborato in modo congiunto dal CEIS di Spoleto e dal SERT della ASL numero 3 di Foligno e prevede un finanziamento triennale con il Fondo regionalizzato della lotta alla droga. Questo progetto è nato sia dall'esigenza del SERT, che aveva constatato l'aumento notevole del numero dei soggetti con tossicodipendenza che necessitavano di una valutazione e di un supporto di tipo psichiatrico, sia da quella della struttura comunitaria CEIS che, sempre in collaborazione col servizio, che è un centro di detossificazione attivo da un paio di anni, che aveva valutato sui 165 soggetti in ingresso, che il 61 per cento, sotto osservazione, presentavano disturbi di tipo psichiatrico e quindi c'era l'esigenza di strutturare una comunità che in maniera specifica prendesse in esame la patologia della comorbilità. E' stato strutturato un Protocollo di intesa tra ASL numero 3 e CEIS relativo alla gestione della struttura e un successivo Protocollo operativo con il DSM del servizio di Foligno che già presentava un collaboratore già all'interno del servizio SERT. Questo progetto ha trovato degli ostacoli nella strutturazione, perché la formazione degli operatori, ha evidenziato le difficoltà degli operatori del CEIS, che partono con un progetto di uomo bene strutturato, alla rivalutazione, alla rivisitazione, al riciclarsi in una struttura di competenze diverse, anche non ben conosciute. La formazione è stata fatta, per un periodo di due mesi, è stata intensiva, all'inizio con dati specifici, forniti sia da uno psichiatra del servizio DSM sia dallo psichiatra del SERT - abbiamo la fortuna di avere anche uno psichiatra all'interno del SERT - sia da operatori con una formazione specifica CEIS, sia da una serie di consulenti; il CEIS si associa, io sono un consulente CEIS, ci sono sia figure psichiatriche, neurologiche, sia psicoterapeutiche e psicologiche.
Questa formazione sarà permanente, perché emergono nella strutturazione della modalità di tutti i giorni, all'interno della comunità, una serie di problematiche che spesso non sono risolvibili se non con una formazione nel tempo. Il lavoro all'interno della comunità naturalmente prevede sia un intervento specifico con terapie psicoterapie, con terapie di supporto, con terapie farmacologiche e anche tutta una serie di azioni di terapia espressiva, quindi pittorica e teatrale, che sono molto utili per le persone che presentano disturbi di personalità e disturbi di comorbilità grave che hanno quindi, a volte, difficoltà a sostenere una terapia del profondo. Il gruppo di lavoro che è sempre misto, CEIS e SERT, presenta anche una serie di proposte che si stanno attuando, di supporto alle famiglie, di laboratori specifici per dar una possibilità poi di un successivo intervento lavorativo anche in strutture protette; non è facile nella nostra regione, ci sono delle strutture con cui collaborare per un successivo inserimento lavorativo, ma va strutturata una rete più ampia e un tentativo di collegamento. Il dottor CLERICI ha parlato del collegamento tra le varie strutture che si interessano a questo problema della comorbilità psichiatrica; l'approccio metodologico va, secondo me, confrontato e va aggiustato nel tempo con le altre strutture che si interessano di questo.
La difficile relazione che c'è con le strutture di provenienza, con i SERT di provenienza che inviano i pazienti è stata già spiegata stamattina e quindi la riassumo appena; si chiede una valutazione psichiatrica precedente all'invio e spesso emerge la difficoltà da parte dei servizi di fare una valutazione psichiatrica, perché non c'è una figura specifica all'interno e se la richiesta nostra è quella di spostarsi e farsi dare un supporto, una collaborazione con il servizio DSM di appartenenza, c'è grossa difficoltà a ottenere questa collaborazione.»

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Prima di cominciare, volevo comunicare che c'è già una pubblicazione on line della Conferenza. I commenti sulla Conferenza saranno inseriti sempre nella pagina web. Visto l'interesse per questa sessione di lavoro, abbiamo pensato fosse utile fare una mailing list elettronica delle persone interessate alla comorbilità, in maniera tale che, da questa occasione, possiamo creare un network orientato e specializzato del settore.
Ricominciamo i lavori della nostra sessione. Prima di dare la parola agli interventi preordinati, mi sembra utile fare una breve sintesi di quanto emerso nella mattinata, in modo tale che sia gli interventi, sia il dibattito, trovino una specie di canale su cui orientare la discussione.
Mi sembra che siano emersi due aspetti importanti.
Il primo è la definizione del problema. Dalle varie relazioni è scaturita la necessità di un ulteriore approfondimento del modello epistemologico della comorbilità, dove il sapere e il saper fare in qualche modo possano orientarsi. L'altro aspetto importante della comorbilità è quello dell'inquadramento eziologico o del rapporto tra psicopatologia e consumo di sostanze, soprattutto per quanto riguarda l'identificazione dei fattori di rischio, gli aspetti di definizione o di orientamento del comportamento tossicomanico, la fattibilità del progetto terapeutico. Questo nesso di casualità eziologica diventa importante anche in termini di prevenzione.
L'altro aspetto, sempre legato alla definizione del problema, è la necessità di approfondire le conoscenze epidemiologiche, con tutto quello che questo comporta in termini di ricerca, di metodologia di definizione di diagnosi, eccetera. Analogo discorso vale per la formulazione del progetto terapeutico.
Il secondo aspetto analizzato nel corso di lavori della mattinata è stato quello delle modalità dell'organizzazione della risposta rispetto al problema della comorbilità; ho identificato tre aspetti importanti.
Il primo è legato alla storia, al passato, all'assenza del sapere psichiatrico nella costruzione dei servizi per dare risposte a questo problema, alla collusione, in qualche modo, degli operatori con la patologia e quindi a un'adesione talvolta acritica a un certo tipo di trattamento, in parte legata anche a una concezione della dipendenza dove prevaleva la componente somatica. Da questo deriva un po' l'aspetto dell'appiattimento dei servizi; ciascuno è compiaciuto del proprio modello di intervento, senza valutare i cambiamenti da fare.
Il secondo punto riguarda la realtà attuale, nella quale qualcosa incomincia a muoversi: è iniziato un tentativo di integrazione fra pubblico e privato, ma è, in parte, ancora a macchia di leopardo, non è un processo stabilizzato; i servizi cominciano a cercare di rispondere ai bisogni, le comunità residenziali terapeutiche si stanno attrezzando, alcune, a trasformarsi, a riflettere sul riadattamento alle esigenze della comorbilità. Il problema è che riguardo ai servizi psichiatrici c'è ancora una specie di scissione - malgrado i tentativi a macchia di leopardo di alcune regioni dove il dialogo tra medicina delle dipendenze e dipartimento psichiatrico è in atto - c'è silenzio, difficoltà di comunicazione, di presa in carico, di responsabilità o di condivisione delle responsabilità.
L'altro punto importante della realtà di oggi, che mi sembra essere emerso questa mattina, è la carenza di formazione, non solo nei servizi pubblici, ma formazione e professionalità mancano anche nelle comunità residenziali che si apprestano a interessarsi a gestire questo problema.
Il terzo argomento di cui si è discusso questa mattina è il futuro, cioè dove andare, che cosa fare, come muoversi. Mi è sembrato di cogliere alcuni aspetti: la formazione, la ricerca, la valutazione e la rimodellazione degli interventi e dei trattamenti e quindi la

riorganizzazione, sia a livello di privato sociale, sia a livello di servizi pubblici, in rapporto ai nuovi bisogni o ai bisogni della comorbilità, soprattutto definendo le assunzioni di responsabilità nel senso di presa in carico e di percorso, qualcuno ha parlato della catena terapeutica, chiamiamolo progetto o rete terapeutica, la ridefinizione e l'ottimizzazione delle risorse e la circolazione delle informazioni. Ora chiamerei sul palco, il dottor Giuseppe Nardini, del Cora».

Dott. Giuseppe NARDINI:- «Intervengo come radicale antiproibizionista, non come psichiatra, quale peraltro sono presso un servizio di salute mentale. Credo che oggi io e molti altri che la pensano come me si trovino veramente in una situazione paradossale, aprendo il giornale e trovando scritto che il Ministro della Sanità è antiproibizionista, e, più avanti, che in Olanda si approva una legge sull'eutanasia, in Francia si discute, e probabilmente si realizzerà, una norma sulla clonazione terapeutica. Sono rimasto senza niente da fare, chiudo baracca e ce ne andiamo! Ascoltando le relazioni di stamattina in questa sessione, mi viene da dire che si parla di comorbilità, ed è un argomento ad alto contenuto di scientificità; sembra che abbiamo risolto tutti i problemi e che adesso dobbiamo soltanto trattarle, le tossicodipendenze; invece mi pare che le cose non stiano proprio così. Mi viene da citare - lo faccio con piacere e l'hanno fatto altri prima di me - CLERICI e SACCHETTI, i quali ci ricordavano di recente che invece ci troviamo all'interno di un dibattito meramente ideologico, ascientifico e spesso anche amedico, antimedico sulle cause del fenomeno e sulle opzioni terapeutiche destinate ad affrontarlo. La citazione sarebbe più lunga, ma credo che queste tre righe siano assolutamente chiare. Avete citato la scissione tra la psichiatria ed i servizi per le tossicodipendenze: in sostanza è un problema di tipo burocratico corporativo, non ha nulla a che vedere con impostazioni scientifiche, complicato poi da visioni ideologiche, anche quelle più avanzate, progressiste.

Il problema è che siamo in un Paese dove la gente muore perché ci sono determinate leggi sulla droga e perché magari ci sono anche i pregiudizi degli operatori, più in quelli della salute mentale che non addirittura in quelli della tossicodipendenza, sui tossicodipendenti; questa è un'altra questione, è soltanto un problema di taglio che si vuole dare alla discussione.

Ci sono i servizi che distinguono il confine tra tossicodipendenza e psichiatria semplicemente mettono il segno, cioè il confine è il primo spinello, la prima pasticca o la prima siringa.

Non ho intenzione di fare un intervento su questo argomento, perché credo che questa conferenza, a chi la vede dall'esterno, dia l'idea di essere un convegno scientifico e probabilmente ciò è nelle intenzioni di chi l'ha promossa e di chi la sta portando avanti, ma il problema non è solo questo, è anche che non abbiamo ancora risolto niente. Non stiamo a discutere di che cosa c'è da fare, perché sappiamo che c'è da fare qualche cosa, c'è un problema a monte. Sulla comorbilità, credo che qui, al di là delle questioni di collegamenti o non collegamenti fra servizi, ci sia un problema sostanziale di mancata assistenza. I soggetti con dipendenza, che hanno un problema psichiatrico, sostanzialmente non sono assistiti perché appunto o il servizio di salute mentale o quello delle tossicodipendenze tracciano il segno.

Visto che abbiamo anche il Ministro, e ci fa veramente piacere che abbia impostato il discorso su un piano esclusivamente scientifico, ma abbiamo un Ministro antiproibizionista; io, per una volta, voglio fare il proibizionista in questa sede e su questo tema.

Mi auguro che ci sia proprio un divieto di costruire - su temi specifici, magari con alta scientificità - nuovi servizi speciali, come il servizio per la doppia diagnosi e così via.

Stiamo ancora aspettando dei SERT che funzionino, dappertutto e per tuite le ore che servono alle persone che ne hanno bisogno. Non abbiamo di certo bisogno di altri servizi speciali. Sicuramente avremo i dipartimenti delle tossicodipendenze, visto che dieci anni fa, o poco più, sono falliti nelle Università; li abbiamo riproposti nella salute men-

tale, grazie al Progetto obiettivo, falliranno anche nella salute mentale e probabilmente anche nelle tossicodipendenze, se non per i fini istituzionali e di strutturazione interna, certamente non nel segno e nella direzione dei servizi da offrire alle persone.
Sarebbe da trasformare tutto questo in indicazioni per le linee guida, ma me ne guardo bene perché siamo in un Paese dove le linee guida sono leggi e quindi sono prescrittive, nulla hanno a che vedere con il concetto stesso di linea guida e gli stessi progetti obiettivo. Inoltre sono semplicemente delle leggi che contraddicono nella sostanza quello che annunciano nel titolo.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Diamo la parola a Stefano VECCHIO, della ASL 1 di Napoli.»

Dott. Stefano VECCHIO:- «A sentire alcune cose detta dal collega NARDINI, napoletano, forse un ex presidente della Repubblica, sempre napoletano, avrebbe fatto le corna: insomma facciamo uno sforzo per costruire delle cose e poi tentiamo di tenerle in vita. A parte questa battuta, ho saputo soltanto pochi giorni fa che avrei dovuto fare un intervento preordinato, per cui ho buttato giù molto velocemente alcune note che vanno considerate come dei frammenti sedimentati nell'esperienza che da molti anni svolgo in questo settore, annodati tra di loro da fili riannodabili e che possono essere recisi, perché credo che su questa tematica, pur condividendo lo schema, l'impostazione fatta prima da TEMPESTA, dobbiamo mettere un punto interrogativo su ognuna delle proposizioni che lui ci offriva come sintesi della discussione di stamattina, perché ritengo che, pur dovendo fare, dobbiamo continuare a interrogarci su un fenomeno che a mio parere è ancora abbastanza inedito e quindi richiede un ulteriore lavoro di approfondimento.
Le cose che vi leggerò sono un po' il risultato della mia esperienza, molto contestualizzata, in una città come Napoli; non so se il mio è il primo intervento di un operatore meridionale in questa sessione, con tutte le problematiche che questa città determina anche sul piano della tipologia del consumo e della possibile sofferenza che può determinare. Ho sviluppato delle variazioni sul tema della comorbilità, perché questo mi permette di proporre questa tematica da vari punti di vista, considerando anche che mi è stato utile ripercorrere in parte alcune mie precedenti esperienze e anche letture, che forse appariranno in parte inattuali ad alcuni; poi mi farà piacere sapere se è così.
In primo luogo, la terminologia: in parte comorbilità psichiatrica mi convince perché mi dà l'idea di una copresenza, di una convivenza di processi. Mi convince di meno la dominanza dello psichiatrico, perché condivido quello che dicono alcuni sulla maggiore forza di questo sapere, che ha una storia, e in qualche modo rischia di schiacciare un lavoro di indagine e di conoscenza che deve invece cercare di capire che cosa succede quando due processi si incontrano nell'ambito dell'esistenza di un individuo.
In qualche modo il termine doppia diagnosi è come se desse una maggiore pari dignità ai due processi, ma naturalmente non ne prevede un vero e proprio incontro.
Credo che il sapere psichiatrico non si sia disinteressato, fin dall'inizio, dei servizi almeno di tossicodipendenze in Italia, ma ci sia sempre stato un tentativo da una parte almeno della comunità psichiatrica - io sono uno psichiatra - di inglobare in qualche modo nel proprio statuto conoscitivo il fenomeno della tossicodipendenza; c'è stata quasi una specie di lotta tra saperi e il fatto che in prima battuta non abbia vinto, scusatemi questa idea un po' conflittuale, la psichiatria, forse in qualche modo ci ha aiutato, perché hanno vinto dei saperi più territoriali. Questo fatto ci ha consentito di produrre esperienze autonome su un fenomeno che appunto era nuovo, inedito e che richiedeva di essere conosciuto senza delle lenti già preordinate.
Oggi l'emergenza di questa fenomenologia della sofferenza ci propone una sfida e ci consente forse di poterla affrontare: quella di mettere a confronto due saperi per capire quanto siano in grado di descrivere, di affrontare questo fenomeno.
Vorrei leggere immediatamente una citazione di Claude OLIVENSTEIN che dice: "Il futu-

ro tossicomane vero dovrà confrontarsi di continuo con la sua profonda carenza, con la sua nostalgia di identità. Di qui il suo aspetto labile e frammentato, che fa sì che gli sembri presentare successivamente ogni sorta di elementi di patologia, talvolta è un po' schizofrenico, altre volte è un po' maniaco depressivo, oppure un po' omosessuale, a volte un po' perverso: un po' di tutto ma mai fino in fondo. Il suo universo interiore è una successione di equilibri instabili che oscillano tra la personalità normale e la personalità psicotica. Ciò spiega lo smarrimento degli psichiatri che, trattando in genere solo l'aspetto delle sue metamorfosi a loro più familiare, si trovano profondamente sviati dalla mutevolezza della sua personalità e della sua condotta".

Questo mi serve per introdurre un elemento, cioè che forse è opportuno che si interroghi un po' il soggetto, l'individuo che consuma droga e che incontra la sofferenza psichiatrica.

In qualche modo bisogna delineare i caratteri specifici originali del consumatore di droghe, per identificarne alcune caratteristiche e capire anche se vi è un vantaggio, a differenza di quello che alcuni pensano, in questo consumo e in che modo questo vantaggio si esprime attraverso una strutturazione psicologico - esistenziale.

Queste persone un po' ibride che noi incontriamo e che nominiamo attraverso la comorbilità psichiatrica, figure quasi mitologiche, centauri, metà folli e metà consumatori, risvegliano un po' il sonno agli psichiatri perché ora sono i soggetti a esprimere il problema e non la psichiatria a interrogarli; una domanda implicita che la psichiatria può rischiarare. La comorbilità psichiatrica diviene allora quasi la via regia per la psichiatria, per un po' la colonizzazione culturale della tossicodipendenza.

La citazione di OLIVENSTEIN mi è utile per passare a una seconda variazione: è opportuno chiarire alcuni caratteri costitutivi del mondo che il consumatore forma - intendo il consumatore abituale di droghe e qui mi riferisco prevalentemente al consumatore di eroina e in parte di cocaina, che è quello che incontro nei servizi - per affrontare il significato economico dell'incontro tra i due processi, ammesso che siano solo due.

Stamattina è stata già riportata una parte di una citazione di uno scritto interessante di Paolo RIGNANO DEI MIRACOLI dal titolo "La tossicomania, sofferenza mentale" il quale sottolinea il carattere di circuito di processo costruito, che viene ad essere negato da un approccio che sembra sommare diagnosi psichiatrica e comportamento deviante e fa venire meno la percezione che la tossicomania sia soprattutto l'esito di un processo autocostruttivo dentro la persona; si perde la possibilità di cogliere come ne derivi una nuova architettura mentale fondata sull'uso quotidiano e continuato della sostanza, come tutto si ridisponga a consentire la ripetizione dell'incontro con la sostanza all'infinito, al fine di rinnovare un significato straordinariamente positivo per quella persona. L'importante è considerare che l'aspetto specifico del consumatore di eroina non è quello della dipendenza o della sofferenza, che sono elementi esistenziali vissuti dal soggetto, ma più generali, ma potrebbe essere definito il vantaggio del consumatore che si esprime nella costituzione di un mondo, dal punto di vista fenomenologico, nel quale il registro degli effetti della droga si inserisce come dispositivo di esistenza e di lettura, di codifica e decodifica della realtà interna ed esterna. Nell'incontro tra l'individuo e la droga, l'effetto della sostanza diviene nel tempo qualcosa di proprio all'individuo e quindi si trasforma, si fa biochimica e psichochimica. L'individuo si esprime attraverso l'effetto della droga, si percepisce ed agisce come se l'effetto fosse naturalmente proprio.

Quell'effetto, nel suo modo di vivere ed agire, delinea il suo mondo come un mondo ridotto, dove tutto ciò che accade è riconducibile ad un unico "significato", cioè la complessità dell'esistenza individuale è ridotta, ma allo stesso tempo lo spazio e il corpo sono espropriati. Questa condizione dà diversi vantaggi nel consumatore abituale e in ogni caso produce un modo di vivere e di dare senso alla vita, al contrario di quanto i benpensanti possano credere.

Ma quale vantaggio ottiene invece l'individuo che consuma droghe e che spesso, nello stesso tempo, manifesta sintomi tipici della sofferenza mentale, che cosa accade nell'in-

contro tra questi due mondi? Se ne costituisce uno nuovo dalla fusione dei due? Che cosa succede quando l'effetto di una sostanza che produce un desiderio in risposta ad una sofferenza determinata da una mancanza, come ha messo in evidenza Giulia SISSA, incontra una sofferenza di natura ben diversa, ben più radicata nell'individuo, o è viceversa? Che cosa succede ancora quando il corpo pieno di effetto, di materia, si incontra con l'immaterialità della sofferenza della psiche? E da qui le tante domande possibili.

La terza variazione parte dalla domanda fondamentale: in che modo possiamo avvicinarci a rispondere e con quale apparato conoscitivo?

E' un po' un triste ritornello. Stamattina sentivo fare riferimento alla necessità di avere degli strumenti flessibili di conoscenza e di diagnosi. Mi è stato utile riguardarmi un poco alcuni dei riferimenti critici al discorso dello statuto clinico della diagnosi.

Vorrei leggervi immediatamente una citazione presa da "La nascita della clinica" di FOUCAULT che dice: "La struttura clinica non è data né rivelata dal quadro clinico stesso. Essa gli era anteriore e la correlazione tra ogni sintomo e il suo valore sintomatologico è stata stabilita una volta per tutte in un a - priori essenziale. Nella sua funzione apparentemente analitica, il quadro ha la sola funzione di ripartire il visibile all'interno di una configurazione concettuale già data. Non è dunque un lavoro di messa in correlazione, ma di pura e semplice ridistribuzione di ciò che era dato da una estensione percettibile in uno spazio concettuale definito in anticipo. Essa non fa conoscere nulla, consente al massimo di riconoscere".

Quindi se noi non riusciamo a utilizzare in modo flessibile il processo di conoscenza, la diagnosi rischia di divenire un non luogo della conoscenza, secondo ciò che l'antropologo Marco AUGET definisce appunto il non luogo "come uno spazio che non può definirsi né identitario, né relazionario, né storico".

E' risaputo come sia difficile la diagnosi per gli psichiatri, come ufficialmente nel DSM4, che è il mio reparto, viene considerata un punto di riferimento, ma è la realtà. Gli psichiatri si barcamenano in una pragmatica perché questo strumento, a mio parere, è appunto un non luogo della conoscenza.

Vorrei ricordare soltanto velocemente uno scritto di BASAGLIA, può sembrare inattuale questa citazione ma non saremmo qui a discutere anche di questo senza tali culture di riferimento, quando dice appunto che "il medico rischia di perdere di vista sé stesso quando tende ad etichettare l'altro".

Per concludere, vorrei mettere in evidenza alcune possibilità di conoscenza per noi. In primo luogo, credo che l'Osservatorio dei servizi per le tossicodipendenze, nella loro articolazione per la salute mentale, sia stato finora poco utilizzato e dovrebbe essere invece riproposto e costituito soprattutto per raccontarci, tra operatori della tossicodipendenza e della salute mentale, che cosa emerge sulla questione delle numerose relazioni che gli operatori realizzano con le persone utenti, i numerosi fallimenti, i tanti tentativi di accompagnare e di comprendersi e anche i molti conflitti.

Nonostante sia d'accordo sul fatto, di cui parlava Liliano e che si riportava anche stamattina, che non è possibile pensare a un prima e a un poi, è utile, a mio parere, considerare nell'esperienza e nella storia di un soggetto con comorbilità psichiatrica, anamnesticamente, che cosa accade ad un soggetto che incontra le droghe e dopo questo incontro scopre una certa forma sua di sofferenza, a un soggetto che l'aveva già scoperto precedentemente e aveva una storia psichiatrica precedente o a un soggetto che in qualche modo vive attraverso il consumo di droga e a cui, dopo il consumo di droga, quando tenta di uscirne, in qualche modo la perdita di questa stampella chimica determina una disorganizzazione.

Uno dei modi interessanti di agire, per gli operatori, è quello di raccontarsi le proprie esperienze; condivido alcune delle cose dette oggi, mi interessa la posizione di quei colleghi che sono riusciti già a realizzare dei Protocolli di intesa, perché credo che sia necessario non tanto costruire dei nuovi servizi, quanto dei protocolli d'intesa, soprattut-

to quando i dipartimenti per le farmacodipendenze e per la salute mentale sono strutture interne alle aziende sanitarie locali, come quella di Napoli, ad esempio, dove vi sono più unità operative e, in qualche modo, esse coincidono con i distretti territoriali sanitari e quindi devono tenere presente spesso la comorbilità e anche le variabili sostanziali determinate dall'individuo e le diverse sostanze in relazione ad altri fatti ulteriori.
L'effetto specifico della sostanza probabilmente determina dei mondi diversi. La modalità di consumo abituale e sporadica, la generazione e lo stile di consumo, la percezione del sociale di quel tipo di consumatore e l'autopercezione conseguente.
Un'esperienza comune a molti soggetti di comorbilità è la poliassunzione di più sostanze, legali ed illegali.
Poi ci sono soggetti in cui la comorbilità coinvolge più patologie, come in coloro che hanno anche una sofferenza da AIDS. Ricordo che la giovinezza della nostra esperienza, il fatto che ci apriamo di fronte a un fenomeno inedito, anche con un atteggiamento nuovo, ci deve consentire, ci deve spingere anche a confrontarci con una serie di culture, di pratiche che non sono passate ancora nel nostro Paese, come quelle del supporto tra pari.
Mi riferisco ad esempio al movimento degli uditori di voce, che è nato in Olanda e in Inghilterra, nel quale soggetti con deliri uditivi si uniscono per autoaiutarsi e riescono a recuperare, a riappropriarsi di qualcosa di "estraneo al sé", attraverso una pratica di supporto tra pari, che considera l'altro come possessore di risorse, anche quando ha una sofferenza che gli determina una forte disgregazione.
E' come se noi dovessimo prendere atto, dovessimo recuperare un'indicazione che ci viene da un filosofo, Remo BODEI, e cioè quella di acquisire una ragione che sia ospitale ed espansiva, cioè più umile ma non per questo meno rigorosa, che sia in grado di riconoscere i nuclei di verità e la tipicità e la frastagliata varietà dei deliri e quindi in generale delle sofferenze.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Diamo ora la parola a Don Michele BARBAN, Presidente del Centro GULLIVER.»

Don Michele BARBAN:- «Do la mia piena adesione a quanto è stato detto, specialmente nei primi due interventi, e concordo con il catalogo che ha fatto il professor TEMPESTA e con l'iniziativa da lui proposta di collegarci per dare una possibilità di aiuto - anche questo è autoaiuto - che ritengo sia una cosa estremamente interessante.
Mi pare che il punto di osservazione nel quale ci possiamo mettere è che è cambiato parecchio e cioè che nessuna delle tre realtà che si mettono al servizio delle persone in situazione di sofferenza e di richiesta di aiuto è così autoreferenziale come tendenzialmente si è, né il SERT, né la psichiatria, né le comunità. Penso che oggi tutti noi siamo soddisfatti nel dire che siamo cambiati, quantomeno nelle dichiarazioni e nel tentativo di dare veramente un giro di boa a questa nostra realtà, che è di servizio e non appena di ricerca, anche se devo dire che l'interesse per questa problematica o questa sofferenza è stato originato dalla ricerca. Ringrazio il professor Massimo CLERICI e il professor TEMPESTA; sia pure con un certo scetticismo da parte, devo dire, anche mia, poi ci siamo resi conto che la maggior parte delle persone che arrivano nelle nostre comunità hanno questo tipo di sofferenza. Non dobbiamo mai arrenderci a questo fatto e quindi predisporre servizi che siano realmente adeguati.
Ora vorrei proporre qualche cosa a tutti noi qui presenti. Innanzitutto che le tre realtà abbiano a trovare un punto di incontro, che è senz'altro la persona a cui devono dare servizio, ma anche le professionalità che devono scambiarsi. Quando arriva una persona e gli si fa la diagnosi, questa diagnosi parte da una anamnesi delle tre diverse realtà che esprimono la loro professionalità, ma la diagnosi poi è unica; concordo anche con il superare l'espressione "doppia diagnosi", per andare a una diagnosi complessa o complessiva, perché effettivamente è quella che prende atto della persona che arriva.

Fatta la diagnosi, occorre passare alla la presa in carico e qui vengono le dolenti note. I SERT tante volte hanno senz'altro le mani legate, la psichiatria non ha, nei suoi protocolli, chiarezza; ogni Regione ha ancora un comportamento diverso.
Chiediamo davvero che qualcuno ci aiuti nell'esprimere un protocollo che sia rispettoso e con una presa in carico e che, tra l'altro, tenga presenti le realtà della sieropositività, dell'alcolismo, perché ci sono e le abbiamo un po' escluse in questo nostro convegno.
Devo dire grazie a MENUCCI e al professor CANCRINI ma poi, salvo che in questa sessione, queste problematiche sono state abbastanza ignorate. Ormai i sieropositivi, o meglio, i malati di AIDS vanno verso la situazione psichiatrica e non mi pare ci sia qualcosa di nuovo per aiutarli.
Gli attori: una cosa importante che va tenuta presente, con il territorio, è la famiglia; si devono prendere cura ognuno della professionalità dell'altro. Le comunità terapeutiche non si rassegnano ad avere solamente una gestione ordinaria della quotidianità, vogliono entrare anche loro nella progettualità educativa e allora l'itinerario che viene proposto deve essere il più possibile flessibile, chiaro ma flessibile, con il recupero psicofisico, con la riorganizzazione delle relazioni. Mi piace anche l'attenzione alla domiciliarità di questi possibili interventi, con il recupero dell'identità e dell'autostima e con il reinserimento sociale protetto, perché non possiamo ignorare che queste persone avranno sempre bisogno di questa situazione.
Mi pare che vada sottolineata, non l'ho sentito stamattina, la situazione delle persone in terapia metadonica, che parecchie volte viene data anche come sostitutivo di altri farmaci e, quando poi c'è la diminuzione del metadone, emergono altre problematiche e quindi c'è da tenere presente la compatibilità delle diverse cure.
Fondamentale è l'integrazione delle professionalità, di gruppo di lavoro, l'alternativa a una gerarchizzazione dei servizi o una giustapposizione che serve solamente a confondersi.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Dottoressa Edda PUTTINI, responsabile terapeutica, Centro Trentino di Solidarietà.»

Dott.ssa Edda PUTTINI:- «Sono la responsabile terapeutica di una comunità, la Casa di Giano, che si trova in Provincia di Trento, a Nomi. Questa comunità ha attivato, sul DPR 309, approvato nel '98, una comunità per il trattamento di pazienti con comorbilità psichiatrica. Dal gennaio al maggio '99, abbiamo fatto il lavoro di avviamento e di definizione del progetto con l'individuazione di linee guida, di obiettivi specifici di trattamento, declinati in sotto obiettivi e attività terapeutiche, che ho avuto modo di presentare in altri convegni dedicati alla comorbilità psichiatrica.
Vorrei parlarvi dell'esperienza che abbiamo compiuto dal giugno '99, ovvero il momento dell'avvio della struttura, a oggi.
Attualmente, abbiamo in carico 18 utenti che vengono trattati da 9 operatori. Vorrei darvi alcuni dati relativi all'utenza che abbiamo visto passare in questi mesi nella nostra comunità, non tanto con una presunzione di tipo statistico quanto piuttosto per tratteggiare le caratteristiche delle persone che abbiamo incontrato e con le quali abbiamo lavorato.
Diciotto sono le persone tuttora residenti nella nostra comunità, che è dedicata a soggetti portatori di comorbilità psichiatrica. Ventinove hanno interrotto il discorso terapeutico e una persona è deceduta durante il periodo di permanenza.
Sinora abbiamo una prevalenza di circa l'80 per cento di maschi e il 20 per cento sono femmine. Questi sono i dati riportati in percentuale sui quali non mi soffermo.
I soggetti normalmente presentano un'età media tra i 30 e i 40 anni. Quindi, i due terzi delle persone entrate hanno questa età; un sesto dei soggetti hanno età inferiore ai 29, poi ci sono gli ultra quarantenni. Abbiamo avuto una punta minima, cioè una ventiduenne e abbiamo in trattamento due pazienti più anziani, cinquantenni.

La provenienza dei nostri utenti è principalmente dalle zone limitrofe: i tre quarti provengono dalla provincia di Trento, Bolzano e Verona. Gli altri dodici utenti vengono da diverse regioni d'Italia, anche lontane, e da altre province del Veneto.
Una cosa che ci pare particolarmente interessante è questa: trentacinque soggetti sono stati inviati dai SERT e tredici dai servizi di salute mentale. Quindi vi è una significativa incidenza di soggetti di sesso femminile inviati dai servizi di salute mentale rispetto ai SERT.
Un aspetto che noi abbiamo valutato come dato significativo della nostra utenza è il rapporto con le famiglie, perché ci sembra importante aprire anche uno spazio di lavoro con loro, data la presenza di situazioni particolarmente problematiche e abbiamo visto che nella maggior parte dei casi, precisamente in 29 casi su 48, la famiglia si è dimostrata indisponibile al trattamento o sostanzialmente inesistente. Abbiamo tipizzato in qualche modo le famiglie in inesistenti, negative in quanto esercitanti influenze negative sui soggetti, problematiche ma comunque collaborative, collaborative e abbiamo visto che in particolare si è avuta una maggiore ritenzione in quelle situazioni in cui la famiglia risulta, pur problematica, collaborativa. In relazione ai soggetti che sono fuoriusciti dalla comunità terapeutica: in ventuno casi, la famiglia ha esercitato una influenza totalmente negativa sul paziente.
Una cosa che, dal nostro punto di vista, merita una riflessione è la tipologia di diagnosi. Prima l'operatore dell'ASL di Napoli, diceva che dobbiamo superare in qualche modo il concetto di diagnosi, perché rinchiude la persona e talvolta può bloccare il processo di conoscenza. Dal nostro punto di vista, la diagnosi è un elemento molto importante, ma ci siamo interessati, più che a categorie diagnostiche, a una diagnosi valutativa rispetto a degli elementi osservati nella quotidianità e nella gestione dei pazienti.
In ogni caso, il riferimento a diagnosi di tipo psichiatrico e di tipo tossicomanico, considerata come prevalenza di sintomi, ci porta a vedere come in 23 casi ci è stata segnalata una prevalenza di tipo psichiatrico e in venticinque casi una preminenza del problema tossicomanico.
Altro aspetto interessante è quello delle esperienze pregresse dei soggetti. Abbiamo visto che quarantadue soggetti, quindi l'88 per cento dei casi, hanno avuto delle esperienze terapeutiche precedenti, o almeno un percorso terapeutico.
In particolare, la partecipazione di queste persone a esperienze terapeutiche ha avuto una durata media di cinque mesi e mezzo e in generale questi quarantadue soggetti hanno fatto 2,9 tentativi medi di inserimento in strutture terapeutiche. Coloro che sono riusciti a rimanere maggiormente, per un tempo più lungo in un contesto terapeutico, vi sono restati per un periodo oscillante da 7,5 mesi a 7,7/7,5; i diciotto utenti attualmente presenti hanno invece accumulato da noi una presenza media di 8,7 mesi.
Tutte queste persone sono state anche valutate sulla scorta del loro accesso a servizi psichiatrici e si vede che, in generale, nella maggior parte dei casi, hanno avuto dei ricoveri o hanno presentato dei sintomi di tipo psichiatrico.
Vediamo i dati sulla tendenza a manifestazioni autolesionistiche, gli acting e i tentati suicidi. In genere, abbiamo notato una frequenza molto alta di episodi di acting: ventuno soggetti, nella loro storia, ne riportano e diciotto soggetti riferiscono episodi di tentato suicidio. Alcune persone hanno anche un livello molto alto di tendenza al suicidio.
Per tutti quanti c'è stata una presa in carico da parte dello psichiatra della nostra comunità terapeutica e un'attenzione sia per quanto riguarda le terapie di tipo metadonico, sia di tipo farmacologico.
In particolare, dei quarantotto, diciassette utenti hanno seguito e completato in comunità delle terapie metadoniche di vario tipo e la presa in carico di tipo farmacologico ha portato alla definizione di trattamenti che nella maggior parte dei casi non erano indicati nel momento della presa in carico.
Dai dati relativi all'uso di farmaci all'interno della nostra comunità terapeutica, mi sembra particolarmente interessante rilevare che trentacinque delle persone che sono passa-

te dalla Casa di Giano hanno assunto terapia con neurolettici.
Per quanto riguarda le benzodiazepine, abbiamo considerato anche l'aspetto della dipendenza e quindi è stata riservata una particolare attenzione all'utilizzo di questa tipologia di farmaci, trattando appunto l'aspetto della dipendenza.
Per quanto riguarda i risultati, abbiamo considerato la ritenzione un indicatore di funzionamento della comunità terapeutica. Abbiamo visto che la permanenza media di tutto il gruppo è stata di 4,8 mesi. Coloro che sono usciti, sono resistiti all'interno della comunità per 3,7 mesi e in generale, del gruppo dei diciotto pazienti della Casa di Giano, vediamo che la presenza media è di 8,7 mesi. Questo è un dato che, messo a confronto con il dato precedente, della fuoriuscita e della tendenza al drop-out, ci sembra abbastanza interessante circa il livello di ritenzione della comunità terapeutica.
Per quanto riguarda il trattamento, la nostra équipe presenta differenti professionalità: si lavora sul fronte terapeutico e sul fronte educativo. Definiamo i "setting" di intervento in base a una polarizzazione dei ruoli, per cui ci sono figure che si muovono nella valutazione, diagnosi, descrizione, programmazione e individuazione della terapia e poi, sul fronte educativo, si lavora invece sulla dimensione dell'accoglienza, della condivisione della relazione, in generale della quotidianità.
Un altro aspetto, che dal nostro punto di vista sembra abbastanza interessante, e riprendo quanto ho detto prima a proposito della diagnosi, è quello dell'osservazione e dell'autodiagnosi. Noi utilizziamo un semplice strumento diagnostico di rilevazione quotidiana. Tutti gli operatori vengono chiamati ad esprimere una valutazione, secondo un punteggio, di tutti gli ospiti della Casa di Giano e la media delle osservazioni dà luogo a grafici. Ci siamo resi conto di alcune cose, dal nostro punto di vista, interessanti. Le rilevazioni vengono effettuate sull'area dell'emotività, della relazione e della operatività. I grafici, che sono costruiti sulla base di medie mobili, ci danno degli andamenti tipici a seconda della tipologia di paziente. Abbiamo visto che i pazienti border hanno delle linee a sega e quindi ci sono dei picchi di intensità, dei picchi molto positivi, in cui la valutazione degli operatori raggiunge i punteggi massimi e poi ci sono dei periodi di stabilizzazione. Si cerca di determinare i periodi di stabilizzazione a un livello superiore a quello precedentemente verificato, mentre l'andamento dei pazienti che hanno una struttura più psicotica è un andamento più piatto. Abbiamo anche visto che i momenti di miglior funzionamento sono quelli in cui c'è una sorta di coincidenza tra le tre aree dell'emotività, relazione e dell'operatività.
Un altro aspetto che abbiamo valutato è quello del clima, dell'atmosfera di casa. Ci sono delle posizioni contrapposte per quanto riguarda il trattamento di questi pazienti in piccoli gruppi o grandi gruppi. Dal nostro punto di vista, lavorare su un gruppo medio intorno ai 15/18 soggetti innesca delle dinamiche meno patologizzanti di quelle che si vengono a realizzare sul piccolo gruppo e abbiamo visto che il lavoro sul piccolo gruppo dà dei grafici di andamento che hanno un aspetto molto simile a quello dei pazienti di tipo psicotico, mentre il clima di casa assume delle caratteristiche più vicine a quelle dei border, se il numero delle persone è maggiore e quindi c'è una crescita, un'evoluzione maggiormente positiva.
Per quanto riguarda il trattamento, ci sembra che i tre punti su cui sia importante focalizzare l'attenzione siano la relazione supportiva, le strategie cognitivo- comportamentali che noi realizziamo attraverso una serie di attività e attraverso il supporto di tipo farmacologico.
Allora, che cosa abbiamo osservato in questi diciotto mesi di funzionamento? Innanzitutto una riduzione degli acting dei soggetti, un contenuto livello di abbandono rispetto ai precedenti storici di queste persone in altre esperienze terapeutiche, pochissimi episodi di tipo trasgressivo e nessuna ricaduta nella sostanza.
Rimangono aperti per noi una serie di problemi, in particolare legati all'individuazione dei soggetti giusti per la nostra comunità. Abbiamo visto che le persone più caratterizzate da modalità di tipo tossicomaniche non possono fruire del nostro intervento, perché

l'approccio non è incentrato su interventi di tipo vertebralizzante, mentre gli psicotici "più duri" vengono troppo sollecitati dal contesto comunitario.
Un altro aspetto che ci sembra importante è quello della riduzione dei ricoveri per queste persone e durante i colloqui abbiamo visto un progressivo aumento della capacità di aderenza alla realtà.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Credo che quello che sta emergendo sia talmente importante, che ci faccia rendere conto di quanto c'è da approfondire e anche da scambiarci come informazione, soprattutto su queste esperienze nuove.
Abbiamo dieci richieste di intervento. La prima è quella di Mario MARAZZI, che è il referente per i programmi terapeutici della Comunità SAMAN di Latina.»

Dott. Mario MARAZZI:- «Noi abbiamo cominciato ad accogliere utenti in doppia diagnosi nel gennaio del '98, quindi è un'esperienza abbastanza giovane. Ci siamo occupati di questa tipologia, perché nei nostri centri di accoglienza affluivano sempre più frequentemente dei soggetti in doppia diagnosi che avevano alcune caratteristiche, cioè disturbi psichiatrici acuti che potevano essere considerati come l'espressione di un crollo, grave ma transitorio, di precedenti condizioni di adattamento, una lunga storia di tossicodipendenza, quindi fallimenti terapeutici ed interventi; questi soggetti erano in una condizione di emarginazione grave, si trattava per lo più di soggetti adulti, la difficoltà di costruire rapporti continuativi per loro con i SERT e con i servizi psichiatrici era dovuta proprio all'esistenza della doppia patologia. La richiesta che afferiva i nostri centri di accoglienza non era spontanea, volontaria, ma venivano per lo più inviati dai SERT, dai servizi psichiatrici ed anche dalle famiglie. Comunque, dopo un iter più o meno complesso di accoglienza, questo invio si trasformava in una richiesta del soggetto perché il programma è pur sempre una scelta volontaria del soggetto.
L'idea di fondo su cui si articola il nostro programma è che l'allontanamento da situazioni di tensione grave e violenta, che questi soggetti avevano in altre strutture o nella loro famiglia, poteva costituire l'occasione per un miglioramento del loro funzionamento personale. L'adattamento a una nuova situazione, come quella della comunità, che è strutturata, ma, come la nostra, è accogliente e disponibile, sicuramente promuoveva delle risorse interne ed attenuava i comportamenti caratteristici dei sottostanti disturbi di personalità.
E' stato già detto oggi che non consideriamo le comunità come l'unico strumento disponibile, è solo un passo di un lungo cammino di cambiamento che la persona deve intraprendere, che inizia prima e deve terminare molto dopo. Comunque, consideriamo la comunità come lo spazio anche mentale in cui il soggetto possa valutare in maniera più realistica le proprie condizioni, possa formulare una richiesta di aiuto più strutturata e una accettazione più consapevole di terapia.
Il programma si articola con i nostri centri di accoglienza e la comunità. Al centro di accoglienza è richiesto il collegamento con i servizi, al fine di costituire un punto di incontro con gli stessi, di formulare il progetto terapeutico, con il coinvolgimento della famiglia.
I nostri progetti tradizionali per gli altri utenti sono di circa diciotto mesi. Per loro è previsto un programma da tre a sei mesi, che è comunque rinegoziabile e rinnovabile in funzione del loro grado di motivazione.
E' previsto il monitoraggio del programma in comunità e l'attivazione delle risorse esterne nel momento della fase finale del programma comunitario. Se possibile o praticabile, viene coinvolta la famiglia in un progetto di terapia familiare.
La complessità delle situazioni trattate ha reso necessario, per noi che, ricordo, siamo una comunità mista, per cui abbiamo utenti normali, di implementare lo spazio di formazione e di supervisione. Il compito della supervisione, che ha una cadenza settimanale, è stato affidato al professor CANCRINI.