

abbiamo questa attrezzatura. Da queste situazioni, l'affidamento alla comunità, al genitore o alla coppia, ai nonni laddove ci sono i nonni o alle zie o ai parenti, - questa esperienza è stata drammatica, fallimentare - si è creata una confusione indescrivibile, perché questi bambini non sapevano più dov'erano, che cosa facevano e dove andavano.»

Dott.ssa Simona SALETTI:- «Sono della Cooperativa di Bessimo. Volevo aiutare la signora di Trento anche nella comprensione di una procedura di lavoro che invece per noi, col Tribunale di Trento, è stata buona, positiva, per cui abbiamo inserito negli ultimi anni alcuni minori, figli di mamme tossicodipendenti o madri sole o coppie delle Province Autonome di Trento e Bolzano, con un esito positivo e con un appoggio da parte del Tribunale dei Minori che approvava il progetto.

Non conosco la realtà di SAN PATRIGNANO e quindi posso semplicemente parlare della mia, ma quello che credo abbia dato forza al permettere l'inserimento dei minori con le mamme o con la famiglia, era il fatto di avere un progetto strutturato, presentabile e spendibile all'esterno, di grossa collaborazione con i servizi sociali, che penso sia fondamentale per far partire un discorso. Credo anche che la dimensione giochi la sua parte. E' vero che le nostre comunità sono piccole, inserite nelle realtà locali dove si trovano, cui con una grossa interazione anche del territorio e credo che questo aiuti molto a ricostruire un ambiente il più possibile simile a quello familiare.

Non conosco la vostra realtà, ma credo che la strada da cercare, non ne abbiamo un'altra, sia quella del creare una rete, un dialogo, una collaborazione, perché la strada dell'antagonismo, dei buoni e cattivi, i buoni siamo noi, i cattivi sono i servizi, non è percorribile, non paga mai e soprattutto in questa realtà così complessa.»

Dott.ssa Susanna COLLODI:- «Credo che alla fine di questa giornata, noi dovremmo portare delle proposte o comunque dei ragionamenti fatti come succo di questa sessione. Volevo riportarvi un mio disagio di cui stavo parlando adesso con la collega di Torino, cioè pensavo alle esperienze nei servizi pubblici. Noi seguiamo i bambini, le mamme, andiamo a fare servizi cose domiciliari, in comunità si fa un certo tipo di lavoro, alcuni bambini vengono dati in adozione, ricordavo il grafico che ci ha fatto vedere la collega di Torino con questi bambini che prima vanno coi genitori, poi dai nonni, poi in adozione, in istituto, ma questi bambini, poi, cosa diventano?

Lei diceva che sono bambini ipercinetici. Ma che cosa saranno tra dieci o quindici anni? E' molto difficile scegliere qual è il male minore. La tendenza istintiva potrebbe essere quella di dire: è una coppia tossicodipendente e via. Ma via dove? In un brefotrofo? In adozione? Oppure la tendenza potrebbe essere: la cosa migliore è che i bambini stiano con le loro mamme perché il rapporto madre e figlio è più importante. Ma poi che succede? I bambini vanno in comunità con i genitori, anch'io ho esperienze in questo senso; sento dire che in comunità si cerca di creare un ambiente il più vicino possibile a quello della casa. Ho fatto un lavoro sull'evoluzione dei trattamenti in comunità terapeutica, un follow - up a otto anni di tutti i pazienti che il mio servizio ha mandato nelle varie comunità, ho fatto anche una distinzione tra le varie comunità, ma la tralascio, la leggerete. Invece ho guardato che cosa succedeva dei pazienti che andavano in comunità. Per quella che è la mia esperienza a Roma, in un SERT che ha in carico 630 utenti, i pazienti che vanno in comunità e che ne escono meglio sono quelli che rimangono in comunità come operatori, quindi che diventano, consentitemi, dipendenti della comunità, che è senz'altro una dipendenza molto migliore della dipendenza da eroina, ma comunque non è un ritorno alla vita normale. I loro bambini, che fanno? Restano in comunità anche loro? Sono una serie di domande che mi sto ponendo da tempo e stamattina in modo particolare.

Credo che dobbiamo veramente, e mi dispiace che qui non ci sia nessun esponente del Tribunale dei Minori a parlare, stare molto attenti a quello che facciamo, a quello che a ognuno di noi sembra il male minore o la soluzione migliore, perché poi ne riparlamo

quando questi bambini diventano adolescenti.»

Alessandra CERIOLI:- «Sono della LILA di Bologna. Volevo ritornare un attimo alla madre. Mi occupo di trattamenti sull'HIV. A me è sembrato che in tutte le relazioni scientifiche, il problema HIV fosse un po' tenuto distante, però mi ha colpito molto una slide in cui si metteva in evidenza la maggiore mortalità delle donne sieropositive per AIDS. Secondo me, si potrebbe iniziare a parlare di un problema di accesso ai trattamenti antiretrovirali, che c'è comunque in tutto il mondo per le persone tossicodipendenti, nel senso che poi alcune dottoresse del SERT dicevano che, quando mandano un paziente per fare un intervento in un reparto, nessuno lo vuole. Il problema è che spesso anche gli infettivologi non vogliono i pazienti sieropositivi, per cui a me interesserebbe molto cercare di capire come si può instaurare una rete su questo, perché la persona tossicodipendente attiva ha il diritto di curarsi come una persona che non usa sostanze.

Gli studi clinici sulle interazioni ci sono, i dati sono nei database, via Internet, non so se questi dati arrivino ai SERT, alle associazioni, noi li abbiamo, però vediamo proprio una scarsa informazione rispetto agli utenti e poi ovviamente sugli utenti che cosa si può dire? Che oltre all'infettivologo, che non vuole il tossicodipendente, oltre a tutta una serie di questioni, è la stessa tossicodipendente che vede la terapia antiretrovirale, parliamo della tossicodipendente, perché essendo anche una donna, mi interessa particolarmente la condizione femminile, come un dopo, come il seguito della disintossicazione. Credo che anche su questo si potrebbe intervenire, nel senso che non sempre deve esserci dopo la disintossicazione: la terapia antiretrovirale può essere prima o in concomitanza con l'uso di sostanze, con un buon counselling, con delle buone informazioni, o durante la disintossicazione. L'accesso ai trattamenti per le persone tossicodipendenti è un problema grave. Quando voi avete mostrato i dati sulle persone con HIV in carico ai SERT, sapete quanti sono in terapia antiretrovirale? Sarebbe utile iniziare a capire quanto è allargato questo accesso, anche perché, come comunità di persone sieropositive, io sono una persona sieropositiva, su questo possiamo fare qualcosa.»

Dott.ssa Susanna COLLODI:- «A Roma è allargato pochissimo. Noi abbiamo, parlo molto tranquillamente, con cognizione di causa perché è un problema che affronto quotidianamente, un unico centro a Roma, che è il GEMELLI, che accetta serenamente i pazienti in trattamento con la terapia metadonica, a dosaggi tali da dar luogo all'astinenza perché altrimenti non ha senso la terapia metadonica, nei trattamenti con gli antiretrovirali. E' l'unica struttura che accetta l'idea che, per esempio, alcuni farmaci come il Viromone inattivano il metadone e quindi è richiesto un dosaggio maggiore. Con altri centri, anche molto famosi, facciamo delle litigate bestiali, perché non mettono in trattamento con gli antiretrovirali i pazienti o le pazienti se sono in terapia metadonica oltre un dosaggio ridicolo, solo antiastinenziale. Non parliamo poi se sono donne in gravidanza. Lì si dice proprio: ragazza mia, vai a abortire perché è l'unica cosa che puoi fare. Questo è il concetto, avviene a Roma, la capitale e mi fa piacere che ci sia il Ministero della Sanità.»

Dott.ssa Venera SAMBATARO:- «Ogni tanto al Sud c'è qualche esperienza buona. Devo dire che a Catania non ho assolutamente problemi con i reparti di infettivologia. Abbiamo un collegamento molto valido sia per quanto riguarda i ragazzi, sia per quanto riguarda le donne in gravidanza, per cui c'è uno stretto collegamento, li accettano in terapia metadonica e ci sentiamo per stabilire i dosaggi in modo che li concordiamo e questo poi ci ha portato di recente, sei mesi fa, a fare un forum sull'AIDS. L'abbiamo chiamato forum, in fondo è una forma di coordinamento tra operatori dei vari servizi, infettivologia, SERT, LILA, ANLAIDS, tutto ciò che c'è sul territorio. Ci incontriamo periodicamente per fare il punto, scambiarci le informazioni, i dati, raccordarci sulle cose più importanti, in modo da creare questo filo tra di noi e non avere poi difficoltà di collegamento. Devo dire che c'è molta sensibilità da questo punto di vista anche nel seguire le

gravidezze o il parto, sia come counselling, sia come accompagnamento proprio.»

Intervento:- «L'infettivologo, nell'équipe del SERT, anche quello a me ha un po' ha sconcertato, rientrava proprio quando c'era la problematica della trasmissione materno fetale.»

Dott.ssa Venera SAMBATARO:- «La legge non lo prevedeva per quello, la 135 l'aveva previsto perché comunque facesse da supporto proprio per il discorso infettivologia, non solo per l'AIDS, ma anche per l'epatite o comunque le malattie trasmissibili sessualmente e non, solo che in molte Regioni, come da noi, non l'hanno mai applicata e soltanto in pochissimi SERT, a Palermo sono previsti nella pianta organica degli infettivologi, ma non sono stati ancora assunti e i fondi sono rimasti là, inutilizzati. Sarebbe certamente necessario che ci fossero.»

Intervento:- «A Milano c'è una situazione particolare per cui, rispetto alla tossicodipendenza, tanti SERT si sono attrezzati in modo tale da trattare l'infezione da HIV all'interno del SERT. Secondo me ci sono difficoltà rispetto all'accesso di persone che hanno una tossicodipendenza attiva; i protocolli, quelli sì, sicuramente questo vale anche per la città di Milano e per la Regione Lombardia.

Sul discorso invece delle donne in gravidanza e tossicodipendenti, rispetto ai due centri di riferimento che conosco abbastanza bene, perché ho seguito varie donne che poi hanno deciso quello che volevano rispetto alla loro gravidanza, ci siamo sempre trovati molto bene sia rispetto alla Mangiagalli, sia rispetto al San Paolo, cioè rispetto alle cliniche universitarie che si occupavano di donne incinte tossicodipendenti o sieropositive. A me sembra che in realtà grosse difficoltà rispetto a questo non ci siano. Sul fatto invece dell'inserire tossicodipendenti attivi in protocolli, quando si dà per definizione l'inaffidabilità rispetto a quello, c'è una certa resistenza.»

LAZZARI:- «Sono della cooperativa di Bessimo. Volevo provare a dire due cose. La prima è per cercare di rispondere un po' al problema legato alle coppie miste, nel senso di coppie in cui uno dei due partner è extracomunitario. Noi abbiamo avuto due situazioni molto diverse tra di loro nel senso che entrambi i casi le ragazze, donne con figli, sono entrate nella nostra struttura a Civate, una tra l'altro proveniva da Torino, questa però era una situazione di parecchi anni fa in cui il suo compagno, non usava sostanze, ma era più nel giro dello spaccio e lì il lavoro che si è fatto è stato quello di cercare, per quanto possibile, di rendere la donna con il proprio figlio, visto che il figlio era di questo extracomunitario, il più possibile consapevole di quelli che erano i rischi all'interno di questa relazione di coppia, che di fatto non era una relazione di coppia. Poi sappiamo che la ragazza è ritornata comunque a Torino e si è rimessa ancora con questo compagno che di fatto era un clandestino, non si era mai fatto conoscere a nessun tipo di servizio.

In un altro caso la coppia di fatto non era una coppia mista, ma con entrambi i componenti extracomunitari; alla fine del percorso di lei, visto che il compagno già da tempo la famiglia lo aveva fatto rientrare in patria, di conseguenza, in modo molto forzato, l'aveva tolto dal giro dell'uso delle sostanze e dello spaccio, d'accordo con il servizio sociale e con il SERT, si è lavorato per un reinserimento in Tunisia, perché comunque la ragazza è ritornata in Tunisia. A tutt'oggi, è passato un anno, sappiamo che comunque la ragazza sta bene e sta bene anche il proprio figlio.

Volevo rispondere alla dottoressa di Roma. Senza nulla togliere alle persone che fanno un percorso in comunità e poi decidono di fermarsi in comunità a lavorare, non credo che l'unica risposta per persone che fanno un percorso possa essere quella di rimanere all'interno della struttura.

Penso invece che il lavoro grosso che le comunità devono fare è quello di riuscire, per

quanto possibile, anche nelle situazioni in cui non c'è una chiara segnalazione del minore ai servizi sociali, a far sì che queste persone riescano a maturare un desiderio di una richiesta di aiuto perché comunque, finché sono in comunità, sono in un contesto protetto.

Il problema è che noi abbiamo visto in che tante situazioni, secondo noi le peggiori, rispetto al minore non c'era nessun tipo di segnalazione e allora il lavoro da fare è coinvolgere i servizi. Qui il problema diventa: chi fa la segnalazione? Perché nel momento in cui non tutti i minori arrivano con una segnalazione, questo vuol dire che i genitori sono inadeguati, sono per forza non adatti al bambino, ma crediamo che non si debba avere tanto la logica del dito puntato, ma aiutare le persone a riconoscere che comunque in un certo momento possono avere bisogno di un aiuto, di un supporto e questo lo fanno solo se sono in carico a determinati servizi.

Laddove si lavora su una complessità di servizi, il SERT, il servizio sociale, la neuropsichiatria, il Tribunale dei Minori, a volte noi lavoriamo anche con il servizio sociale per adulti, perché uno dei due può avere comunque un'alternativa, il problema è riuscire a mettere tutti questi interlocutori seduti intorno a un tavolo per ragionare tutti assieme, per fare un progetto che sia il più possibile adeguato e all'altezza delle persone, perché altrimenti il problema poi è o c'è la visione del SERT, oppure c'è solo la visione del servizio sociale, oppure ci può essere solo la visione del Tribunale dei Minori.

Come cooperativa, dall'84 accogliamo i minori e abbiamo avuto una presenza di almeno 380 bambini; abbiamo visto anche, con alcune coppie che abbiamo in carico adesso, con dei genogrammi, che sono tossicodipendenti della seconda generazione, cioè iniziamo già ad avere in comunità delle coppie in cui una delle due componenti è a sua volta figlio di tossicodipendenti e questo è un grosso problema.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE: «Devo dire che è un caso che non ci sia nessun esponente del Tribunale dei Minori, nel senso che si era pensato che dovesse esserci qualcuno e poi il fatto che Don BENZI ha detto prima che veniva e poi che non veniva, ci ha tolto uno spazio che avremmo voluto dedicare ad altri, solo che poi alla fine non siamo riusciti a far rientrare negli argomenti un po' tutto ed è stato un po' trascurato per questo motivo, ma non era perché non volessimo che ci fosse.»

Dott.ssa Paola BURRONI: «Sono di Torino. Certamente il Tribunale dei Minori è un protagonista importante di questa vicenda e credo anche che tutti noi che abbiamo lavorato in questo settore, anche mettendo una lente di ingrandimento sopra questo fenomeno di figli dei tossicodipendenti, abbiamo delle preoccupazioni intorno al destino dei bambini.

Nel tempo, mi sono confermata in alcune convinzioni che sono piccole, collegate all'esperienza, che certamente la famiglia del tossicodipendente, cioè che è composta da tossicodipendenti, può essere considerata una famiglia ipoteticamente maltrattante e penso che questo non avvenga in tutte le situazioni, in tutti i casi e che i servizi si trovano a confrontarsi con la domanda che in qualche maniera, nel momento in cui nasce un bambino in una famiglia di questo tipo, è paradossale rispetto alle richieste che provengono dal Tribunale dei Minori e da chi tutela il minore, perché loro ci chiedono sostanzialmente, non so se questo è un punto importante, di disintossicare questa donna in modo rapido e subito, così lei potrà avere il suo bambino, che è la cosa che è più difficile da ottenere in quanto noi sappiamo che queste donne sono più gravi, hanno una tossicodipendenza che dura da più tempo, hanno una psicopatologia che è più rilevante, cioè una serie di condizioni di tossicodipendenza che sono significativamente più gravi rispetto anche ai loro partner maschi. Il Tribunale ci chiede di disintossicarle rapidamente e in realtà poi questo non avviene e cominciano i percorsi che ho cercato di farvi vedere questa mattina. Certamente noi ci troviamo a confronto con una situazione nella quale effettivamente potremmo essere portati a decidere, a orientare il Tribunale o i servizi a toglier-

re questi bambini alle madri, perché i fattori di rischio a cui sono sottoposti sono veramente tanti. Penso che sia anche molto grave, spesso, la situazione dei bambini che vanno direttamente in adozione. Ci sono studi molto interessanti sulla trasmissione generazionale della tossicodipendenza al di là, cioè i bambini adottati, figli di tossicodipendenti o di alcolisti hanno maggiore probabilità di diventare alcolisti anche se sono adottati.

Quindi non è questo che ci aiuterà, cioè l'adozione è come dire "togliamo il bambino dalla condizione di rischio", per metterlo in un'altra condizione in cui, probabilmente, si riproducono alcuni eventi che riportano il minore nello stesso rischio. Penso che sia più interessante lavorare in termini di progettazione di interventi assistenziali, perché se questa mamma e questo bambino trovano, molto aiutati, una situazione di possibilità di costruzione della loro elevazione, secondo me, questa è una vittoria per i servizi che se ne occupano, per il bambino e anche per le madri, e questi pensieri, queste spinte verso gli allontanamenti sono un po' fughe dal problema del nostro lavoro e del trattamento che dobbiamo proporre. Cerchiamo di trattenerci.»

Don Giulio:- «Sono della comunità NUOVI ORIZZONTI. Volevo solo dare un punto di vista su quello che è stato detto sulla persona accolta che rimane in comunità come operatrice, magari avendo anche dei figli. Credo che non si può dire tout court che questa risulta una forma di dipendenza, ma che in qualche caso, può essere una paura di uscire e di affrontare il mondo e la comunità continua a dare sicurezza; in altri casi può essere anche un atteggiamento che risponde alla definizione di maturità psicologica, cioè di una personalità capace di un comportamento altruistico, solidale, quindi che si sente, nonostante le possibilità che ci sono di fuori, di continuare ad aiutare persone che affrontano problemi che questa persona ha affrontato e conosce molto bene e quindi che può aiutare con una competenza del tutto particolare. In certi casi sono scelte di comodo, magari anche inconsapevoli, in certi altri comunque rimane un lavoro faticoso, l'operatore in comunità terapeutica è in costante scontro con problemi estremi che comunque nella realtà di tutti i giorni sono forse meno ovvianti, per cui non farei di ogni erba un fascio. In alcuni casi è possibile che risulti una paura, un'immaturità, in altri casi penso che siano una bella prova di maturità e non avrei neanche una preoccupazione, parzialmente sì, ma neanche così grande, per i bambini, perché credo che, nella misura in cui la comunità ha un'apertura, - nel nostro caso la riteniamo una comunità abbastanza aperta, perché nell'ultima fase ci sono i ragazzi in reinserimento per cui una bella parte dei ragazzi accolti e tutti gli operatori escono molto frequentemente e nella comunità viene gente di tutti i tipi - penso che anche un bambino, anche noi abbiamo bambini, che cresce lì, è costantemente a contatto con proposte esterne e, raggiunta una certa età, può fare una scelta anche libera.»

Dott.ssa Susanna COLLODI:- «Se è una comunità come dici tu, può andare anche benissimo. Non tutte lo sono. Sono d'accordo che non si deve fare di ogni erba un fascio. Stavo raccontando quella che è la mia esperienza: non metto in dubbio che si resti a fare gli operatori non solo per bisogno di protezione, ma per qualcosa che va oltre, però credo che perché questo qualcosa che va oltre sia valido, ci voglia comunque un ritorno nella società perché comunque la comunità è sempre una situazione protetta e l'operatore un ex tossicodipendente. Lavoro col privato sociale, abbiamo tanti operatori ex tossicodipendenti che lavorano con noi nei progetti della 309, sono validissimi proprio perché, come dici tu, hanno una esperienza alle spalle, però devono avere avuto anche una formazione. L'essere ex tossicodipendenti non è una qualifica, è uno stato, ma non è una qualifica. Tu puoi essere bravo come operatore a prescindere dal fatto che tu sia o no un tossicodipendente.»

Angela:- «Sono un'operatrice e una ex tossicodipendente e sono una persona che ha finito il cammino comunitario e ha fatto la scelta di uscire dalla comunità. Avevo un lavoro

in mano, sono una ex cuoca e quindi il lavoro non mi mancava; mi sono andata a relazionare fuori con la società e devo dire che non è che abbia avuto problemi, non è che sono andata comunque a toccare la sostanza o l'alcool, perché comunque avevo anche un problema di alcool che forse era più pesante della sostanza e, a un certo punto, ho fatto una scelta radicale che è stata quella comunque di ritornare in comunità. Proprio per il fatto che tanti giovani purtroppo continuano a morire sulla strada, è facile spesso e volentieri stare in comunità, come si dice, aspettando che il ragazzo comunque ci arrivi dal SERT, da questo o da quell'altro. Potevo continuare a rimanere in una comunità dove arrivava il ragazzo, mentre ho fatto la scelta radicale proprio a settembre di andare in un centro dove il ragazzo lo andiamo a cercare, in modo particolare anche a livello di tossicodipendenza femminile, perché i centri che su Roma prendono ragazze tossicodipendenti, si contano sulla punta delle dita. Non ce n'è o ce ne sono pochissimi: quelli residenziali sono pochissimi. Vicino a San Giovanni, in Piazza Re di Roma, in Via Terni, NUOVI ORIZZONTI, centro ARCOBALENO. Su Roma, quando non abbiamo posto, e c'è qui presente un'altra operatrice di comunità, dobbiamo addirittura arrivare a Cosenza tante volte, a Regina Pacis. Il problema, che non è solo un problema di tossicodipendenza femminile, ma tante volte di prostituzione e di tossicodipendenza. Io mi prostituisco per farmi, mi faccio per prostituirmi: questo è un circolo che tante comunità purtroppo ancora oggi non riescono a vedere, non vogliono vedere, ci sono operatori sulla strada che rischiano ventiquattro ore su ventiquattro.

Noi abbiamo ragazze minorenni e dobbiamo far riferimento a Don BENZI che poveretto non sa più dove metterle, abbiamo tante volte, col Tribunale dei Minori, le mani legate, a volte non sappiamo se le leggi sono fatte per essere violate, non l'abbiamo ancora capito. Sono troppo rigide. Questo è un grosso problema.

L'altro giorno dicevo a Don BENZI: scusa, ma a te prima o poi ti portiamo le arance in galera. Perché? Per i permessi di soggiorno. Allora aiutiamo anche le comunità, perché è vero le ragazze che finiscono i programmi terapeutici si contano sulle punte delle dita, sono pochissime, perché hanno tutta una tipologia di problemi che è completamente diversa.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «La dottoressa SAVINI, dell'Associazione ON THE ROAD.»

Dott.ssa Annalia SAVINI:- «Ringrazio la collega perché mi ha dato proprio il la. Sono Annalia SAVINI, dell'Associazione ON THE ROAD, ci occupiamo da dieci anni specificatamente di prostituzione, lavoriamo tra l'Abruzzo, le Marche e adesso anche nel Molise e da dieci anni specificatamente nella prostituzione. Stanno cambiando tante cose, voglio dare soltanto dei piccoli flash, per quanto riguarda quello che diceva anche la collega, fra il binomio tossicodipendenza e prostituzione, ma non soltanto questo. Prostituzione e tossicodipendenza: c'è una differenza e lo vediamo. Perché? Perché, a mio avviso, di questo binomio dipendenza e prostituzione, non se ne parla quasi più.

Alla fine degli anni '80 in parte se ne è parlato e quindi il fenomeno della prostituzione di strada era costituito da una significativa parte di ragazze tossicodipendenti; ma dalla fine degli anni '80 la prostituzione è molto cambiata e infatti il 90% delle ragazze che si prostituiscono in strada sono immigrate extracomunitarie, di origine nigeriana, albanese, russa, moldava, ucraina, rumena, ma che portano con loro una serie di vissuti e di parole legate a questi vissuti molto forti, come tratta, sfruttamento sessuale, clandestinità, racket e gruppi malavitosi.

Su ognuna di queste parole si potrebbe parlare per un secolo, per tutto il vissuto che può creare e quindi la massiccia presenza di questa prostituzione extracomunitaria ha di fatto emarginato ancora di più le ragazze italiane che si prostituiscono; le ha emarginate ancora di più perché erano già al margine, oggi c'è molta concorrenza. Quindi, è sceso proprio il silenzio in termini di analisi del fenomeno, di attivazione di interventi, non c'è

assolutamente niente per questo specifico binomio prostituzione e tossicodipendenza e questo ha contribuito a determinare una delle fasce più marginali della devianza di strada, quindi situazioni di tossicodipendenza cronica, malattia spesso presente, molte volte legata a malattie sessualmente trasmissibili, altre volte legate all'HIV, altre proprio all'uso che i clienti fanno delle ragazze, perché le ragazze vogliono rapporti protetti, ma sono i clienti che non li vogliono e sono disposti a pagare anche di più. Quindi non puntiamo il dito contro le untrici: non sono le ragazze le untrici, sono i clienti, ma io non ho niente contro i clienti.

Comunque, anche questo ha costretto una prostituzione mordi e fuggi, dovuta molto anche alla tendenza da parte delle ragazze tossicodipendenti, che fisicamente sono anche molto debilitate, a svendere il proprio rapporto, o a svendere la prestazione più che il rapporto.

La mancanza di specifici interventi, sono infatti rare le azioni di buone pratiche strettamente attinenti a questo specifico settore e in questo ambito, non permette di individuare strategie su cui misurarsi. Si tratta di mettere in gioco azioni a doppia valenza: tossicodipendenza e prostituzione, prostituzione e tossicodipendenza. Però se da un lato c'è il mix tossicodipendenza prostituzione, dobbiamo mettere in evidenza anche il binomio prostituzione e tossicodipendenza, fatto da una popolazione sicuramente non di grandi numeri, ma presente e costituita da travestiti e da transessuali.

Probabilmente non riguarda questo specifico settore, però i transessuali, anche se giuridicamente sono maschi, si sentono donne, sono donne, però non vengono riconosciute. Ci sono diversi italiani, ma anche diversi latino-americani e poi c'è tutta la presenza ad esempio delle cosiddette ballerine che vengono dall'Est Europa, dall'America latina e che lavorano nei club privati, nei night-club e nei locali hardcore. Adesso c'è anche una nuova fascia: le ragazze che arrivano dalla Colombia e quindi possiamo vedere anche i flussi e il percorso che fanno: arrivano da Messina, Catania, fino a Trieste. Queste consumano stupefacenti, in modo particolare cocaina e, come diceva lei, c'è la tossicodipendenza legata alla prostituzione. Allora, io travestito, transessuale ho bisogno di fare una serie di cure ormonali che costano tantissimo. Per fare queste cure ormonali ho bisogno di tanti soldi e allora mi prostituisco. Per prostituirmi però, come transessuale a cui non viene riconosciuta in parte la mia femminilità e quindi mi viene chiesto un rapporto attivo, debbo comunque fare uso di sostanze per essere attivo e quindi dare una determinata prestazione e lì quindi nasce il circolo vizioso.

Sono dieci anni che ci lavoriamo, però per questo target veramente difficile non c'è ancora niente o almeno c'è pochissimo e allora all'interno di questa conferenza ci sembra quasi essenziale pensare a delle strategie di intervento per avere dei validi modelli di buone pratiche, di intervento sociale per queste fasce marginali di popolazione che possiamo definire "devianti". Pensiamo in particolare a tutta una serie di azioni che debbono essere fatte per aggiornarci tutti quanti; gli operatori che lavorano nella tossicodipendenza si debbono aggiornare su questo specifico settore della prostituzione e non parlo soltanto di operatori privati, ma anche di operatori del pubblico, che debbono conoscere tutta una serie di dinamiche strettamente collegate alla transessualità, alla prostituzione e ad altre cose. Pensiamo però anche all'attivazione di specifiche unità di strada, che non significa soltanto il contatto sulla strada, perché sicuramente così si riusciranno a contattare tante persone, tante ragazze sulla strada, ma pensare anche a degli interventi all'interno dei locali, perché molte ragazze sulla strada non ci sono mai, ma le troveremo nei locali e quindi bisogna cominciare a prendersi cura e ad accogliere persone, donne, uomini, tossicodipendenti che si prostituiscono e che sono transessuali o che sono transessuali e si prostituiscono e quindi sono tossicodipendenti. Le cose sono strettamente legate.»

Dott.ssa Venera SAMBATARO:- «Al di là degli aspetti tecnici che sono emersi, perché devo elaborare entro un'ora un documento da dare alla dottoressa TASCA che domani

lo leggerà insieme al mio, le conclusioni delle undici sessioni di lavoro della Consulta, sono due fondamentali: una è la modifica delle schede del Ministero per inserire le voci riguardanti la prole, sia rispetto agli uomini, sia rispetto alle donne, che è complicato perché bisognerà fare il decreto di modifica, l'altra è la modifica della scheda tecnica del metadone per eliminare la dicitura "controindicato in gravidanza" perché è un rischio che tutti quanti corriamo, almeno i medici, nei servizi.

Un'altra cosa tecnica che avevo segnato è quella di sensibilizzare gli organi competenti, perché poi sono diversificati e barricati a seconda delle situazioni, affinché prevedano una retta di ricovero per i figli nelle strutture che accolgono famiglie o coppie o madri con figli, e una forma di retta che copra le spese per i figli. Le modalità poi si possono sempre vedere, e si possono anche differenziare. Non chiederemo l'elemosina a nessuno, ma è difficile per le comunità gestire questo tipo di rapporti.

Per quanto le proposte operative nel senso stretto, mi pare che, sostanzialmente, una è quella di diffondere in modo più capillare, più generale, la presenza di strutture specifiche per la famiglia o per le coppie o per il genitore con figli, che abbiano delle connotazioni ben precise, specifiche e quindi anche piccole, a impronta quasi familiare, perché ripropongono poi il modello familiare. L'altra, e dovremo insistere su questo, è creare questa rete di servizi integrati, che abbia un background di tipo istituzionale, cioè non è che si fa quando si vuole farla e si può anche non farla se non si vuole. Questo mi pare una cosa che dovremo riferire al Ministro in modo molto chiaro e molto forte. L'ultimo punto di cui appunto stavamo ultimamente discutendo è questo che riguarda la prostituzione. Sicuramente è un argomento che la Ministra TURCO ha affrontato con molta sensibilità ed è un problema che è a cavallo tra la tossicodipendenza e altri tipi di problemi che poi si intrecciano. Questi sono gli elementi che metterò nel documento che penso sentirete domani.»

**COMORBILITÀ PSICHIATRICA:
ESPERIENZE E PROSPETTIVE**

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Sono uno psichiatra e neurofarmacologo all'Università Cattolica di Roma e do il benvenuto a tutti i partecipanti a questa sessione della Conferenza.

E' una sessione purtroppo un po' sacrificata, sia nel tempo, sia nello spazio concesso. Inizialmente doveva durare tutta la giornata ma, per l'accavallarsi di altre sessioni, purtroppo si è dovuto contrarre il tempo. Quindi abbiamo a disposizione soltanto questa mattinata. I relatori per fortuna sono rimasti gli stessi. Purtroppo sono costretto a ridurre notevolmente il tempo degli interventi. Come prima presentazione e introduzione alla sessione avremo la relazione del dottor CLERICI, dell'Università di Milano, dopo di che ci sono una serie di interventi, alcuni richiesti dal Dipartimento degli Affari Sociali, alcuni dalle Regioni e altri che sono delle richieste fatte in anticipo dalle organizzazioni e dai servizi territoriali.

Per gli interventi richiesti dal DAS, parlerà la dottoressa Amedea LO RUSSO, il dottor Achille SALETTI e il dottor SEMBOLONI. Per quanto riguarda gli interventi invece richiesti dalle Regioni, parleranno il dottor MARGARON, il dottor ZANDA e la dottoressa ANTONELLI. Le partecipazioni che sono state prenotate alla segreteria organizzativa sono quelle del dottor Giuseppe NARDINI del CORA, del dottor Stefano VECCHIO di Napoli, di Don Michele BARBAN e della dottoressa Eddi PUTTINI.

E' già un grosso successo che finalmente si possa parlare di comorbilità in una Conferenza nazionale: dobbiamo accontentarci di questo e eventualmente darci un appuntamento, visto l'interesse, intanto alla prossima conferenza, ma forse è meglio dar-sene uno più vicino, che potrà essere a qualche congresso o dedicato specificatamente al problema o uno dei congressi delle società scientifiche che operano nel settore.

Allora, do la parola al dottor Massimo CLERICI dell'Università di Milano, che certamente conoscerete come uno degli esperti nazionali in tema di comorbilità, che parlerà di "Doppia diagnosi: realtà clinica o artefatto". Alla fine di questa sessione dovremo sintetizzare un documento che poi verrà riportato domani nella sessione Plenaria, al termine della Conferenza; questo documento sarà redatto appunto dal dottor CLERICI.»

Dott. Massimo CLERICI:- «Credo che di esperti in Italia ce ne siano molti, forse il vantaggio di alcuni di noi è quello di aver lavorato sul campo, nel corso di questi anni, per fare un'esperienza che fosse non soltanto teorica, ma anche clinica, direttamente con l'utenza, con i servizi che si sono occupati di questo problema, che hanno sperimentato

delle soluzioni che, come diceva prima Enrico TEMPESTA, forse nel nostro Paese arrivano un po' tardi o arrivano sull'onda di una serie di polemiche, di discussioni e conseguentemente hanno animato il dibattito talvolta anche sopra la soglia del dovuto. Credo che parlare di psichiatria nelle tossicodipendenze apra sempre un tema molto caldo, molto difficile. L'Italia ha una storia notevole di de-istituzionalizzazione, è uno dei Paesi pilota anche per l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel lavoro di riforma psichiatrica e conseguentemente l'applicazione di un discorso psichiatrico, ma d'ora in poi cercherò di chiamarlo psicopatologico, alla tossicodipendenza, indubbiamente stimola e apre moltissimi problemi sia sul piano teorico, sia su quello clinico.

Chiedo scusa ai presenti sul fatto che molte delle diapositive saranno in inglese, ma purtroppo i potenti mezzi dell'Università di Milano mi impediscono di avere le diapositive sempre in due lingue e conseguentemente, per questioni di risorse e di finanziamenti, si tende a utilizzare una versione unica.

In questa prima diapositiva sono segnalate alcune aree problematiche che la tossicodipendenza, intesa come disturbo, se vogliamo riferirci alle dizioni e alle nosografie attuali, che sono quelle del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali nelle sue diverse edizioni, che è stato un tentativo di configurare la diagnostica descrittiva psicopatologica nell'ambito delle tossicodipendenze, soprattutto nel corso degli ultimi anni, per la precisione nella seconda metà degli anni '70, e forse, per l'Italia, con la prima effettiva traduzione della terza versione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali fatta da MASSON nel 1980.

Vedete che questa diapositiva, che si riferisce a un editoriale uscito su LANCET, che è una delle più grosse riviste di medicina unanimemente riconosciuta per l'attendibilità scientifica e per la serietà in tutto il mondo, sintetizza quello che è un dibattito più che centenario ormai e quindi l'imponente mole di letteratura che in realtà noi troviamo a disposizione se vogliamo avvicinarci al problema di quella che oggi è più nota come Doppia diagnosi o comorbidità; due termini che sono appunto riferiti alla pubblicistica internazionale scientifica, non da tutti apprezzati, evidentemente, ma comunque sono ancora termini di riferimento e continuano a esserlo nella stragrande maggioranza dei lavori che troviamo in letteratura.

Quindi, il problema della doppia diagnosi o della comorbidità, nel campo dei disturbi da uso di sostanze, fa riferimento a quattro grossi filoni, sostanzialmente, che noi possiamo trovare in letteratura. Uno riguarda soprattutto i rischi di dipendenza, i rischi di assunzione e di consumo di sostanze in relazione ai bisogni di auto cura; c'è tutto un filone storico che arriva dalla psicoanalisi, che è applicato anche successivamente alle teorie sistemico-relazionali, quindi che ci apre una dimensione estremamente ricca e feconda di approfondimento e che ipotizza l'uso delle sostanze e i problemi legati all'uso delle sostanze in relazione ai bisogni di auto cura dei soggetti che ne fanno uso.

C'è un secondo filone, più squisitamente psicopatologico e con questo forse ci avviciniamo di più a questa dimensione attuale del DSM, che ci parla dei problemi correlati all'uso delle sostanze e conseguentemente, guardando proprio la diagnostica descrittiva del Manuale del DSM, quel grosso capitolo dei disturbi psichiatrici che poi li comprende tutti, sostanzialmente, che si riferisce ai disturbi indotti dall'uso delle sostanze, cioè ai disturbi che possiamo sinteticamente, forse un po' semplicisticamente, definire come i disturbi che si esprimono a seguito dell'impiego di sostanze e a seguito degli effetti psicoattivi che esse inducono a livello del sistema nervoso centrale.

Ci sono poi dei filoni un po' collaterali, ma che recentemente hanno fornito alcune indicazioni di interesse. Volevo darvi alcuni cenni di carattere generale, anche per proporvi alcuni dati della realtà italiana e non soltanto della ricerca internazionale, che abbiamo a disposizione. Però ci sono alcuni filoni abbastanza interessanti di ambito socio-psichiatrico soprattutto in relazione alle influenze che i coetanei, i gruppi di pari esercitano a livello del consumo di sostanze e della costituzione di stili di consumo, soprattutto in ambito giovanile. Questa sicuramente è un'area molto importante, che sta sotto il gran-

de cappello della doppia diagnosi e per la quale soprattutto, in termini di prevenzione, dovremo nel prossimo futuro pensare a delle strategie e a delle possibilità di rilevazione, anche epidemiologica, decisamente più attente di quelle che sono state fatte nel corso degli ultimi anni, in cui in realtà abbiamo conosciuto molto, ma conosciamo soprattutto degli utenti che afferiscono ai servizi; questo non è soltanto un problema italiano, ma è un problema che viene segnalato in letteratura. Abbiamo grosse conoscenze in relazione ai problemi di doppia diagnosi negli utenti che afferiscono ai servizi, indipendentemente dalle sostanze che essi utilizzano, abbiamo pochissime informazioni sul "sommerso" tossicomano o comunque degli utilizzatori e questo è un discorso che, in chiave psichiatrica, va enfatizzato e va sottolineato fortemente soprattutto perché, con il cambiamento degli stili di consumo rispetto alle sostanze e con la selezione di alcune sostanze che hanno degli effetti assolutamente importanti e talvolta anche drammatici sul sistema nervoso centrale, siamo probabilmente indirizzati verso un'area che conosciamo poco, ma che ci porterà molti pazienti e molti soggetti all'osservazione interessati dallo sviluppo di problematiche psicopatologiche, grazie soprattutto all'uso di quelle che vengono definite come nuove droghe.

Un quarto filone, che forse potrebbe essere più politico, se lo vogliamo intendere un po' anche alla luce delle turbolenze che hanno accompagnato l'esordio di questa Conferenza, è sulla possibilità che ci sia un percorso facilitato, un percorso agevolato verso un uso sempre più ampio di droghe, quindi verso dei consumi che sono orientati dalla poli - tossicodipendenze e che questo percorso poi proceda inevitabilmente attraverso l'uso iniziale di quelle che sono state definite per molto tempo droghe leggere e che ormai, nella manualistica descrittiva psichiatrica non si chiamano più così, perché sapete che nel DSM sono stati inseriti come disturbi da uso di sostanze tutte quelle che hanno effetti psicoattivi, dalla caffeina alla nicotina, fino a tutto lo spettro delle sostanze più problematiche e più "pesanti", almeno per come venivano intese molti anni fa.

Ormai ci sono delle indicazioni epidemiologiche molto importanti che riguardano sia l'uso delle sostanze nella popolazione generale; sappiamo che questo è il secondo problema nella popolazione generale, almeno per quelle che sono le stime americane fatte su fasce di persone molto ampie. Questo secondo problema "psicopatologico" porta all'attenzione nel corso della vita una quota intorno al 15% della popolazione generale, che ha all'interno sicuramente delle sacche o dei sottogruppi, che sono molto più interessati da problematiche psicopatologiche; se noi dovessimo fare una rilevazione epidemiologica nella popolazione, quantomeno in quella americana che ci offre delle possibilità di indagine abbastanza accurate, potremmo dire che nel corso della vita una quota intorno al 15% di soggetti manifesta problematiche in relazione all'uso delle sostanze, tali da poter essere diagnosticata per un disturbo da uso di sostanze comprendendo, sotto il cappello del termine disturbo, sia le problematiche di abuso, sia soprattutto quelle che ci interessano di più, di dipendenza, che più strettamente sono correlate anche ai danni che le sostanze stesse possono indurre nei soggetti.

Ci sono poi delle indicazioni sempre più frequenti che dicono che i soggetti con gravi disturbi psichiatrici - quindi pazienti che primariamente afferiscono ai servizi psichiatrici, ai servizi di salute mentale e non pazienti che si riferiscono, nella realtà italiana, ai servizi per le tossicodipendenze, che sono completamente separati dai servizi di salute mentale se non in alcune regioni italiane, che comunque non sono rappresentative del territorio nazionale - i soggetti tradizionalmente in carico ai servizi psichiatrici, gli schizofrenici, i soggetti con disturbi psicotici gravi o con disturbi bipolari, oggi hanno facilità di accesso al mercato e vengono riconosciuti potenzialmente come la popolazione più a rischio in termini sia di sviluppo di condizioni di abuso e di dipendenza, ma soprattutto in termini negativi in relazione all'evoluzione e alla prognosi della loro malattia psichiatrica.

Anche questo è un ulteriore filone di interesse che si apre negli anni duemila e per il quale i servizi psichiatrici, a mio parere, a tutt'oggi non sono ancora sufficientemente sen-

sibilizzati e che comunque porta ancora a grossi rilanci e a polemiche tra servizi psichiatrici e servizi per la tossicodipendenza, nel tentativo di identificare chi sono i referenti nella diagnosi e nel trattamento di questo tipo di pazienti.

Ci sono delle indicazioni in letteratura, se vogliamo fare un piccolo percorso retroattivo, che ci mostrano come storicamente, quando si parla di profili psicopatologici o di tipologie di tossicodipendenti in doppia diagnosi, ci si debba riferire ai criteri per i disturbi dell'umore con particolare attenzione alla depressione o, secondo le vecchie e tradizionali nosografie psichiatriche, ai disturbi un tempo definiti come psicopatie e sociopatie e che oggi invece vanno sotto la diagnosi DSM 3a. o DSM 4a., che è quella che attualmente utilizziamo, di disturbo antisociale della personalità.

Scorrendo la letteratura, però dobbiamo sempre fare attenzione sul fatto che la mancanza, per moltissimi anni, di criteri diagnostici standardizzati e confrontabili in psichiatria, unanimemente riconosciuti non solo dal punto di vista scientifico ma anche nella pratica clinica degli operatori dei servizi, ci abbia messo molto in difficoltà sulla possibilità di confrontare i risultati dei differenti studi che sono presenti in letteratura.

Se noi facciamo, sempre retrospettivamente, riferimento al decennio a cavallo tra gli anni '70 e la metà degli anni '85, il periodo in cui i primi criteri diagnostici strutturati hanno costituito la matrice per i criteri del DSM 3°, possiamo verificare come buona parte o la stragrande maggioranza degli studi a disposizione indichino, soprattutto sulle popolazioni di tossicodipendenti da eroina, una media tra un terzo e la metà dei soggetti per i quali può essere fatta una diagnosi di disturbo depressivo al momento della presa in carico; quando allarghiamo questa valutazione nel corso della vita, come tendenzialmente dovremmo fare sempre quando si valuta longitudinalmente un paziente che abbiamo in carico, questa distribuzione tra un terzo e la metà dei pazienti arriva fino a due terzi nella popolazione dei soggetti indagati, quindi con un impegno che in media porta a indicare come soltanto un 25/30 per cento massimo dei soggetti con problematiche di abuso e di dipendenza da sostanze, sia indenne da disturbi di ordine psicopatologico nel corso della vita in relazione a periodi di consumo sufficientemente lunghi.

Ci sono dei dati che provengono dal più grosso studio di epidemiologia applicato alle popolazioni generali in termini di disturbi psicopatologici negli Stati Uniti, che sono i dati di riferimento; purtroppo non abbiamo una casistica nazionale confrontabile, solo in Germania, nei paesi europei, è in corso una multicentrica nazionale che sia in grado di equiparare i dati di un paese europeo, con quelli degli Stati Uniti, che sono stati fatti a cavallo degli anni '80, a cavallo tra l'80 e il '90, per la precisione, su cinque grosse città americane. Questi dati ci dicono che si conferma, anche con il passare del tempo, il problema della depressione, dei disturbi dell'umore in questi soggetti e l'associazione con il disturbo antisociale e di personalità che risulta preminente all'interno dei disturbi di personalità dell'Asse Due che vengono indagati in relazione ai consumi da uso di sostanze. Evidentemente c'è un'ombra di tipo metodologico all'interno di queste indicazioni ed è soprattutto in relazione al fatto che le interviste strutturate per il disturbo antisociale di personalità rappresentino le interviste più valide e più ricche di sintomi e di criteri di inclusione e ci permettano quindi una fotografia più specifica, più dettagliata dei problemi dei soggetti che sono portatori di questo disturbo. Quindi, vedete, ancora una volta si pone sempre il problema dei criteri di lettura dei fenomeni che noi scegliamo, della alta specificità dei criteri in alcuni disturbi psichiatrici o della bassa specificità dei criteri soprattutto nei disturbi di personalità, che sono in crescita e interessanti, ma che non sono ancora sufficientemente definiti per poterci permettere delle indicazioni, di carattere generale, soddisfacenti.

Quindi sta di fatto che dobbiamo sempre porci, quando leggiamo una letteratura, in un'ottica molto critica e cercare di capire quali metodologie sono state utilizzate per la diagnosi e se quei campioni e quegli studi possono essere confrontabili con analoghi studi reperiti in letteratura, altrimenti l'uso diventa strumentale e, come tale, non soddisfacente dal punto di vista dell'epidemiologia generale delle popolazioni alle quali ci

avviciniamo.

Ci sono indicazioni molto interessanti in relazione all'area della personalità, nel momento in cui mettiamo in stretta correlazione i disturbi di personalità in senso lato. Il Manuale diagnostico fa riferimento a dodici disturbi diversi, divisibili per tre grosse aree, tre cluster principali che sono: il più vicino alla schizofrenia, quello inerente le difficoltà di controllo degli impulsi, cluster B, che è quello più rilevante, al quale appartiene, come dicevo prima, il disturbo antisociale di personalità e il cluster ansioso depressivo, che è in grande espansione, perché pesca sempre di più nella popolazione generale e nella maggiore facilità di accesso alle sostanze che la popolazione generale e i giovani hanno attualmente, e indirizza sempre di più soggetti con profili a bassa severità di disturbo di personalità, come sono quelli del cluster C, verso l'uso delle sostanze e probabilmente verso i problemi che ciò comporta.

Nel momento in cui andiamo a vedere l'area dei disturbi di personalità, ci accorgiamo che c'è una grossa correlazione in termini epidemiologici; il 60 per cento dei soggetti in media, dalla letteratura, con disturbi da uso di sostanze ha una possibilità di diagnosi o di co - diagnosi in relazione ai disturbi di personalità, con una grande rilevanza, oltre al disturbo di personalità antisociale, di quello che è un disturbo che gli operatori conoscono molto bene perché molto spesso è la fonte maggiore di rimpalli tra operatori dei servizi psichiatrici e operatori delle tossicodipendenze, cioè il cosiddetto disturbo borderline di personalità che fa riferimento al cluster B, cioè quello della difficoltà di controllo degli impulsi.

Nell'attuale situazione epidemiologica, questi sono i due disturbi di personalità che ci interessano moltissimo. Il disturbo borderline, anche in termini di criteri predittivi, di predittori di gravità, è quello che ci interessa molto, perché stanno sorgendo tutta una serie di studi che ci dicono che la presenza, nella fase adolescenziale o addirittura infantile, di manifestazioni di deficit nel controllo degli impulsi, di iper reattività all'ambiente, di difficoltà familiari, di prime manifestazioni anche aspecifiche di disagio psicologico, soprattutto su base impulsiva, con atti di violenza, con aggressività iper o auto lesiva, è un criterio forte di predittività verso l'insorgenza successiva di un disturbo borderline di personalità e soprattutto è un criterio che ci permette un collegamento stretto con l'impiego delle sostanze in una fase molto precoce. Ancora una volta l'epidemiologia ci dà delle indicazioni cliniche di tipo predittivo che possiamo utilizzare anche in chiave di prevenzione.

Ci sono quindi dei marker che sono attualmente importanti da utilizzare e sono di tipo epidemiologico, la presenza dei disturbi di personalità, o in chiave di prognosi negativa, la cosiddetta diagnosi multipla, non più doppia diagnosi o tripla diagnosi, come alcuni oggi tendono a utilizzare, ma una diagnosi multipla in soggetti con uso di sostanze, disturbi di personalità soprattutto della fascia del cluster B e presenza invece di disturbi di sindromi cliniche psicopatologiche di Asse Uno, quindi disturbi dell'umore, manifestazioni psicotiche, disturbi da ansia. Questo spettro di situazioni è estremamente ampio e, come vi dicevo, prognosticamente negativo per la capacità di stare in trattamento e per la capacità di utilizzare favorevolmente il trattamento erogato e in più è uno spettro sul quale ancora una volta in chiave metodologica, di diagnostica descrittiva, siamo ancora abbastanza fragili; ci sono dei sistemi di diagnosi, quelli attuali, descrittivi, che mostrano sicuramente molte falle e anche i propugnatori, coloro che hanno spinto nel corso di questi anni l'adozione dei manuali cosiddetti descrittivi od operazionali come il DSM, ci danno delle indicazioni molto forti e molto enfatiche sulla necessità di arrivare a una diagnosi parallela, non solo di tipo categorico, ma anche di tipo dimensionale, che ci permetta di conoscere meglio l'evoluzione e la copresenza di questi disturbi, nel momento in cui osserviamo delle personalità così gravemente disturbate e che, in più, manifestano anche dei sintomi psicopatologici così clamorosi, come potrebbe essere un episodio depressivo maggiore, un episodio maniacale o una manifestazione psicotica. In realtà, nella letteratura attuale, esistono dati fortemente incerti sul fatto che le associa-

zioni che noi verifichiamo nella clinica tra i due disturbi, cioè da un lato il disturbo da uso di sostanze e le condizioni di abuso e di dipendenza, le condizioni psicopatologiche che vengono determinate dall'uso di sostanze e la cosiddetta psicopatologia primaria diano, offrano una chiara indicazione di ordine causale. Non siamo ancora in grado di fare delle valutazioni di questo tipo e quindi il fenomeno a tutt'oggi è ancora in buona parte sconosciuto e quello che noi possiamo dire nel momento in cui parliamo di doppia diagnosi, di comorbidità nelle tossicodipendenze, è che probabilmente esistono delle sovrapposizioni di sintomi o delle correlazioni tra fattori di rischio che osserviamo nella pratica clinica, ma che non possiamo utilizzare ancora in termini di comprensione eziologica dei fenomeni. Possiamo utilizzare, e questo credo sia molto confortante per gli operatori, in chiave di predittività, che questo assetto psicopatologico ci offre ormai in modo abbastanza chiaro sia sulle capacità di tenuta di questi soggetti all'interno dei trattamenti, sia sull'evoluzione nel tempo del loro disturbo, sia sulla prognosi a distanza di quanto succede.

Nel momento in cui ci avviciniamo agli alti utilizzatori dei servizi, che sono poi ancora per l'80 per cento eroinomani in carico, che hanno problemi di aderenza ai programmi e che vengono gestiti con politiche di trattamento sostitutivo in cronico, ci avviciniamo ancora di più a dei dati quasi complessi, quasi unitari in relazione alla comorbidità. Vi parlavo prima di un 60% sulle grosse popolazioni di tossicodipendenti nel momento in cui parliamo di eroinomani in trattamento presso i servizi; questa percentuale può essere alzata fino all'80/85 per cento, riducendo ancora di più la quota dei soggetti tossicodipendenti definibili come puri, cioè indenni da manifestazioni psicopatologiche rilevanti.

Questi dati in realtà non ci dicono che questi soggetti sono persi e credo che questo innesci, anche alla luce delle discussioni fatte ieri, una facile polemica o discussione sulle nostre potenzialità di cura, in quanto anche i pazienti "cronici" che sono curati con lunghi trattamenti sostitutivi, richiedono l'erogazione di interventi in parallelo oltre a quelli di tipo farmacologico e psicofarmacologico, quindi oltre alla sostituzione metadonica e oltre agli psicofarmaci che servono per stabilizzare le manifestazioni psicopatologiche; da tutta la letteratura viene segnalato come anche questa popolazione tragga benefici abbastanza rilevanti dall'approccio consulenziale, dall'inserimento in trattamenti psico-sociali, comunque da quello che viene definito sotto il termine ombrello di trattamento multi modale.

Anche questo è un aspetto in positivo, ottimistico della letteratura che ci propone delle possibilità di cura anche per i soggetti a massima severità psicopatologica e che più difficilmente stanno agganciati ai servizi.

Ci sono alcuni dati italiani che mi sembra importante citare, che alcuni gruppi di lavoro hanno valorizzato, già dall'inizio degli anni '80, anche grazie a un interessante finanziamento che purtroppo, come capita spesso in Italia, non è mai più stato ripetuto, quello del Consiglio Nazionale delle Ricerche, che ha fatto negli anni '80 un progetto Prevenzione e medicina preventiva, all'interno del quale c'era un sotto progetto Tossicodipendenze, che ha alimentato tutte le ricerche forse più interessanti nel nostro Paese. Sono ricerche finanziate per cinque anni, il che vuol dire che molti di questi gruppi sono riusciti a lavorare per ben dieci anni, un periodo minimo per poter valutare quello che succede a tossicodipendenti agganciati ai servizi: non è possibile fare ricerche che durino un anno o due anni ed avere delle indicazioni cliniche interessanti.

I gruppi di TEMPESTA a Roma, il nostro gruppo di Milano e il gruppo di Pierpaolo PANI a Cagliari, collegato all'Istituto di farmacologia di GES hanno dato delle indicazioni abbastanza confortanti in relazione alla omogeneità di quanto avveniva nella letteratura anglosassone, soprattutto in quello stesso periodo. La popolazione italiana di tossicomani, pur in realtà geografiche e cliniche molto diverse, di servizi, di comunità terapeutiche, di SERT, come quello di Cagliari che è stato uno dei primi in Italia a lavorare in questa direzione, ci danno delle indicazioni molto sovrapponibili a quelle della letteratura.