

ce che fare questo proibizionismo cieco che qualche volta per la classe medico è offensivo. Mi ricordo che lei venne al tribunale a testimoniare anche nel mio processo, con una severità e una qualità notevole.»

Dott.ssa Chiara MONZALI:- «Non contro di lei.»

Chairman dott. Carlo VALENZI:- «No, lo dico nel senso buono. Nel momento in cui veniva come testimone, sono stato rinvitato a giudizio per spaccio, perché mi ero intestardito sul fatto che un decreto ministeriale, quello Aniasi, non potesse essere abolito da un altro decreto; ero un servizio pubblico, e prima si fanno i disastri pseudo - politici o pseudo - scientifici e poi c'è l'operatore del servizio pubblico al quale si scaricano, perché una s'era fatta operare, un'altra persona che prescriveva era partita per la Francia con la madre che stava tanto male. Alla fine uno si trova questi disperati in certe condizioni, e m'ero intestardito, per tre persone su mille, non mi pare proprio una percentuale altissima, che non si poteva fare altrimenti. Uno aveva un negozio di libri, l'altra faceva la traduttrice, erano moglie e marito, e invece io ero uno spacciatore, fondamentalmente. La quantità di morfina era rilevante, su questo non c'erano dubbi, ma c'era una necessità di un accanimento terapeutico fatto con morfina, che è durato più di cinque anni fuori del mio ambulatorio; quindi io prendevo in gestione una cosa, la trattenevo da funzionario pubblico, con relazione al Ministero della Sanità, una volta ogni tre mesi, ogni quattro mesi sullo Stato sociale e familiare di queste persone. A un certo momento parte un'indagine su questo numero favoloso di morfina che prescrivevo e naturalmente vengo sollevato dal servizio: niente stipendio per due anni, rinvitato a giudizio per spaccio, insomma una cosa piuttosto pesante. Devo dire che il ministero fu correttissimo nella gestione severa, ma quando parlo di severità, di severità culturale non certo di severità intimidatoria, in quel caso lì fortunatamente cinque università si schierarono sul mio comportamento, che non solo era etico ma era scientifico e quindi univa scienza e coscienza. Ma voi dovete pensare che l'unica ragione per cui non sono rimasto in galera, era perché nessuno riuscì a dimostrare che io avevo preso una lira. Cioè l'eticità è uguale a non guadagno, il che, se permettete, è un po' becera come cosa. Perché, tutto sommato sì, ero un funzionario pubblico, lo facevo in un ambulatorio pubblico, il ricettario lo prendevo con il timbro del direttore sanitario della mia azienda, non dovevo spendere niente, facevo la ricetta in ospedale, non c'erano problemi, però fondamentalmente c'era la persecutorietà; una cosa che ci divide fra noi e le comunità terapeutiche, è che noi, comunque sia, dobbiamo essere perseguiti con uno spirito di proibizionismo. Siccome adoperiamo dei farmaci, fondamentalmente bisogna proibirceli. Questa cosa finì bene fortunatamente: cadde l'incriminazione. Chi non finì bene furono i due pazienti. Perché una, non volendo tornare in strada a prendersi l'eroina, si è uccisa. L'altro è diventato un barbone. Quindi io credo che forse, se gli avessimo dato questo po' di morfina prescritta gratuitamente, forse avremmo fatto qualche cosa di più etico. In quel caso mi sento di avere avuto una coscienza professionale etica. Ognuno si prenderà le sue responsabilità quando andremo da qualche altra parte a risponderne, ma su questo acido gammaidrossibutirico, se si potessero rivedere un attimo le nostre idee, soprattutto proprio per una questione proprio di decenza, di deontologia.»

Dott.ssa Chiara MONZALI:- «Il problema è che questo acido gammaidrossibutirico viene usato clandestinamente. Mentre nelle farmacie lei lo trova a settantamila lire; costa più di una bottiglia di champagne, mi permetta. I giovani lo fanno clandestinamente e non in maniera proprio corretta. Noi siamo stretti dal DPR 309/90 che impone di mettere le preparazioni delle sostanze contenute nella presente tabella, in tabella prima. Allora mettere in tabella una sostanza, significa metterne anche le relative preparazioni, a meno che non siano composti e allora vanno in tabella quinta. Se l'acido gammaidrossibutirico fosse composto con un altro, come la codeina, che sta in tabella prima, però le pre-

parazioni a base di codeina sono tabellate in tabella quinta, se lei ricorda, allora c'è questo divario. Se fossero composti, sarebbero in tabella quinta. Non essendo composti, essendo materia pura, stanno in tabella prima. Questo essenzialmente per evitare il mercato illecito. Per perseguire il mercato illecito, non certo per dare addosso all'Alcover, che, se è ritenuto un farmaco efficace, i medici lo prescriveranno comunque. Le dico, è bastata una circolare di richiamo sull'ipotesi di reato, per i medici, di omissione di soccorso per il rifiuto di prescrivere morfina, che i ricettari al magazzino centrale del materiale profilattico sono andati a ruba. Ne ho dovuti subito ordinare, in fretta e furia, altri sessantamila, perché altrimenti rimaniamo. Questa è, è stata la conseguenza dell'intervento.»

Chairman dott. Carlo VALENZI:- «Ma mi permetto una battuta. Mentre la morfina è buona, l'acido gammaidrossibutirico può essere assolutamente cambiato con una bottiglia di champagne, che non costa settantamila lire, ma uno prende un vinello a miglior prezzo. Naturalmente è uno scherzo e un paradosso.»

Voce maschile:- «Sono un medico del SERT di Genova. La mia osservazione è questa: il medico, secondo me, in alcuni casi è costretto a fare l'equilibrista, perché, al momento, non ci sono regole certe su alcuni aspetti del trattamento metadonico. Abbiamo parlato degli otto giorni, ora si parla di trenta giorni; abbiamo la legge 309 che parla di otto giorni; abbiamo le linee guida del '90 che parlano di al massimo due giorni di trattamento da dare in affido ai pazienti. Quindi, secondo me, i casi sono due: o ci sono regole certe per gestire questo tipo di terapia, o bisogna trovare dei correttivi o comunque una presa di posizione chiara, precisa che deve venire da parte delle varie organizzazioni, anche quelle di cui parlavamo ieri sera, in modo da evitare problemi come quelli che sono avvenuti a Milano, in via Boifava, oppure quel problema del bambino che, purtroppo, è morto a causa del metadone. Cioè non possiamo stare sempre in questa incertezza, secondo me. O abbiamo regole certe o abbiamo una forte valenza che si esprime a livello istituzionale e a livello legale, in alcuni casi, o se no, secondo me, è difficile gestire la situazione.»

Dott.ssa Chiara MONZALI:- «Allora, questo è un argomento a cui risponderò più precisamente il dottor NICOLETTI quando ritornerà sulla valenza delle linee guida del ministro Costa per l'affidamento di due giorni. In effetti il DPR 309/90 parla di otto giorni. Per cui molti SERT e molti medici di famiglia lo assegnano, lo danno in affidamento per otto giorni, fanno una prescrizione per otto giorni di terapia. Il DPR 309/90, così com'è formulato, non consente, con una circolare, una modifica. E quindi a livello legale, non si può sostenere un affido di due giorni con una circolare. A meno che non si vedano dei gravi pericoli di sanità pubblica e allora si decida tutti concordemente, ma è una decisione concorde del mondo, statale e scientifico, una decisione concorde. In effetti il DPR 309/90 dice otto giorni di terapia. Questo è quanto. Però risponderò più diffusamente il dottor NICOLETTI. Per quanto riguarda gli altri quesiti, i trenta giorni di terapia. Non si pone. Perché è proprio ed esclusivamente per i malati terminali, che quella modifica dei trenta giorni di terapia verrà attuata. Non sarà per la cura delle tossicodipendenze, anche se comprende anche il metadone. Non sarà per la cura delle tossicodipendenze, ma per i malati terminali. Questo è quanto previsto. Quindi non abbiate timore, il vostro mondo rimane intatto, con le sue diversificazioni.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Allora, dopo questa orgia di morfina, forse padre STENICO, dal Ceis, si troverà un po' in mezzo, bagnato dalla morfina, ma insomma, penso che riuscirà ad asciugarsi subito.»

Padre Giuliano STENICO:-«Leggo il mio intervento per essere più preciso. Il titolo è

"L'etica del prendersi cura" e ho scelto questo titolo perché mi sembra che designi in maniera precisa l'insieme delle motivazioni, degli atteggiamenti e degli orientamenti, che informano le relazioni di aiuto con persone in difficoltà, ma anche i servizi che le progettano, le organizzano e le gestiscono. Nel senso che mi sembra che possiamo parlare di etica quando ci prendiamo responsabilità della persona, globalmente presa, in tutte le sue dimensioni, ma anche rispetto all'ambiente nel quale vive, nel tempo. E che l'etica sia una questione anzitutto non tanto di proclamare dei principi astratti, ma quanto di rendere possibili delle esperienze che aiutino il soggetto a intuire delle motivazioni rispetto al miglioramento della qualità della vita. E questo non lo può fare un operatore da solo, non lo può fare un'associazione da sola, non lo può fare nemmeno un sistema dei servizi. Occorre che ci sia un riferimento alla persona, all'operatore, al sistema, ma anche al territorio nel quale si inserisce. Mi sembra che il prendersi cura comporti la scelta di vivere una tensione costante per mettere sempre al centro del proprio interesse umano e professionale la persona con il peso della sua storia, della sua sofferenza, dei suoi desideri. Richiede dunque una presa in carico dell'utente a partire anzitutto dai suoi bisogni, dalle sue potenzialità espresse, o implicite, per un periodo di tempo congruo alla sua effettiva possibilità di maturare autonomie personali sufficienti a sviluppare una capacità relazionale gratificante. Ogni individuo vive una dimensione personale, temporale e sociale. La sua vicenda, lo sappiamo, non si svolge in modo lineare, ma è soggetta ad eventi, sia interiori che esterni, che variano nel tempo la sua disposizione e la forza del suo investimento per migliorare la qualità della vita. Quindi, da un certo punto di vista, come non si può proclamare l'irrecuperabilità, è anche difficile definire e dichiarare che uno è guarito, nel senso che si trova sempre di fronte al problema, come ciascuno di noi, di gestire la propria vita, quindi di avere incontri, esperienze, reti di sostegno, per tenere questa qualità della vita alta. Perciò credo che debba poter incontrare relazioni che tendono a accogliere senza precondizioni, precomprensioni o preclusioni, per cogliere eventuali decisioni al cambiamento; accompagnare la persona sempre, a prescindere dalle sue personali scelte, e riaccoglierla creando nuove opportunità; accrescere la sua capacità di costruire rapporti positivi con il proprio contesto; sviluppare competenze lavorative, culturali e sociali; avere attenzione al percorso complessivo dell'individuo oltre che ai singoli segmenti della sua storia. Dunque il prendersi cura esclude la possibilità di considerare qualcuno irrecuperabile, valorizzando invece le esperienze positive che ha avuto coi servizi, anche se brevi, anche se intermittenti, come memoria buona. Richiede di non rassegnarsi alla cronicizzazione, nonostante i problemi che vincolano i singoli rispetto al raggiungimento di una sufficiente felicità personale. Esige dunque il coraggio di non desistere mai, di avere pazienza. Soprattutto da parte degli operatori. Perché noi non sappiamo che cosa succederà nel futuro delle persone che seguiamo. Nutrendo la speranza con la consapevolezza dell'apprendimento e della crescita che ogni relazione di aiuto genera in chi la vive, sia esso aiutante che l'aiutato. L'incontro tra persone infatti richiede che ogni partecipante all'interazione sia considerato un soggetto attivo, con la sua storia, con i suoi bisogni, le sue risorse ed anche i suoi saperi. Gli utenti, nella loro dimensione individuale e sociale, sono il riferimento determinante, non solo destinatari della relazione di aiuto, ma coattori e corresponsabili nel processo di cambiamento. Non solo soggetti di diritti, che vanno comunque garantiti, ma portatori di bisogni, di vissuti, di interrogativi, di propri saperi. Vanno riconosciuti nella loro dignità e specificità, ascoltati nelle loro esigenze e accompagnati nella propria ricerca. La relazione dunque è interattiva e circolare. L'aiutante, che si pone in ascolto autentico, riceve modificazioni da integrare nel suo modo di rapportarsi e di pensare. Credo che ciascuno di noi lavorando abbia veramente cambiato il suo modo di pensare e abbia integrato anche la preparazione professionale, i propri riferimenti valoriali, che sono elementi di questa lettura, che è anche ascolto dell'altro, che diventa contemporaneamente rilettura di sé stessi. Aiutare così a compiere un cammino permanente di apprendimento, di rivisitazione delle proprie motivazioni, di riflessione e di crescita, che è proprio del-

l'incontro tra persone. E non credo che andare attrezzati con la presunzione di avere o un impianto valoriale oppure una strumentazione professionale, ci eviti di rientrare in discussione con noi stessi rispetto a tutti i percorsi che noi facciamo con i nostri utenti. Quindi non è in questione solo il cambiamento della persona che aiutiamo, è in questione anche il nostro personale cambiamento. Gli operatori allora svolgono, nella relazione di aiuto, all'interno del sistema aiutante, un ruolo specifico dove investono precise competenze professionali da spendere per agevolare lo sviluppo e fornire il sostegno necessario per il cambiamento e il miglioramento della qualità della vita delle persone aiutate, più che da utilizzare come un punto di vista esaustivo e definitivo. Data la tipologia degli utenti, è sempre più impellente elaborare e fare proprio un approccio che abbia all'orizzonte il cambiamento come una tensione che informa ogni azione, più che un risultato da ottenere e da verificare secondo precise aspettative o sequenze temporali prestabilite, al di là della necessità di fissare dei tempi. Che dal punto di vista metodologico è corretto, dal punto di vista della tensione all'aiuto delle persone è comunque più uno strumento che un obiettivo. Ciò comporta riconoscere la persona per quello che è e per quello che vive, anche se ciò che esprime, attraverso il suo sintomo, il suo disagio esistenziale, può non avere senso per l'aiutante. Entrare in relazione, accogliere, ha comunque senso, realizza un valore. In questo penso che consista l'eticità dell'intervento. Il rispetto dell'altro e del suo mondo, la presenza e la vicinanza all'altro. L'eticità dunque è esserci, l'eticità è realizzare le condizioni di una relazione all'interno della quale sia possibile vivere degli stimoli. La modalità e il tempo in cui chi chiede aiuto attribuisce significato alle interazioni sperimentate, spesso non può essere definito. È declinato secondo parametri prestabiliti, o compreso. Gli spunti, gli stimoli, le sensazioni, le riflessioni, possono essere riutilizzati e rielaborati in circostanze, in modi, non prevedibili. Difficilmente il percorso di affrancamento dalle dipendenze è lineare, conosce alternanze di consapevolezza, di umore e di decisione. D'altra parte la motivazione al cambiamento non può essere indotta dall'esterno. Si diceva prima di questo conflitto tra la decisione a cambiare e l'offerta terapeutica. Però può essere sollecitata, alimentata o semplicemente sostenuta con l'esserci, offrendo percorsi più adeguati alla situazione esistenziale dell'utente, che non possono essere predefiniti. La cronicità del disturbo, la salienza psichiatrica rilevabile in una percentuale crescente di coloro che si rivolgono ai servizi, e qui le ricerche dicono questo, può ingenerare nell'operatore sensi di impotenza o rinuncia a investire energie. Ma credo che rendere possibile anche solo momenti di benessere e restituire spunti di dignità a chi vive una sofferenza profonda, spesso non gestibile, è azione significativa in sé. E perché questa decisione non si configuri come un ripiegamento e informi un investimento personale appiattito, mi sembra indispensabile elaborare questi atteggiamenti.

Primo è l'ascolto, inteso come attitudine ad affinare la propria sensibilità anche attraverso la padronanza degli strumenti terapeutici usufruibili e come apertura a leggere i bisogni. Secondo: il coinvolgimento, vissuto non solo come impiego corretto dell'empatia, questo naturalmente calibrata, in relazione alla specificità dei vari setting che si mettono in campo. Ma anche, e penso che questo diventi sempre più importante, per il fatto che noi andiamo ad assistere una popolazione cronica. Con problemi psichiatrici e, nel caso dell'assistenza ai malati terminali, con malattie croniche. L'empatia intesa come decisione personale ad alimentare i propri valori di riferimento, le proprie scelte, per attingere a un significato più ampio e oltre la scelta professionale. Poi ci sono i vicoli ciechi, in cui di fatto vivono molte delle persone aiutate. Le morti di overdose e gli eventi drammatici provocano l'operatore ad acquisire significati altri. La fuga nel tecnicismo o l'appello alla propria personale dedizione, non è più sufficiente. Occorre compiere un salto di qualità, che è questo: attribuire un senso al dolore che si incontra e al disagio che esso provoca in noi. Mi sembra di poter dire, non solo il non morire è importante, quindi le strategie di riduzione del danno hanno una ampia giustificazione in questa visione, ma anche il vivere con qualità. Mi sembra fondamentale, per noi che andremo sempre di più

incontro a un numero di persone elevato che non risolvono il problema, ma che vivono con fatica la dimensione motivazionale della vita, e quindi la sfera del dolore. Mi sembra che sia veramente importante fare una riflessione su di noi, dare noi stessi delle risposte circa lo stare nella sofferenza e nel dolore. In altri termini, siamo abituati ad essere persone attive, siamo poco abituati ad essere persone passive. E la nostra cultura mi sembra che manchi di riflessione e di sostegno rispetto a questo punto. Come stare in maniera viva, senza venire svuotati, in una situazione di sofferenza, di dolore e di demotivazione. Qui, la terza cosa è la condivisione. Cioè la possibilità di comunicare i propri vissuti e di confrontarsi con il colleghi sugli interventi e percorsi da proporre. Per evitare ogni possibile soggettivismo negli interventi, per essere corresponsabili nella gestione degli stessi, per relativizzare l'incidenza dell'ansia, che può essere anche molto alta di fronte a situazioni problematiche. È irrinunciabile che l'équipe possa usufruire di supervisione. Ciò costituisce anche la garanzia per gli utenti che venga evitato l'azzeramento dei vari spezzoni di percorsi e che gli interventi vengano rifocalizzati assumendo un'ottica processuale. La multifattorialità, la complessità delle dipendenze, la sua connessione al contesto familiare e sociale, gli stili di vita, la qualità degli spazi abitativi, mette alla prova la preparazione degli operatori e della équipe, evidenziando l'impossibilità di considerare esaustivo ciò che si sa fare e si è in grado di fare. In quest'ottica le competenze acquisite sono anche abilità per attivare risorse da integrare con altre abilità e da mettere in rete con altre opportunità. La storia di ogni utente rispetto ai percorsi proposti, al suo svolgersi oltre il contatto con i servizi, pone spesso interrogativi circa l'adeguatezza e la congruità degli interventi. Molto resta da apprendere, i nuovi percorsi sperimentati, se accompagnati da un'attenta riflessione e da una appropriata verifica, possono fare intravedere nuove opportunità e aprire altri spazi di confronto. La sperimentazione, se corredata da valutazione, apre altre possibilità, induce cambiamenti anche nell'operatore già testato. L'innovazione provocata dall'esigenza di rispondere in modo adeguato al mutamento del fenomeno delle dipendenze, è anche suggerita dagli esiti stessi della sperimentazione; sperimentare è apprendere. Ad esempio, la somministrazione di farmaci sostitutivi in un contesto comunitario, finalizzato ad accrescere la responsabilità e le competenze dei singoli rispetto alla tutela della vita oppure a riprogettarsi, può insegnarci forme diverse rispetto all'utilizzo dei farmaci e potenzialità nuove, in ordine alla formazione di diagnosi più complete. Il problema infatti non è la contrapposizione di percorsi drug free a quelli caratterizzati dall'uso di farmaci sostitutivi, o tesi alla semplice tutela della vita, ma di valutare come intervenire al meglio in relazione allo stato psichico e motivazionale del soggetto. Quindi non vi sono interventi a maggiore o minore eticità. L'eticità non si identifica semplicemente con l'esecuzione dell'intervento, ma si esprime in questa tensione che è attenzione ad accogliere un possibile miglioramento della responsabilità verso la propria salute o rispetto a riprogettare la vita. Così credo che è possibile uscire dalla falsa alternanza fra controllo, motivazione al cambiamento, in quanto l'obiettivo e l'attenzione della persona al momento che vive. In questa prospettiva non è accettabile attuare interventi di riduzione del danno, se non si integra l'offerta di terapia e di beni di conforto in una relazione. L'appiattimento su atteggiamenti ispirati a posizioni ideologiche, o strettamente tecniche, non risponde al fine che ogni relazione di aiuto comporta. Non è essenziale ciò che si dà, ma come lo si dà. È essenziale l'accoglienza che viene espressa dando. E perché gli interventi conservino valenza etica, che tende a promuovere comunque la qualità della persona, occorre integrare le strategie di riduzione del danno con il trattamento, purché gli interventi rimangano autonomi, cioè le strategie di riduzione del danno non siano obbligatoriamente finalizzate al trattamento. Appunto perché comunque la linea, il legame, è nell'intenzionalità dell'operatore stesso. Purché gli interventi rimangano autonomi, non siano necessariamente condizionati l'uno all'altro, in quanto gli interventi proposti hanno un valore in sé, rappresentano il fare ora ciò che è possibile, pur non rinunciando a creare le condizioni per un ulteriore cambiamento. Per questo l'operatore dovrebbe lavorare

tenendo conto di tutte le priorità che il sistema dei servizi offre, in quanto l'esistenza di una rete dà senso e prospettiva ai singoli. Il senso di quel che ho detto, è cercare di rendere possibile la qualità degli interventi. Questo significa: a) tutto quello che ho detto, ma soprattutto il fatto che non si può lavorare da soli, un servizio deve per forza lavorare integrato, ma questo dovere deriva dal fatto di poter sviluppare degli interventi all'interno dei quali la qualità della vita sia possibile da esprimersi. E l'ultima cosa è questo: noi non sappiamo, perché non l'abbiamo provato, quante opportunità riusciamo ancora a creare per attivare questa vita. Questo deriva dall'esperienza, semmai nel dibattito si potrà dire. È che mi sembra che lo specifico del nostro futuro sia questo. L'innovazione intesa ad esplorare; non sappiamo quanti margini abbiamo ancora; e l'altra è quella di come resistere di fronte alla sofferenza e alle perdite che ciascuno di noi vive.»

Dott. Maurizio FEA:- «Ho scritto una relazione che probabilmente poi sarà anche pubblicata negli atti del convegno, quindi rispetto un percorso ideale che mi ero tracciato, un po' sentendo le relazioni di chi mi ha preceduto. Che hanno toccato diversi temi sui quali anch'io avevo focalizzato l'attenzione. Quindi da un lato mi sembra inutile ripercorre, anche se magari da altri punti di vista, con altri elementi di osservazione che potrebbero essere interessanti, dei percorsi già tracciati e definiti. Per cui vi porterò alcune riflessioni mie, con il rischio che siano, a questo punto, un po' slegate, non seguendo una traccia precisa, però questo forse andrà a vantaggio poi della brevità e quindi della necessità di tutti di fare l'intervallo. La prima riflessione che volevo portare era quella proprio della relazione medico paziente. Si sono dette molte cose, rispetto alle osservazioni che portava Maurizio COLETTI: focalizzerei questo aspetto della relazione medico paziente cercando di uscire un po' dalla nicchia nella quale in parte siamo stati cacciati e in parte abbiamo un po' un'ambizione a cacciarci, cioè quella di caratterizzare sempre in senso diverso la relazione col paziente tossicomane di quanto non siano invece le relazioni con gli altri pazienti. Credo che questo sia un po' un limite nostro. È un limite contestuale che ci è stato definito e assegnato. Per come vedo io le cose questi aspetti della relazione col paziente non sono molto diversi da quelli che accadono normalmente negli altri campi della medicina. Tutto il sapere medico è attraversato da questa sostanziale rivoluzione del rapporto. E cioè la rappresentazione della salute che le persone hanno, non è più un'idea legata alla ineluttabilità della malattia, alla incontrollabilità di certi eventi e alla dipendenza pressoché totale dal sapere medico scientifico. Tutti i campi della medicina sono attraversati da questa tensione, il paziente non è più paziente, è esigente, quindi non sono solo i tossicomani che sono esigenti e vengono da noi e che esigono quella determinata cura o, come diceva Maurizio prima, hanno già una loro diagnosi molto chiara. Credo che questo è un dato culturale che attraversa in maniera ampia tutto campo il rapporto fra il sapere medico e chi di questo sapere medico usufruisce, ne trae dei benefici. È evidente che di questo noi non possiamo tenerne conto. Questo apre dei grossi interrogativi etici, fondamentalmente l'interrogativo gigantesco che è allora esistono pluralità di etiche così come esistono pluralità di riferimenti alla propria salute. Ciascuno ha la propria idea di quale può essere il modo migliore per curarsi, così come ciascun medico, ha, e anche questo va detto, la propria idea di qual è il modo migliore per curare quel determinato paziente. C'è una differenza, o almeno dovrebbe esserci una differenza all'interno di queste due posizioni, cioè che si suppone che il medico o il sistema delle cure, parliamo più correttamente di sistema delle cure, altrimenti sembra davvero che è una roba tra "dottur", ha o dovrebbe avere come riferimento in più rispetto ai pazienti o a chi beneficia di queste cure, il fatto di essere supportato dal sapere scientifico. E dovrebbe essere supportato da quelle che sono, per esempio, la prove di efficacia, la medicina basata sulle evidenze. Indubbiamente questo è vero. Però io credo che sia altrettanto vero, questo non lo dico io, questo è derivato dalla storia della filosofia e della scienza, che la scienza non ha mai creato nessun fondamento morale. Quindi dalla scienza non derivano dei fondamenti morali, non deriva-

no dei principi etici. L'unica cosa etica che contiene la scienza è se la facciamo bene, se la facciamo rispettando i criteri propri del metodo scientifico, questo è un fondamento morale, così come è un fondamento morale fare bene il proprio lavoro. Questo credo che sia un dato indiscutibile. Ma su questo non possiamo fondare i criteri di giudizio che inevitabilmente e necessariamente utilizziamo nel momento in cui dobbiamo fare delle scelte, nel momento in cui dobbiamo decidere alcune cose. E, per esempio, fra queste cose che dobbiamo decidere, ce ne sono alcune rispetto alle quali credo che tutti noi siamo interrogati e ciascuno di noi ha dato le sue risposte. Forse sarebbe, anzi credo che sia davvero giunto il momento, e queste occasioni ne sono la testimonianza, di provare ad unificarle questo tipo di risposte e quindi a ricondurre comunque quello che all'inizio dicevo, questa pluralità di etiche, all'interno di un percorso tracciabile, che definisca delle contingenze all'interno delle quali ci possiamo riconoscere. Una domanda, per esempio, è di impatto: quella che ci troviamo quotidianamente a dover affrontare ogni qualvolta abbiamo una relazione con un paziente: è etico riconoscere al nostro paziente il diritto a non cambiare, se non per quelle cose che lui ritiene essere importanti e possibili per lui? Sapendo in quel momento che però noi limitiamo l'efficacia della cura. Perché il problema è questo. Non è una domanda che relativizza in assoluto la nostra posizione. La contestualizza all'interno del fatto che noi abbiamo un sapere, abbiamo delle conoscenze e sappiamo che fatte in un certo modo le cose possono funzionare così, fatte in un modo diverso funzionano diversamente. A quel punto lì il paziente mi chiede di farle in maniera diversa e io che cosa gli dico? Qual è il mio giudizio, che cosa interviene nel formulare il mio criterio e la mia idea di merito a questo punto? Il sapere scientifico mi sorregge sì, ma solo fino a un certo punto. Mi sorregge solo fino a dire: so che così le cose funzionerebbero meglio, però lui pensa che le cose siano in maniera diversa. Sto parlando proprio dell'interrogativo etico, non tanto dell'aspetto della circolarità della relazione o del fatto che comunque, all'interno di qualsiasi dimensione terapeutica c'è qualche cosa di co-costruito, quindi non siamo solo noi che diamo delle cose, ma è il paziente, o la persona con cui ci mettiamo in relazione, che ci consente di far emergere poi il risultato. Questo è un aspetto tecnico professionale sicuramente rilevante e sto sottolineando invece proprio l'aspetto dell'interrogativo etico, quindi del rapporto fra quello che noi sappiamo e dell'efficacia delle cure e del beneficio che ne può trarre il paziente. Perché poi la domanda fondamentale finale è appunto come definire l'interesse del paziente, qual è il beneficio che lui ne può trarre e quindi quali categorie utilizziamo?

L'altra domanda, che è legata sempre a questo percorso è legata non solo al rapporto fra etica e diritto in astratto, ma fra etica e diritto alla cura. Comporta il riconoscimento al paziente della possibilità, non tanto di invocare questo diritto - caro dottore, io ho diritto a questa cura quindi tu me la dai - quanto a quello di stabilire i criteri di appropriatezza di questa cura, o la valutazione della sua efficacia. Quindi non è solo tu me la dai, ma me la dai a queste condizioni, per questo periodo di tempo, perché a me sembra che le cose così possano andare meglio. Badate questa non è una domanda che riguarda o si riferisce soltanto all'area delle tossicodipendenze, ritorno a quello che avevo detto all'inizio. Queste sono domande che attraversano tutto il campo. Quante volte il paziente ulceroso dice: "ma sì, mi dia il Ranidil". Gli si risponde: guardi che però se non segue una dieta, non fa una serie di cose. Lui risponde: "sì, ma non importa, lei mi dia il Ranidil che poi ci penso io alla mia dieta, ci penso io al costruire l'impianto motivazionale che può sostenere o meno la cura". Guardate che questo discorso del rapporto col paziente esigente non è una cosa che riguarda solo noi perché ci occupiamo di tossicodipendenza. Diventa rilevante perché è diventato ed è oggetto di osservazioni che non sono pertinenti a questo ambito. Ma le stesse domande potrebbero davvero essere fatte a qualunque medico di base nel momento in cui esercita il suo diritto a dire al paziente: "no, questa roba qui non te la do, perché se non fai una serie di cose, questa non può funzionare". E qui poi il rapporto diventa quello fra la responsabilità terapeutica e la respon-

sabilità del sistema delle cure, che è un altro aspetto su cui sarebbe interessante aprire, indagare ed esplorare. Però non lo apro neanche perché non c'è il tempo. Cos'è che consente al clinico, al terapeuta, a chi ha in cura le persone, di dire: questa cura può funzionare a condizione che tu ti attenga scrupolosamente alle prescrizioni. E, per esempio, di conseguenza, visto che non ti sei attenuto alle prescrizioni, io questa cura non te la do più. Questo è un interrogativo etico, questa è una domanda alla quale noi siamo comunque sollecitati a rispondere. Al di là del fatto che poi, nelle pieghe del quotidiano, queste risposte siano magari il risultato di mediazioni poco consapevoli e questo secondo me è grave. Cioè è molto meglio avere dei principi e delle dichiarazioni etiche fondanti, e credo che sia questo uno degli aspetti che dovrebbe sollecitarci di più. Il limite, diciamo più sotto l'aspetto degli operatori dei servizi che non degli operatori delle comunità. Gli operatori delle comunità questa idea ce l'hanno da sempre molto più chiara di noi. Ma gli operatori dei servizi hanno sempre avuto una vocazione più di tipo descrittivo che non normativo. Noi, noi descriviamo le cose, diciamo che le storie sono complesse, che i pazienti sono cronici. Ma quando dobbiamo entrare poi nel merito di puntualizzazioni di tipo più normativo, abbiamo difficoltà. Sono difficoltà di ordine culturale, formativo. Credo che questa difficoltà dobbiamo cominciare ad affrontarla, cioè dobbiamo cominciare ad affrontarla cercando di tradurre in linee di condotta non più sotterranea o non più semplicemente in assesment che servono nel momento in cui c'è da difendere un territorio. E allora si dice: la responsabilità del medico, la libertà del medico. Ma questo, voglio dire, è qualche cosa che una volta che è affermato sappiamo benissimo che poi viene costantemente e quotidianamente rinegoziato. E in questo processo di rinegoziazione abbiamo necessità non di affermazioni teoriche, ma di principi etici condivisi che ci sorreggano.»

Ripresa dei lavori

Dott.ssa Mariella ORSI: «Sono molto contenta di stare in questa sessione, che credo sia stata voluta per avviare un percorso. Io faccio la sociologa, quindi appartengo a quel settore non medico che viene definito spesso "altro" e così via. Avete visto prima che si parlava di che tipo approccio abbiamo. Vengo però da un lavoro dal 1975 in un SERT di Firenze. Il titolo della relazione è legato a due aspetti importanti che svolgo anche all'interno del mio lavoro. Uno è l'etica della prevenzione e l'altro quella della riduzione del danno. Sono state già dette da Maurizio COLETTI alcune cose molto precise. Vorrei solo puntualizzare alcuni aspetti. Il primo è che sulla prevenzione non siamo stati sempre eticamente corretti. Credo che tutti abbiamo pensato di fare una informazione scientificamente corretta. Però non sempre ci siamo interrogati sull'eventuale pregiudizio che ci negava di acquisire informazioni su fonti più ampie. Parlo soprattutto delle nuove sostanze, che io chiamo invece che nuove droghe, perché quando iniziai nel '76 c'era già l'LSD, quindi chiamarlo nuovo mi sembra improprio. E il problema cocaina già allora era presente nel nostro paese, pur se non tra i nostri utenti. Premettere sempre "allo stato attuale delle conoscenze", credo sia un orientamento etico. Credo anche che sia importante che noi contestualizziamo il contenuto delle nostre informazioni, adeguandolo al target. Sicuramente abbiamo vissuto l'anno scorso una notevole caccia alle streghe, relativamente ad un piccolo opuscolo che era stato distribuito con lo scopo di aiutare le persone che già usavano sostanze a ridurre i danni. Il fatto di acquisirlo come materiale utile alla prevenzione tra i giovani, o alla prevenzione primaria, all'informazione sulle sostanze, ha voluto dire stravolgere i due interventi. Qualcuno l'ha dato senza una mediazione di persona, alcuni non l'hanno tenuto nel SERT, ambiente cui era stato dedicato. Credo che dobbiamo fare molta attenzione al diffondere informazione, se non abbiamo precisa coscienza delle ricadute che questo tipo di informazione ha. Dall'altra parte, è eticamente corretto aiutare le persone, a cui noi rivolgiamo gli interventi di informazione, permettere loro di acquisire gli strumenti utili a conoscere i rischi. È chiaro il nostro intendi-

mento è di aiutarli a prevenire i rischi. Ma credo che sia assolutamente importante che noi motiviamo loro a scegliere di evitare gli effetti dannosi e indesiderati. E troppo spesso chi è contro una certa sostanza, e magari è molto tollerante con altre che si chiamano sostanze droga, ma sono legali, forse non effettua questo distinguo. Infine, credo che aiutare e favorire l'autonomia e la determinazione delle persone voglia dire anche non lasciare fuori i medici di famiglia. Li abbiamo avuti, forse in certi momenti, anche un po' ostili, anche un po' indifferenti. Abbiamo ora una nuova stagione di rapporti in cui i medici di base devono ridiventare soggetti che si accorgono in modo precoce di alcuni sintomi di sostanze, dell'uso di certe sostanze, possono dare dei danni. Sicuramente molte cose hanno a che fare con l'alimentazione: anoressia e bulimia sono già molto presenti ai nostri servizi, ma credo anche che sintomi precoci di abuso di sostanze legali, in particolare stiamo lavorando per il pericolo delle sostanze dopanti, sia qualcosa che è troppo ancora sommerso. Infine è bene evitare di creare inutili e dannosi allarmismi sociali: chiamo in causa la responsabilità sì dei mass media, ma quanti di noi hanno accesso ai mass media e possono, con dichiarazioni di un tipo o dell'altro, favorire una distorsione della percezione del rischio. Per quanto riguarda l'aspetto relativo alla riduzione del danno, io credo che, riferendomi a quanto ha detto COLETTI prima, sia sicuramente un compito dei politici l'allocazione delle risorse, ma quanto noi orientiamo in un senso o nell'altro questa allocazione? Vorrei dire che siamo spesso noi a chiedere parti del finanziamento del fondo nazionale droghe, a chiederlo in modo spropositato per uno o l'altro dei settori a cui questo è dedicato. Credo che sia molto importante riconoscere che siamo di fronte a un periodo in cui l'etica e la bioetica ci chiama ad un percorso formativo. Quando dieci anni fa iniziai a fare il primo corso universitario sulla bioetica, credo che fui chiamata a occuparmi, a imparare qualcosa di più, proprio in base alla mia esperienza. Però non tutto è solo etica, troppo spesso abbiamo un'etica che si spalma un po' su tutte le cose, e credo che occorra anche avere chiarezza tra i compiti e la deontologia e l'etica in senso proprio. Un piccolo accenno, l'anno scorso osai criticare un po' i miei colleghi, sia di Federsert che di altre associazioni, che nel riprodurre in modo molto opportuno quelle linee per il comportamento etico degli operatori del pubblico e del privato sociale, delle comunità terapeutiche, omisero solo di dire che c'era un rimaneggiamento di un punto essenziale; fu votato a Palermo. Avevamo quindi permesso di deliberare anche al ministero, quando nel '93 facemmo la prima conferenza. Credo che sia importante, fu il ministro BUONPANE a metterci intorno a un tavolo dicendo: verificatevi a vicenda. Ritengo molto opportuno quel che ha detto Maurizio: proviamo a immaginare un percorso che parta da qui, dagli scalini che abbiamo già fatto per correggerci continuamente nella nostra prassi. Quello che è sicuro che stiamo passando, e mi sembra molto opportuno come ha detto prima FEA, da un paternalismo medico che ha orientato chi di voi, andando in un servizio, si accorge che se era forse giustificato nel '75, nel '80 dare del "tu" ai ragazzi tossicodipendenti, ora è molto improprio dare automaticamente del "tu", perché siamo in un servizio tossicodipendenza verso persone che hanno un'età a volte più grande di quella degli operatori che li accolgono. Credo che dal paternalismo medico si sta passando a qualcosa che ha tre perni soprattutto: il consenso informato, il rifiuto dei trattamenti e la politica della riduzione del danno, lasciando ai medici, come è stato detto prima, tutto il campo più specifico delle scelte terapeutiche. Nei nuovi modelli assistenziali la scelta etica risiede appunto nel rispetto della libertà del singolo e del suo percorso. E questo è chiaramente anche dovuto a un grosso sforzo che hanno fatto i movimenti orientati alla difesa dei diritti individuali. Ma il consenso informato, per essere tale, si realizza solo nel caso in cui un soggetto è davvero messo nelle condizioni di compiere una scelta informata e libera da condizionamenti. E quindi, in qualche senso, è aiutato a scegliere, più che messo di fronte a una opzione che a volte non è così ampia come il ventaglio che potremmo e dovremmo fare. Uno dei punti fondamentali del consenso informato è permettere alla persona di andare ed essere aiutata ad accedere a servizi in cui certe scelte vengono fatte in modo diver-

so. Quanto è etico che nello stesso territorio presente delle città in cui magari ci sono quattro o cinque servizi, ciascuno dei responsabili del servizio orienta anche leggermente in modo diverso l'etica sui trattamenti e quanto può essere utile dire: lì però fanno anche questo o lì, per caso, è più facile trovare questo altro tipo di professionalità. Credo che dal punto di vista etico occorre lasciare che sia l'altro a prendere la decisione finale, che non significa lasciarlo necessariamente solo, perché l'autonomia è una dimensione che si ottiene in modo graduale e attraverso percorsi di relazione. Il dibattito avviato in questi anni tende ad evidenziare la necessità di osservare la realtà dal punto di vista dei più deboli, dei senza voce, al di là del genere, dell'orientamento sessuale, dell'etnia e dello status socio-economico. Anche per contribuire al cambiamento delle strutture sociali e sanitarie, affinché ciascuno acquisti un ruolo più attivo. Altra questione è quella della cura al di là della guarigione. La riduzione del danno diventa in questa ottica non una tecnica, uno strumento, ma una strategia che parte da una considerazione di fondo: si deve poter curare, è già stato detto, anche se si accetta di non poter o dover guarire la tossicodipendenza. Ci si propone di prendersi cura di colui che si affida a un servizio in senso globale, non solo quindi attraverso i trattamenti sanitari, ma con tutte le forme appropriate di sostegno psicologico e sociale atte a ridurre gli effetti negativi che la tossicodipendenza comporta. Occorre quindi che il servizio attui non regole rigide per l'accesso ai trattamenti, non tempi prefissati per l'abbandono, non tetti massimi. Ma soprattutto occorre sospendere ogni giudizio che in qualche modo suddivida l'utenza tra buona, perché si adegua ai consigli terapeutici, e cattiva, perché non accetta di curarsi o di seguire le nostre prescrizioni. Non è facile, per noi operatori entrare in questa ottica, che corrisponde a un vero e proprio agire professionale, che da sempre è abituato a misurarsi con i risultati in termini di guarigioni. Ma proprio la complessità dell'approccio a questa patologia sociale, rende conto della necessità di integrare gli strumenti operativi e partire dai bisogni. Per ciascun utente, nelle particolari condizioni in cui si trova in quel momento in cui si rivolge al servizio, bisogna praticare una strategia terapeutica volta a ridurre i danni, che permetta di aumentare sì la quota dei nuovi accessi ai servizi, anche di coloro che non riescono ancora, in quel momento, a formulare un proprio progetto di uscita dalla tossicodipendenza, farsi carico della sofferenza che questa ha già provocato in lui, e non solo. Credo che sia importantissimo dire che i servizi sono ormai molto orientati da approcci sistemici, con la famiglia e con l'ambiente con cui il tossicodipendente agisce, ma anche valorizzare, e questo è già stato anche detto, tutte le potenzialità del counseling che permette alla persona davvero di evitare le tre cose che stavano alla base delle sperimentazioni, che nell'80 abbiamo fatto con la morfina, evitare e ridurre i rischi di overdose, di infezioni e altre patologie associate, oltre alle spesso, quasi inevitabili, carcerazioni. Non sembri tutto ciò riduttivo rispetto all'imperativo professionale di aiutare quante più persone possibile ad abbandonare l'uso di droghe, né rispetto ad altri compiti professionali quali quello di aiutare un utente a comprendere i fattori che l'hanno condotto a bucarsi. Sentirsi curato da, con il significato di essere accettato per come si è, essere aiutato a capire come si sta, più ancora che essere aiutati a capire perché si è diventati così e fin dove i farmaci sostitutivi possono portarti a superare la situazione di dipendenza, ci sembra essere il mezzo più efficace per questa strategia. Ciò implica, e concludo, un lavoro di rete, che, partendo dalla rappresentazione dell'entità del sommerso - fatto non solo dal nostro punto di vista, ed è stato detto, nell'etica ci sta molto del punto di vista dell'utente e di quanto questo ci può dire di come vede la stessa situazione - giunga a sensibilizzare i principali referenti politico istituzionali sull'opportunità di avere progetti di intervento che comprendano tutti gli interventi, nessuno escluso, per il quale possiamo dire di avviare sul territorio un reale intervento di riduzione del danno. Troppo spesso vediamo che in un luogo sono state messe le macchinette scambia siringhe, nell'altro c'è un'unità mobile, in un terzo c'è qualcosa, ma non c'è un qualcosa che ha, in qualche modo, impregnato il territorio di una strategia assolutamente, pur se fatta da soggetti diversi, integrata. E quello che è più impor-

tante è che dobbiamo riuscire a coinvolgere la comunità locale, in modo tale che ci sia davvero un consenso sociale e una partecipazione a questa strategia, senza il quale ogni intervento tecnico potrebbe risultare scarsamente valido ed efficace.»

Dott. Paolo JARRE:- «Sono medico, sono responsabile di un SERT in provincia di Torino, a Collegno, che si occupa di un territorio che va da Torino al confine con la Francia. E sono presidente, da un paio d'anni, del comitato etico della sezione piemontese dello studio Vedette. La mia relazione è agli atti nel sito della conferenza, per cui ne sceglierò alcuni punti, lasciando poi magari anche al dibattito eventuali approfondimenti. Riprenderò alcuni dei punti che sono già stati toccati da altri interventi questa mattina, perché questa sostanzialmente è la sorte di chi interviene verso la fine delle sessioni. Il quadro di riferimento a cui mi riferisco vede nei principi della autonomia, del beneficio, del non maleficium e della giustizia, i principi etici fondamentali nel campo dell'intervento nella tutela della salute e, più in generale, in sanità. Rispetto dell'autonomia, ripeto solo brevemente alcune cose che trovate sicuramente in letteratura abbastanza facilmente, vuol dire consenso informato, segreto professionale, non illudere le persone rispetto alle prospettive delle terapie, il non costringere ad alcunché, il comunicare bene, in modo comprensibile per le persone con le quali si ha a che fare, anche ascoltando. Beneficio e non maleficium, molto spesso tenuti insieme, vogliono dire essere in grado di assicurare un beneficio netto alle persone con le quali si ha una relazione terapeutica, essere chiari sui rischi, accettare che ciò che costituisce un beneficio per qualcuno può costituire un maleficium per un altro e viceversa, anche al di là delle opinioni personali del terapeuta. E definire quali benefici e quali danni è possibile provocare. Giustizia, sia in termini di giustizia distributiva, sia in termini di giustizia fondata sui diritti, sia in termini di giustizia legale, cioè rispetto a delle leggi che siano moralmente accettabili. In Italia il problema della giustizia è particolarmente acuto, anche perché l'Italia è uno dei paesi, come hai ricordato ieri, che riveste maggiori risorse nel campo del trattamento delle persone con problemi di dipendenza. Per cui più sono le risorse investite, sicuramente più è acuto il problema della loro distribuzione nell'ambito della popolazione trattata e rispetto ad altre popolazioni eventualmente non trattate, perché quelle risorse sono finite, quindi non sono attribuibili in modo uniforme a tutti quanti. Tutti questi principi fanno poi riferimento a un aspetto particolare che è il loro campo d'azione, in particolare per quanto riguarda le tossicodipendenze, le persone con problemi di dipendenza da sostanze, del principio di autonomia. Qualcuno stamattina diceva che sostanzialmente per i tossicodipendenti si parla di capacità di intendere, ma non di volere, che in qualche modo, delle due, quella compromessa è la capacità di volere. Una delle tendenze attuali nel mondo scientifico è quella che anche persone che per loro natura, per la loro età o per loro condizioni di salute, loro condizioni mentali, sono, possono essere considerate ad autonomia limitata, come i bambini, come i malati di mente, si tende sempre di più a rispettarne, in prima istanza, la capacità residua di scegliere il più possibile, solo scegliendo di non farlo dove ci siano ottime ragioni per non farlo. Questo dovrebbe valere, a maggior ragione, per le persone dipendenti, a mio giudizio, perché sicuramente la possibilità di giudicare incapaci di intendere e di volere, o almeno anche solo di volere, persone con problemi di dipendenza da sostanze, è una questione estremamente delicata. Credo che sia molto delicato decidere di intervenire in una persona dipendente da sostanze, che non volesse modificare il proprio comportamento di dipendenza. Laddove soprattutto questo comportamento di dipendenza non vada a ledere il diritto di nessun altro, e qualche volta neppure la tutela della salute del diretto interessato. Il dubbio che vi pongo e mi son posto quando ho pensato a questo intervento e che vi ripropongo, è quello: valgono i principi dell'ingerenza umanitaria? Nel corso di questi anni siamo stati inondati di questi principi per gli interventi militari in Kosovo, in Kuwait. Si può pensare che la parti tossicomane delle persone siano come Saddam, come i Milosevic della collettività mondiale? Queste sono domande importanti, a mio giudizio.

Noi siamo in una situazione in cui c'è una legge che sanziona, anche se non più in ambito penale, dei comportamenti che sono considerati di tipo patologico. Quindi c'è una sanzione su un comportamento patologico. Anche quando questi comportamenti non abbiano alcuna ripercussione sulla collettività. C'è una legge che fra questi comportamenti patologici di dipendenza da sanzionare, ne sceglie alcuni, altri li lascia fuori, in modo assolutamente casuale e bizzarro determinato dalla stratificazione, assolutamente random, di scelte plurisecolari di tipo culturale, religioso, antropologiche. Non propone trattamenti alternativi ai fumatori di tabacco, cose del genere. La legge propone uno scambio fra un bene individuale, la libertà individuale, e un bene per la collettività, che è quello della sicurezza, chiamiamola così, di tenere in condizioni di detenzione una persona perché ha fatto un reato o perché questo dissuade altri eventualmente da farne. Quindi c'è uno scambio fra due beni probabilmente; questo non riguarda solo le tossicodipendenze, riguarda tanti altri ambiti. Questo scambio viene proposto solo ad alcuni tipi di persone, non esiste un analogo per altri tipi di problemi, che so per i cleptomani, per i pedofili, per altre situazioni, e questo è un nodo etico non da poco. Allora, noi siamo quindi in una situazione sostanzialmente un po' matta, ma questo lo sappiamo tutti quanti. Il processo sul quale volevo soffermarmi un attimo, è quello che sta accadendo in Italia, oramai da alcuni anni, che il passaggio dal tentativo di perseguire un beneficio definito a priori da qualcuno, un sistema curante, molto spesso incrostato di moralismo, molto spesso sbilanciato in modo molto forte verso la guarigione, verso l'emancipazione definitiva dalla dipendenza, la normalizzazione del comportamento, spesso costi quel che costi, anche senza tenere conto delle possibili perdite, a una ipotesi di interventi basati sulla evidenza scientifica, sulle prove d'efficacia, sul beneficio, sulla possibilità del paziente di autodeterminare le proprie scelte di vita. In parte questo processo è passato attraverso l'accettazione della recidiva come parte integrante del percorso. Però molti che hanno inserito la recidiva nel proprio programma trattamentale, hanno sostanzialmente detto: recidiva va bene, ma fino a un certo punto. Poi hanno organizzato il proprio programma come se fosse propedeutico a un'emancipazione definitiva dalla dipendenza. Per cui è detto: tu hai diritto a recidivarsi, i tossicodipendenti recidivano, fintanto che non vieni sotto nel mio programma; il mio programma poi mette la parola fine, se recidivi ancora dopo allora te la sei proprio voluta, allora è cattiva volontà. Credo che il nodo etico centrale sia proprio quello sulla natura del comportamento della dipendenza. Cioè o noi accettiamo il fatto di avere ancora delle grosse esigenze conoscitive, di indagine, di ricerca del consenso, di costruzione del consenso su qual è la vera natura del comportamento di dipendenza. Se si tratta di un problema unitario, di una sindrome unitaria, chiamiamola così, in qualche modo tutti quanti quelli che noi trattiamo hanno una stessa malattia, sempre che vogliamo usare questo tipo di paradigma. Una malattia che ha decorsi diversi, acuti, subacuti, cronici, ma è quella. Sono tante, sono tutte diverse l'una dall'altra, o sono alcune incasellabili in classificazioni sindromiche. Non lo sappiamo in quali di queste due situazioni ci troviamo. Cioè sono tutte cose alle quali, tutto sommato, non mi sembra sia stata data ancora una risposta definitiva, unitaria, che ritrova il consenso. Questi dubbi sono all'origine di molti dei problemi che tuttora ci troviamo nel definire che cosa è giusto, che cosa è sbagliato, cosa è opportuno fare, cosa non è opportuno fare. Perché, se si tratta di una malattia, una sindrome, bisogna trovare una cura più efficace, una un po' meno efficace, una ancora un po' meno efficace e così via, e poi, a seconda delle possibilità, del consenso che si ottiene, applicarle in un ordine che sia rigoroso da un punto di vista scientifico. Se si tratta di situazioni tutte diverse, bisogna trovarne molte diverse, individuarne ciascuna per ciascuna. Se non lo sappiamo si tratta di studiare. Credo che per certi versi, forse, del tutto non lo sappiamo ancora. Nel senso che noi non sappiamo ancora, in modo definitivo, come distinguere le persone che hanno un'evoluzione, chiamiamola una remissione vita natural durante, se non vogliamo parlare di guarigione, e quelle che invece bisogna continuare a trattare per trattenerle presso i propri servizi. Questo è un nodo fondamentale. Fossero anche solo uno e

novantanove, fossero cinquanta e cinquanta, fossero novantanove e uno, noi dobbiamo, e questo è un problema etico, saper distinguere, e dotarci degli strumenti per distinguere quell'uno dai novantanove, quei cinquanta da quei cinquanta, quei novantanove da quell'uno.

Molti credono, a questo proposito, di avere già delle risposte definitive. Io personalmente, faccio questo lavoro da circa vent'anni, non ce l'ho ancora e mi trovo molto spesso a dovere proporre, trovare consenso e adottare dei trattamenti, degli interventi che definisco biodegradabili in qualche modo. Sostanzialmente mi permettono di cambiare idea a un certo punto, o di cambiarla insieme al paziente. Perché sicuramente anche quelli, e questa è l'esperienza clinica di tutti, che consideravamo assolutamente e irrimediabilmente con una brutta parola, brutta non perché sia brutta, cronici, un giorno cambiano. Noi non sappiamo ancora qual è quel giorno, come ci si arriva e ci sono quelli per cui sembrava che bastassero due scappellotti e un calcio nel sedere, che un giorno diventano cronici. Noi non sappiamo ancora come e questo è un nodo fondamentale. Il fatto di non aver affrontato bene questo nodo ha portato a tutta una serie di questioni. Ve ne cito alcune. Alcune forse più divertenti di altre. Mi sembra che prendendo da un articolo che mi ha fornito Fabrizio FAGGIANO, che ringrazio, che è un po' fra lo scherzoso e il non scherzoso, un articolo dell'anno scorso, sulla sostituzione dell'evidenza scientifica con altro, direi che in qualche modo l'evidenza scientifica, l'utilizzo dell'evidenza scientifica nel campo delle tossicodipendenze, è stata sostituita da tanti fenomeni. Mi viene da dire è stata sostituita per molti anni, siamo in Italia, dall'eminenza di chi, sostanzialmente, diceva lui, ipse dixit, il barone diceva che bisognava far così e allora bisognava far così. In qualche modo come questo costui avesse appreso che bisognava far così, questo non era sindacabile. L'eminenza di quelli che definisco, chi ha la pazienza di leggersi la relazione, ci troverà questa definizione, perché non me ne è venuta una migliore, i "ritiratori di ragazzi mal riusciti". Non so se avete presente la storia di Pinocchio? Postiglione, quando porta tutti al paese dei balocchi, con la carrozza. In qualche modo nel nostro paese sono assurde ad eminenze anche molto spesso personaggi di questo tipo. L'eloquenza molto spesso ha sostituito l'evidenza. Quindi la capacità di contarla bene. Poi gli italiani hanno una particolare passione per le belle parole, i bei discorsi, fatti bene. La veemenza e la virulenza, e questo è l'aspetto più problematico. Molto spesso è stata l'intensità, l'aggressività con cui si portavano avanti certi discorsi che ha sostituito l'evidenza. Mi viene in mente, ho un libretto che ho visto che distribuivano ieri, in cui si parla di recupero integrale della persona. Come il pane: recupero integrale. Cioè da un lato ci sono quelli che vogliono recuperare integralmente, quelli genuini, rustici, ruspani, e dall'altro ci sono gli imbelli, quelli che le persone le vogliono recuperare solo a metà, che vogliono lasciarle un po' così, magari sono "drogatelli" anche loro, magari sono anche amici dei pedofili. Quindi la sostituzione dell'evidenza con la veemenza, con l'arroganza, con la violenza verbale. Occorre tornare all'evidenza. Poi ci saranno molti altri che lo spiegheranno meglio di me anche nelle sessioni che si svilupperanno nel corso della giornata, da un punto di vista tecnico scientifico. Bisogna spazzare via l'eloquenza, la violenza, l'arroganza, l'emittenza. C'è un ultimo punto che mi preme sottolineare. Che riguarda l'etica del cambiamento. Sull'importanza dell'efficacia rispetto all'efficienza, molti sono già intervenuti, quindi lascio perdere, qualcuno se lo potrà leggere. Sull'etica del cambiamento invece volevo dire ancora due parole. Nel nostro lavoro cambiamento è spesso sinonimo di un qualche cosa di positivo, nel senso che noi partiamo da una condizione definita a priori come di sofferenza, di malattia, di disagio, di emarginazione, e bisogna cambiare. Si parla di motivazione al cambiamento, di cambiamento della famiglia, di cambiare lo stile di vita, ma non ne vuole sapere di cambiare. Tutti quanti sapete che in natura non è così. Cioè il cambiamento di per sé non è un bene, è l'equilibrio fra cambiamento e conservazione che è quello che permette l'evoluzione della specie, il mantenimento dell'individuo e così via. Credo che questo debba essere riportato anche sul piano della pratica clinica nelle persone con problemi di dipendenza

da sostanze. Ci sono ancora in giro troppe persone, troppi programmi che portano avanti ipotesi di costruzioni di nuove identità, trapianti di personalità, cose di questo tipo, di vario genere. Un ragazzo mi diceva: meglio essere tossico che esser niente. Questo credo che l'avrete sentito tutti. Credo che l'impostazione corretta, da un punto di vista etico, sia quella di proporre, perseguire il minor cambiamento necessario e sufficiente, rispetto all'obiettivo primario dato. A Maurizio RUSCHENA, che è mio amico, non piace tanto questo esempio, però ve lo dico. Se per ipotesi venisse da noi una persona che è uno sfruttatore di donne, un pluripregiudicato, un violento, che è anche dipendente da sostanze e noi riuscissimo per magia, non è possibile, a farlo smettere di essere dipendente da sostanze, quello sarebbe il nostro lavoro. E invece molto spesso, proprio perché non sappiamo se guarisce o no, non sappiamo se è uguale a quegli altri oppure no, gli applichiamo, gli spalmiamo sopra una frittata di interventi, larga, aspecifica, poco calata sull'obiettivo primario. Lo facciamo diventare un bravo ragazzo, non ruba più, ha un buon rapporto con le donne eccetera, però continua a drogarsi. Questo è un problema, nel senso che noi siamo i servizi per le dipendenze. Sicuramente, sappiamo tutti che ovviamente i cambiamenti sono connessi fra loro, che le persone sono un tutt'uno. Questo era per stressare molto l'argomento. Tante volte le persone cambiano, ritornando ad un'accezione positiva della nozione di cambiamento, ma non sappiamo perché. E questo è un problema grosso, cioè costruire conoscenza rispetto al fatto che cambiano, ritornare al fatto che facciamo una professione che non è un'arte, che deve ritornare il più possibile a ricostruire i meccanismi per cui le cose accadono per poterle rifare con la stessa persona, con altre persone e con altri gruppi di persone. Dico quello che ho adottato, che cerco di adottare per me, ma credo che molti si potrebbero ritrovare in questo: lo spirito col quale approccio le persone con problemi di dipendenza da sostanze è quello del restauratore. Credo che ogni persona abbia diritto a valere almeno quanto un quadro, quanto un mobile del '700, quanto un affresco prezioso. E abbia diritto a che siano conservati anche i suoi difetti, oltre che i suoi pregi, perché questa rappresenta l'unicità di quella esperienza umana. Per cui noi, se per il carburatore vengono da noi, il carburatore gli dobbiamo guardare, non cominciare a parlare delle gomme, di come tiene la strada, allacciati le cinture quando vai, ma perché non la butti via questa automobile. Carburatore volevano, carburatore dobbiamo fare.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Per la pace di RUSCHENA, a cui non gli piacciono gli esempi, un paziente, nei tre o quattromila che ho visto, è guarito perché l'ho messo davanti a una responsabilità: o faceva il delinquente, il ladro, e svuotava gli appartamenti, o faceva il tossicomane. Ma ogni volta che faceva il tossicomane, lo arrestavano davanti all'appartamento dove si addormentava. E questo si è messo a svaligiare appartamenti, non l'ho visto più.»

Dott. Giorgio INZANI:- «Credo che manchi all'interno di questa sessione un elemento importante, che è quello che si chiama la cartina di tornasole, il discriminante. E non ha caso, non sono solo un rappresentante del CORA, ma anche un medico, che ha avuto le vicissitudini del collega qui vicino, accusato di spaccio di metadone perché secondo scienza e coscienza prescriveva metadone ai pazienti rigettati dai servizi per le tossicodipendenze. Manca il dibattito che forse indirettamente è stato accennato nella relazione introduttiva di COLETTI quando parlava di moralismo di opposta visione. Ma è davvero così? Può davvero il medico, nei suoi interventi, o anche gli operatori, visto che ha parlato anche una sociologa, prescindere dal contesto all'interno del quale la sua azione si svolge? Può far finta di ignorare, e non a caso noi siamo qui, non con uno slogan, ma con un libro molto documentato, che il proibizionismo è un crimine? Un crimine contro l'umanità. E adesso articolerò anche questa affermazione, che non è un'affermazione categorica, ma un'affermazione fondata sul diritto. È come se un medico nella Germania nazista, accettando implicitamente le leggi razziali, fingesse di vivere in scien-

za e coscienza o di svolgere la sua azione di medico. Io questo non posso accettarlo. L'assente all'interno di questa commissione, mi auguro non sia altrettanto nelle altre, è il discrimine tra proibizionismo e antiproibizionismo, non tra moralismi di opposte visioni, ma quello che esiste tra nazismo e antifascismo, tra certezza del diritto e quindi sacralità della vita dell'ebreo, come rappresentante dell'umanità, e della vita del tossicodipendente. Partiamo dal fatto che in dieci anni di leggi proibizioniste in Italia sono morte sessantamila persone, dico io, trentaduemila dicono i dati ufficiali, di AIDS, di overdose, di epatite B, di epatite C, grazie a quelle leggi criminogene. Non sto parlando di persone che sarebbero morte in ogni caso di quelle patologie. O noi questi qui ce li mettiamo sotto il tappeto, come faceva Pippo, e continuiamo a ragionare e a discettare d'altro, oppure dobbiamo anche individuare le responsabilità di queste sessantamila vite umane. E le responsabilità sono di chi fece quella legge e di chi ha fatto finta, all'interno di quella legge, adesso è abbastanza facile dopo il referendum del '93 venire qui a dire, o dimenticare, che nei primi anni di applicazione della legge i SERT, allora si chiamavano NOT, sono stati i peggiori applicatori di quella legge, dando tre mesi di aspettativa quando uno gli si rivolgeva, non dandogli il metadone subito. Adesso noi diamo per scontate tutta una serie di cose che sono intervenute con lentezza nel corso degli anni, ma che in realtà non esistevano prima. E all'interno dei SERT c'erano i medici, c'erano i sociologi, c'erano gli assistenti sociali, c'era tutta una serie di persone che parlavano e dicevano altro. Allora, il proibizionismo è o non è un crimine? Da qui dobbiamo partire per capire poi all'interno di quale etica interveniamo noi medici o noi operatori. Dice e definisce crimine di genocidio lo statuto internazionale approvato nel '98, quindi sto parlando di documenti ufficiali. È crimine di genocidio cagionare gravi lesioni all'integrità fisica o psichica di persone appartenenti ad un gruppo, sottoporre deliberatamente persone appartenenti ad un gruppo a condizioni di vita tali da comportare la distruzione fisica, totale o parziale, del gruppo stesso. È crimine contro l'umanità, nelle definizioni si parla di sterminio quando, in modo particolare, viene sottoposta intenzionalmente, la persona e le persone, a condizioni di vita dirette a cagionare la distruzione di parte della popolazione, quale impedire l'accesso al vitto e alle medicine. Si parla di persecuzione intendendo l'intenzionale e grave privazione di diritti fondamentali, per ragioni connesse all'identità del gruppo o della collettività. Questi sono articoli di uno statuto internazionale approvato a Roma nel '98 e sono le fattispecie dei reati di genocidio e di crimine contro l'umanità, commessi sotto la cappa protezionistica del proibizionismo. O noi questo vogliamo dimenticarlo, e quindi diamo pesi diversi, perché già quelli che noi chiamiamo pazienti, già quelli sono "fattispecie sociale" diversa, perché quelli che sono morti non hanno più diritto di poter parlare. Oppure noi riportiamo le responsabilità nel loro alveo specifico. O teniamo conto delle esperienze anche di altri paesi europei, come la Svizzera, come la Spagna, come la Germania, parlo delle narco salas. Perché è chiaro, noi parliamo ai servizi pubblici, diciamo: a noi si rivolgono certe persone. Una volta si parlava anche di qualche, e forse sono ridotte a poco, camper che andava a cercarli i pazienti tossicodipendenti. Adesso mi sembra che oramai il SERT sia diventato quasi autoreferenziale, che non si ponga più nemmeno quel problema degli emarginati veri che continuano ad esistere. Almeno, mi auguro che non sia così.

Dicevo che sono un medico che ha deciso di trattare dei pazienti. Mi sono trovato incriminato in base all'articolo 83, ne parlava uno dei vostri relatori, connesso all'articolo 73, quindi per tre anni, fino a quando ho trovato, in questo caso devo dirlo, un Gip intelligente, che cioè non ha seguito pedissequamente la legge, come hanno fatto altri, ma ha seguito la sua coscienza, che ha detto che il reato non sussiste. Ma in realtà io avevo previsto, sulla mia testa, una condanna di venti anni di galera. E vogliamo dimenticare? Quanti sono i medici, certo diceva qui la signora del ministero, che non vanno a prendersi i ricettari? Ma chi glielo fa fare, se poi basta un magistrato qualsiasi, per incriminare un medico e poi prima che il nodo si scioglia passano anni e anni? Mi sono trovato lo studio vuoto, perché io sono un libero professionista, non lavoro presso una struttu-

ra pubblica, mi sono trovato lo studio vuoto perché dopo la perquisizione effettuata a casa mia, pensate un po', per sequestrarmi i ricettari, non per sequestrarmi il metadone, perché lo prescrivevo presso le farmacie. Dopo la perquisizione io mi sono trovato dei titoli di giornale "Medico spacciatore di metadone", oppure i medici che prescrivevano il Tengestic, in Piemonte, che si sono trovati con una campagna terroristica e terrorizzante sulla testa, che hanno avuto stroncate le professioni e così via. O queste cose noi le dimentichiamo, oppure diciamo: c'è l'isola felice dei servizi per le tossicodipendenze, che negli ultimi anni fa un'azione positiva e poi dopo ci sono, ritengo su tutto il territorio, quelli che fanno finta di niente, perché sanno che nei fatti l'articolo 83 è una spada di Damocle per qualsiasi medico, perché dà un potere discrezionale a qualsiasi magistrato per cui effettivamente se uno non ha le spalle un po' solide, rischia veramente di esserne travolto. Allora, detto questo, è utile o non è utile parlare di proibizionismo e di antiproibizionismo? È utile capire che quella legge è sciagurata, è una legge che ci dobbiamo togliere di torno, o almeno, anche solo per parlare tra medici, togliere quell'articolo 83 deve diventare una richiesta impellente di tutta la categoria. Poi voglio vedere se tolto quell'articolo c'è ancora qualche medico che non corra il rischio di "fare i conti" con i pazienti tossicodipendenti. Perché questo ritengo che sia il nodo da sciogliere e penso che se il dibattito deve rimettere i piedi per terra, di questo bisogna ritornare a parlare perché altrimenti, e mi spiace perché le relazioni erano veramente interessanti e importanti, parleremo e continueremo a parlare del sesso degli angeli.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Mi sento di dover adottare quello che ha detto in uno dei suoi minuti. Ognuno si porta alle spalle una storia pesante, anche fatta solo di lavoro, di quel buon lavoro che tutti quanti facciamo. Sinceramente, visto che sono passati vent'anni da quanto ho cominciato a fare questa professione, sono convinto assolutamente che noi non dobbiamo essere trattati diversamente da un cardiologo, né tantomeno i nostri pazienti devono essere diversamente trattati da uno che ha un glaucoma, voglio dire. Però dall'altra parte non deve esserci nemmeno questo atteggiamento, se non ho capito male, terroristico. Un medico sceglie di fare l'oculista, perché si sente più portato verso di quello, non deve sentirsi obbligato ad avere il ricettario perché dentro il suo studio, se ha il figlio o un paziente o qualcuno che s'è iscritto, deve avercelo per forza. Credo che ognuno nella libertà reciproca e soprattutto nell'ottimizzare la compliance con il paziente, debba dare quello per cui si sente preparato. Se sfugge, è un discorso. E allora è un medico cialtrone, parlando dei medici, o altre cose. Però dall'altra parte, sinceramente, non credo che noi ci dobbiamo preoccupare come medici di essere medici come gli altri e di imporre che i nostri pazienti siano pazienti come gli altri. Seguivo a litigare nella mia azienda, ho detto: ma perché non mi trattate mai come un primario cardiologo? Una volta sola, un giorno, per un giorno, chiamatemi come se fossi un primario cardiologo. Poi alla fine abbiamo delle differenze e le sopportiamo. È la nostra vita, è la nostra storia. Perché in effetti poi chi tratta la tossicodipendenza, c'è quel vecchio detto è brutto, sporco e cattivo in posti brutti, sporchi e cattivi. Quindi, alla fin fine, perché occuparcene tanto? Stavo leggendo adesso questa cosa, non farò reclame a questo libretto, però vedevo che alla fine dice: questo impegna il governo a fare una serie di cose. Io mi ricordo quando con un grande trionfalismo, come Federsert, riuscii a ottenere un impegno del governo sull'occuparsi degli infermieri generici che siccome sono brutti, sporchi e cattivi andavano nei posti brutti, sporchi e cattivi. Quindi nel sistema sanitario nazionale chi non aveva il diploma di infermiere professionale, pur non andando, perché deve distribuire stupefacenti e quindi c'è il doppio dovere, però veniva mandato lì. Facevano finta di niente. E allora stavo guardando con una certa malinconia "impegna il governo a fare sì che entro sessanta giorni vengano emanate norme per la riqualificazione di detto personale". Ma dove? Alla fine forse qualcuno è riuscito a non sopravvivere.»

Noi abbiamo queste otto richieste; credo che sia assolutamente un atto dovuto che tutti