

2. La residenzialità come segmento di iter terapeutici più complessi

di Achille Saletti

La Comunità di Samar, come altre, ha passato un periodo in cui pensava che l'iter residenziale fosse salvifico di per se stesso: a cavallo degli anni '90 ci si è confrontati con una tipologia di soggetti e di pazienti nei cui confronti c'era poco in termini operativi di "salvifico".

Le numerose ricadute, l'età media avanzata dei tossicodipendenti, l'impossibilità di ritardare programmi terapeutici che fino a qualche anno prima potevano andare bene, sono elementi che fanno riflettere.

Quando l'équipe di Samar ha aperto la prima struttura destinata ad utenti detti in "doppia diagnosi" o, come è preferibile dire, multiproblematici, con un modulo numericamente piccolo di 8 persone, si è partiti proprio dalla riflessione dei plurifallimenti e mettendo in discussione quello che poteva essere un modello comunitario o meglio un programma residenziale rigido.

Sulla base di questa riflessione abbiamo, quindi, sviluppato un programma diverso dal precedente, più flessibile che potesse dare accoglienza e che tenesse conto anche dell'alto tasso di *drop out* di questi soggetti rispetto all'inserimento in comunità.

Tale programma era stato ipotizzato per dare una triplice risposta ai bisogni degli utenti: in primo luogo c'era la necessità di fare una corretta diagnosi dopo uno scalaggio farmacologico. Già dopo 2 anni ci siamo resi conto che il 35% delle diagnosi di invio da parte dei servizi non erano corrette perché effettuate con dei carichi farmacologici abbastanza importanti.

Inoltre, la residenzialità permetteva di affrontare anche delle crisi passeggiando allontanando la persona da un ambiente familiare che non avrebbe aiutato nella risoluzione di quella crisi.

Terza ragione, che ancora oggi forse rappresenta il maggior numero di invii, si pensava, e si pensa, che l'impostazione del programma rispetto ai disturbi di personalità dei pazienti dovesse rispettare le loro sofferenze ulteriori in una logica, però, di riattivazione di competenze e risorse che potessero permettere loro, in una seconda fase del programma, di proseguire in strutture di accoglienza tradizionali.

Rispetto a questo triplice passaggio, ci siamo resi conto che però uno degli anelli di congiunzione che veniva meno era quello del ritorno al territorio, del reinserimento. C'era un "qualcosa" che faceva sì che il ritorno al servizio territoriale rischiasse di vanificare una parte del lavoro fatto durante l'iter residenziale.

È nata da qui un'ulteriore riflessione che ci ha fatto ripensare quello che noi ipotizziamo poter essere un sistema di intervento a rete efficace che possa dare risposte vere, non solo in termini residenziali, ma anche nei casi dove la residenzialità è vista solo come un piccolo segmento di un processo molto più lungo.

Il problema nasce dalla frammentazione dei servizi pubblici, incapaci di interloquire tra di loro, e incapaci di pensare a forme integrate di presa in carico che prevedano profili professionali diversi. In altri termini, i servizi che si occupavano di dipendenza erano straordinariamente assenti di profili e competenze capaci di prendersi cura di sofferenze psichiatriche e altrettanto impossibilitati a costruire reti e integrazioni con i servizi della salute mentale.

Abbiamo sempre pensato che non ci si dovesse rassegnare di fronte a questa mancata interlocuzione tra psichiatria e dipartimento delle dipendenze.

Ci sono stati diversi tentativi in termini di protocolli, convenzioni, e accordi dipartimentali. Forse tra i più importanti c'è il tentativo fatto in Emilia Romagna dove gli assessorati alle politiche sociali e alla sanità si sono messi attorno a un tavolo e hanno cercato di attivare un protocollo comune che avesse una ricaduta sia in termini amministrativi sia di presa in cura o presa in carico del diretto interessato.

Di fatto questo protocollo anche in Emilia Romagna è rimasto "lettera morta": in questa regione oggi ci sono due strutture terapeutiche per i multiproblematici riconosciute, una è la nostra l'altra è

quella del CEIS di Piacenza. In queste strutture da un punto di vista amministrativo la retta è interamente a carico del Ser.T. e, malgrado gli accordi presi, la salute mentale risulta assente rispetto ai percorsi terapeutici e alle risposte territoriali dei pazienti che presentino una diagnosi di dipendenza da sostanze unitamente ad una diagnosi che rilevi un'importante sofferenza psichiatrica.

Manca un'interlocuzione vera rispetto alla presa in carico, alle consulenze e ad alcune figure professionali che non sempre i servizi per le dipendenze hanno in organico. Tale ultimo dato rappresenta un grosso problema, ragione per la quale quando noi parliamo di e trattiamo con questi soggetti abbiamo a che fare con più interlocutori.

È utile presentare alcuni dati relativi agli invii che abbiamo avuto all'Accoglienza di Roma rispetto a persone diagnosticate da servizi pubblici come doppia personalità, o meglio all'interno dei disturbi di personalità, che ci possono servire come spunto di riflessione: negli ultimi 6 mesi del 2001 il totale degli invii era di 48 persone la cui età media, andava dai 25 ai 34 anni.

Il 53% di queste 48 persone aveva precedenti penali, il 70% aveva avuto un ricovero in psichiatria, il 75% non aveva lavoro, l'88% viveva in casa e, buon ultimo, la totalità era conosciuta dai servizi da almeno otto anni. Tale fotografia dei pazienti ci dà una prima indicazione su quella che dovrebbe essere una strada da percorrere. Essa delinea la figura di un paziente che non solo presenta disturbi importanti, ma che non risulta minimamente inserito in alcun contesto lavorativo e relazionale. Risulta, infatti, da tale fotografia che gli operatori con cui nel corso della loro vita, tossicomane e non solo, hanno avuto a che fare queste persone sono dei servizi psichiatrici, delle dipendenze, del privato sociale e, rispetto a problemi di non lavoro, una parte di questi aveva goduto anche di borse lavoro, quindi anche con gli enti locali.

Pazienti, quindi, che hanno attraversato per anni il mondo dei servizi senza ricevere una risposta al loro bisogno unitaria.

Se noi dobbiamo iniziare a ragionare su un percorso terapeutico in cui la residenzialità è solo una parte più o meno importante è chiaro che lo sforzo sarà maggiore e che tale unitarietà di risposte deve essere costruita.

Tra operatori dobbiamo assolutamente fare una sorta di patto riguardo l'integrazione.

Credo che bisognerebbe sviluppare anche un'integrazione verticale all'interno dello stesso servizio là dove si parla di multidisciplinarietà, d'equilibrio tra le diverse competenze, che possono essere quelle psicoterapeutiche, educative, psichiatriche, mediche.

Si dovrebbe iniziare a vedere se è possibile sviluppare, con questi soggetti multiproblematici, una sorta di integrazione orizzontale tra diversi servizi.

Inoltre manca la compartecipazione di alcuni operatori di servizi alle supervisioni di altri servizi. Noi dovremmo cercare di incentivare questo tipo di collaborazione per non frammentare l'intervento a fronte di una sofferenza che è straordinariamente unica, che non richiede quindi più operatori di riferimento divisi l'uno con l'altro.

È ben strano che, persino in realtà locali relativamente piccole, dove gli interlocutori sono pochi, non si riesca a ipotizzare un modulo clinico unico, per cui queste persone passano dai ricoveri in psichiatria, alle comunità, ai Ser.T., ai CPS e ogni volta sono costretti a raccontarsi interamente e nel tempo i loro racconti in realtà si distaccano sempre di più dal loro vissuto per adeguarsi sempre di più a quello che vuole sentire l'operatore di turno.

L'integrazione deve concretizzarsi in qualcosa di operativo, che va sicuramente rinforzato.

Ancora oggi nessuno è stato in grado di fornire dei dati, da un punto di vista quantitativo o qualitativo, di cosa si intenda per doppia diagnosi. Ormai la letteratura e la pratica clinica da questo punto di vista inizia ad avere una certa importanza ma si risente della mancanza di ricerche recenti che siano nazionali o locali. Ancora una volta ci vengono presentati dei dati che si riferiscono a ricerche americane, inglesi o tedesche. Le ricerche italiane sono datate, la più recente fatta a livello locale dall'università di Milano credo che risalga '93 e l'ultima ricerca nazionale del Consiglio nazionale delle ricerche risale a metà anni '80.

Quella della "doppia diagnosi" è una questione sempre più di moda, quantomeno è sempre più avvertita, però è un tema che non riesce a svilupparsi anche attraverso numeri e modulazioni.

Questo aspetto della modulazione è importante da un punto di vista della formazione e della supervisione: infatti, quando noi parliamo di doppia diagnosi parliamo di un grande contenitore.

Al di là della confusione terminologica dovuta alle scuole di pensiero cui noi tutti apparteniamo, diventa poi difficile comunicare quello che si intende per doppia diagnosi.

L'esperienza quotidiana operativa dei servizi, siano essi pubblici o del privato sociale, ci impone una prima riflessione, rispetto la graduazione nella sofferenza. Rispetto alla necessità che si arrivi ad una definizione chiara e certa di ciò che intendiamo per doppia patologia. E all'interno di tale definizione è altrettanto necessario definire concetti quali gravità della patologia e gravosità dell'intervento terapeutico.

Se noi manteniamo una definizione vaga, questa graduazione non riusciamo a coglierla, se invece iniziamo a ragionare in termini di diversi gradi di patologia forse questo potrebbe avere anche una ricaduta verticale sul sistema che dovremo andare a costruire anche rispetto al costo economico degli interventi.

È urgente sottolineare come anche l'area della formazione vada attentamente valutata e rinforzata: supervisione e formazione diventano momenti centrali nel trattamento di casi multiproblematici.

Con la formazione le comunità, che avevano una loro tradizione, una loro vocazione, hanno dovuto cambiare radicalmente gli "abiti mentali" dei propri operatori. Abiti mentali tarati sul concetto di affrancamento dalle sostanze e quindi, sul concetto stesso di "guarigione". Nel caso di pazienti con sofferenze psichiatriche si impostano programmi terapeutici che non necessariamente si esauriscono in un percorso comunitario residenziale di 12 mesi o di 18 mesi.

È chiaro che anche rispetto alla flessibilità delle regole che vengono introdotte in comunità gli operatori sono dovuti cambiare.

Nasce anche da qui la necessità di una formazione e di una supervisione serrata anche settimanale se la situazione lo richiede. Nel tempo la supervisione potrà essere bisettimanale piuttosto che una ogni 20 giorni e la ricaduta pratica sugli operatori sarà enorme sia nel loro rapporto con gli utenti, sia nella loro professionalità.

Viene stravolta l'impostazione storica delle comunità terapeutiche che si occupano di tossicodipendenza perché il lavoro sulle risorse del paziente, sulla riattivazione delle competenze, è un lavoro che non sempre porterà ad una autonomia di vita totale. Sono gli orizzonti operativi che mutano radicalmente. Ci si confronta con pazienti dal *drop out* altissimo, dalle ricadute e regressioni violente, dalle accelerazioni dei momenti di crisi inaspettate e immotivate. Ci si confronta con pa-

zienti profondamente diversi rispetto a ciò a cui eravamo abituati. Ne risente l'investimento emotivo dell'operatore che rischia di non sentirsi all'altezza.

Lo stesso servizio pubblico deve rivisitare in maniera critica alcuni suoi atteggiamenti a volte troppo passivi rispetto alla multiproblematicità di certi soggetti.

Credo che lo sforzo che noi tutti dobbiamo fare sia di tener presente che l'iter residenziale è un segmento, una delle possibili risposte che va inscritta in un iter più complesso. Di conseguenza strutturare un sistema che preveda iter terapeutici complessi coniugati in territorialità e residenzialità deve avere il coraggio di ripensarsi interamente, di costruire percorsi di possibilità, anche tra operatori, all'interno dei quali la presa in carico sia il più possibile unitaria.

Uno dei grossi problemi che noi troviamo come struttura terapeutica è quello del ritorno al servizio territoriale del paziente, che comporta una specifica criticità perché sia la famiglia sia l'insieme di offerte territoriali sono colti del tutto impreparate. Il lavoro (e le stesse borse lavoro) valga a titolo di esempio; si danno per scontate le capacità di tenuta di un paziente le cui soglie di tolleranza alla frustrazione sono estremamente fragili, la cui capacità di concentrazione va gradualmente allenata.

Questo è un settore interamente da costruire e da reinventare.

All'interno dell'attività di accoglienza che noi facciamo (noi chiamiamo accoglienza i colloqui con gli psicoterapeuti quando ci viene inviato un caso multiproblematico) e che può durare anche mesi c'è tutto un lavoro preparatorio diretto sia al soggetto sia ai familiari, qualora ci siano i familiari.

Anche quando fallisce l'inserimento in comunità diventa comunque importantissimo agganciare la famiglia finalizzando l'azione al supporto e alla trasmissione di competenze. La famiglia può diventare il migliore alleato del terapeuta e, al tempo stesso, può trovare nel servizio un ammortizzatore al proprio disagio e alle proprie sofferenze.

Rimane sempre il rincrescimento, all'interno di un periodo storico che ci vede costretti ad ottimizzare le risorse economiche, di verificare che si è ancora lontanissimi dalla costruzione di un sistema di intervento unico. Ed è inquietante apprendere che i centri di salute mentale sono all'anno "zero" nel trattamento di questi pazienti.

E possibile avanzare un'ipotesi "storica", per spiegare questo fatto. È possibile ipotizzare che ci sia stata una sorta di equivoco normativo quando ci fu il passaggio dalla precedente legge del '56, quella sulle tossicodipendenze, alla legge del '75. Sappiamo che precedentemente al '75 una delle opzioni curative o pseudo-curative per i tossicodipendenti era quella dell'invio in manicomio. La legge del '75, vietò quest'invio, ritenendo e raccogliendo anche tutta una serie di istanze civili (poi peraltro tre anni dopo ci fu la "legge Basaglia"). È possibile che sia avvenuta una confusione terminologica: si parlava di invii agli ospedali psichiatrici, si recepi "invii ai servizi psichiatrici". Da allora ci fu una sorta di dismissione, di allontanamento della psichiatria e poi l'affraccamento totale delle dipendenze rispetto alla psichiatria.

Questa è una spiegazione storica che appare credibile e alla quale, oggi, va data una risposta. È impensabile ipotizzare un sistema, quello delle dipendenze, che non riuscendo ad impostare un rapporto interlocutorio e di collaborazione con i dipartimenti di psichiatria, abdica dal proprio ruolo culturale limitandosi a dotarsi di qualche figura professionale aggiuntiva.

La strada tracciata con le poche risorse che abbiamo va nella direzione di costruire un nuovo sistema d'intervento più o meno articolato a livello territoriale che in realtà riuscirà a dare, proprio per le poche risorse, solo una risposta assai parziale.

Se si unissero gli sforzi, forse la soluzione non sarebbe quella di andare ad acquisire psichiatri da immettere nei nostri servizi, ma quella di rapportarsi alla psichiatria (anche con percorsi formativi congiunti) e andare a rinvigorire i nostri servizi con personale psico-socio-educativo e psicoterapeutico che allo stato attuale risulta, vergognosamente, mancare.

Su questa scommessa vale la pena di puntare.