

Convivere con la cronicità ed evitare la cronicizzazione attiva: le apparenti contraddizioni dei linguaggi.

Laura Tidone, direttore Dipartimento delle Dipendenze ASL di Bergamo

I termini cronicità e cronicizzazione nascono nel lessico sanitario. L'area socio-sanitaria – grazie ad essa siamo qui - ci definisce, ci remunera, sancisce il nostro diritto di esistere ed in essa dobbiamo riportare, necessariamente, i sistemi di senso, i significati, le ideologie, i miti e le narrazioni di ciascuno di noi. Un accenno va posto al problema tanto attuale di eticità nell'attribuzione di risorse in sanità, problema che attraversa in modo drammatico tutti i Paesi occidentali. Troviamo, una prima volta la parola *limite*. Le priorità e le remunerabilità sono definite dalla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi, i trattamenti sono orientati alla riduzione dei costi e all'aumento della qualità misurabile. Ciascuno di questi termini sottende altrettanto complesse articolazioni che mirano a correlare i benefici ai costi diretti e indiretti.

Nello specifico settore delle dipendenze patologiche l'Italia gode, al momento, di una situazione particolarmente favorevole. I nostri servizi pubblici sono ritenuti i più ricchi del mondo per dotazioni di organico multiprofessionale: nella maggior parte degli altri Paesi le risorse attribuite e rimborsate si limitano alla componente sanitaria. Analoga situazione favorevole esiste per le comunità terapeutiche italiane. Il modello più diffuso all'estero prevede il rimborso da parte del sistema sanitario pubblico per percorsi residenziali molto brevi (un mese) o, in alcuni Paesi, per la sola ospedalizzazione.

La premessa è rilevante per porre il senso ed *limite* alla definizione di cura, di cronicità e di cronicizzazione.

Perché oggi, ovunque, la cura delle dipendenze (tralasciamo i consumi, materia ben distinta) è nel contenitore sanitario?

La tossicodipendenza, lo sappiamo, è definita dall'OMS (accanto a molte altre definizioni, in un'ottica *et et* e non *aut aut*) “patologia cronico recidivante” e, come tutte le patologie – che hanno eziopatogenesi medica, psicologica e sociale – si può avvalere di trattamenti ambulatoriali o residenziali validati e misurati in efficacia ed efficienza. Intendo dire che il *trattamento* non è, in base ai criteri di buona prassi sanitaria, buono o cattivo, ricco o povero di per sé. Altri saperi sanno riflettere sui contenuti delle relazioni umane. Il trattamento, semplicemente, merita investimento di denaro pubblico prioritariamente, ad esempio, rispetto all'assegnazione di protesi perché se ne può misurare l'efficacia e l'efficienza. Torna il *limite*.

Gli operatori delle équipes devono, quindi, confrontarsi con il paradigma di “malattia”, termine di riferimento del codice paterno che provvede alla loro sopravvivenza. La malattia, peraltro, rappresenta una situazione, spesso frutto di concause, non di raro *prevalentemente* psicologiche o sociali, che vanno a determinare una situazione di sofferenza o di grave disagio. La tossicodipendenza è definita *patologia cronico recidivante*. Possiamo dividerlo?

Il termine “patologia”, etimologicamente da *pathos*, significa studio della sofferenza. Patologia **cronico** recidivante è, dunque, definizione equivalente di *situazione di grave sofferenza nella biografia individuale, che può ripresentarsi a fasi alterne per tutta la vita*. Le due accezioni semantiche ed epistemologiche sono integrate faticosamente dagli operatori che tendono ad attribuire ai termini cronicità e cronicizzazione significati per nulla razionali e fortemente connotati di significati etici.

La definizione di *malattia* contribuisce, pur con il proprio limite – nessuna definizione è mai completamente esaustiva per una sofferenza individuale - a ribadire il *diritto di cittadinanza*, in qualità di malati, a soggetti che sono considerati “diversi”, emarginati e quindi, fundamentalmente, da allontanare, da negare o da rinchiudere. I sistemi di classificazione di ambito sanitario, spesso così angusti per gli operatori, sono, per certi versi e in alcuni contesti politici, forte garanzia e tutela della libertà dei cittadini.

Rendono chiari i limiti, ad esempio, tra diversità o dissenso - che spesso condurrebbero a richiedere allontanamento dal contesto sociale - e patologia che indichi, al contrario, il diritto ad una cura.

Conosciamo la storia di sofferenza e l'evoluzione dell'immaginario collettivo per le persone portatrici di handicap, per i malati psichiatrici - non ultimi e da poco tempo, i depressi.

Il concetto di patologia (nel senso di *pathos*) ha sostituito, poco a poco, altre letture: il vizio, la tara, la "mancanza di carattere"... e, di conseguenza, il concetto di cura appropriata - e remunerata - ha preso il posto di interventi vari di coercizione, di reclusione o allontanamento o, nel migliore dei casi, di *caritativa*, di *rieducazione* o di *recupero*.

Gli operatori dei servizi devono, quindi, misurarsi con due nodi insiti nel sistema: le problematiche di dipendenza sono state riconosciute dal SSN quali situazioni che necessitano di interventi garantiti e remunerati dallo Stato; tali interventi vanno misurati relativamente all'efficacia, secondo l'adozione di indicatori - limitati e imperfetti - ma necessari, come per tutte le attribuzioni di denaro pubblico in sanità.

Le dipendenze sono, quindi, patologie **cronico** recidivanti (situazioni di sofferenza e di grave disagio che possono ripresentarsi, a fasi alterne, per tutta la vita). Su questo punto l'integrazione diventa facile e solo forti pregiudizi semantici possono riscontrare antinomia tra le due definizioni.

La "guarigione" definitiva è possibile per circa un terzo dei soggetti trattati. Qui il tema è complesso. Il termine guarigione è improprio e mal interpretato. Non esiste, infatti, ambito di sofferenza umana in cui la "guarigione", intesa come eliminazione definitiva di ogni dolore, sia l'unico obiettivo perseguibile. L'ambito sanitario stesso ci ricorda che oltre il 70% degli interventi raggiunge obiettivi riferibili al miglioramento della qualità o della durata della vita. Se le dipendenze si risolvono definitivamente in circa il 30% dei soggetti, sia che siano trattati nei servizi residenziali che in quelli ambulatoriali - così ci confermano 35 anni di letteratura di follow-up correttamente eseguita e riproducibile - esistono, altrettanto importanti e misurabili, obiettivi di miglioramento di qualità della vita e della salute. L'accudimento e l'accompagnamento della **cronicità**. La capacità di sorridere, di vivere in un contesto familiare adeguato, di mantenere un'attività lavorativa stabile e soddisfacente, di intrattenere relazioni affettive e sociali gratificanti, la consapevolezza di sé e del senso della propria storia, l'assenza o la riduzione di sofferenze fisiche o psichiche, sono gli obiettivi che ogni operatore, pubblico o privato, si deve porre nel contesto della relazione.

Il costo va correlato ai benefici raggiungibili ed agli obiettivi di miglioramento della qualità della vita perseguibili in ogni particolare fase. Un trattamento residenziale può essere inappropriato, costoso, ed a volte **cronicizzante**, così come un trattamento ambulatoriale può essere inappropriato, insufficiente e **cronicizzante**. Un servizio residenziale che accogliesse un adolescente consumatore di cannabis accanto ad anziani alcolisti o a soggetti con doppia diagnosi psichiatrica produrrebbe un intervento umanamente e scientificamente mostruoso, così come produrrebbe cronicità se non avesse come primo obiettivo l'autonomia totale delle persone. Analoghe considerazioni di possibile **cronicizzazione** possono essere formulate per un servizio ambulatoriale che non inviasse ad una struttura residenziale un soggetto privo di relazioni affettive, lavorative, sociali e di minima autonomia nella quotidianità.

La valutazione delle fasi di cronicità e l'evitamento della cronicizzazione dipendono esclusivamente da una corretta diagnosi puntuale. Scientifica, fondata su criteri e strumenti definiti dalla letteratura internazionale, che altro non è che il consenso laico più ampio possibile in divenire.

Anche nel nostro settore la scienza della *misura* include, ad esempio, la classificazione diagnostica secondo sistemi codificati e la valutazione degli indicatori di risultato, freddi ma precisi strumenti capaci di definire un limite ed un risultato misurabile. L'appartenenza degli operatori a diversi ambiti affettivi e storici produce una situazione conflittuale che riconosce, da una parte, l'interesse per qualche sistema di controllo o di valutazione, dall'altra la priorità della propria storica visione di sistema e la garanzia della - nonostante tutto - sopravvivenza perché.. siamo bravi così, perché noi, si sa, funzioniamo. E la presenza di "fan" non aiuta il percorso.

Per accudire la cronicità e per evitare la cronicizzazione è indispensabile garantire la capacità di tutti, in base alle evidenze diagnostiche, di avviare i soggetti al trattamento più indicato in ogni fase della vita. Non spaventiamoci: la diagnosi, in fondo, è la sintesi dei saperi e delle discipline di tutti

gli operatori che da vicino – con e per – hanno *compreso* e formulato un'ipotesi di lavoro con una persona sofferente e che il trattamento – l'insieme di ciò che si fa con e per in base a un progetto in continua ridefinizione - è termine formalmente adottato per definire un insieme di “prestazioni” coerenti e continuative al fine della remunerazione: la sintesi, è ovvio, comprende tutti i saperi, le culture, i paradigmi che interpretano e guidano il senso di ogni relazione umana di aiuto.

E' importante ricordare che l'elemento di valutazione (out-come in termini tecnici) dell'efficacia dell'intervento, trattandosi di una patologia cronica, che spesso accompagna tutta la vita, non è legato esclusivamente all'astinenza o alla “guarigione”, così come l'opinione pubblica si aspetterebbe. La valutazione è mirata al raggiungimento degli obiettivi definiti dal programma che, spesso, si riferiscono al raggiungimento di una migliore qualità di vita, all'acquisizione di abilità, alla possibilità di reinserimento sociale. Il fantasma della “guarigione” o astinenza da raggiungere a costo di cronicizzare è, tuttavia, presente in tutti, alimentato, certamente, dalle aspettative del contesto esterno.

Il termine cronicizzazione implica un processo *attivo o passivo* che ha inappropriatamente impedito di raggiungere obiettivi migliori perseguibili, al di là dell'astinenza o della *guarigione*.

Se un servizio per le dipendenze dimentica *passivamente* di proporre, accanto ad un trattamento farmacologico, supporti psicologici e sociali adeguati, può produrre cronicizzazione.

Una comunità, apparentemente con drop-out molto contenuto, potrebbe, al contrario, *attivamente* accogliere soggetti con basso indice di gravità, per un intervento non sempre appropriato. Una patologia di abuso lieve, recente e non complicata può, talvolta, subire un rinforzo e un peggioramento proprio a causa di un trattamento residenziale svolto accanto a soggetti già fortemente compromessi. Anche il reinserimento nel *circuito* di cura come operatore è spesso cronicizzante.

Se un Ente residenziale, al contrario, accoglie soggetti fortemente problematici, con lunga storia di ricadute alle spalle, spesso stabilizzati in trattamento farmacologico, complicati da doppia diagnosi psichiatrica, con obiettivi perseguibili contenuti, quell'Ente non produrrà cronicizzazione e sarà indispensabile, proprio per la sua tipologia, al miglioramento della qualità della vita di molte persone.

La storia italiana di rapporto pubblico-privato, è segnata da un'antica contrapposizione tra diverse tipologie di trattamento, (ambulatoriali e residenziali) che in altri Paesi non esiste: pubblico e privato hanno disponibilità per ogni tipo di trattamento in funzione della diagnosi, dei bisogni del soggetto e dei costi-benefici.

Sono, fortunatamente, ormai lontani i tempi che hanno profondamente segnato la nostra storia, in cui i trattamenti farmacologici erano vissuti in contrapposizione assoluta con qualunque altro tipo di intervento psicosociale. I farmaci contaminavano il diritto all'onnipotenza, alla *purezza*. La gran parte delle strutture residenziali accoglie ora soggetti stabilizzati in trattamento farmacologico e nessuno psicologo dei Sert ritiene ormai criterio di esclusione la terapia con farmaci. In analogia ad altri farmaci utilizzati, ad esempio in psichiatria – depressione, ansia – sia in contesti di psicoterapia che di residenzialità, la logica dell'aut-aut sembra in via di sepoltura definitiva.

Resta come un senso di disagio, di cosa proibita per qualche attinenza lontana e inconscia con la sfera della vita che attiene al piacere.

E' qui la radice della fatica che ci impedisce di lavorare serenamente come sappiamo fare per un paziente depresso ed è qui che nasce il maggior peso di **cronicizzazione** attiva causata da trattamenti inappropriati.

Il tema è la ricerca del piacere e il rapporto con esso di ciascuno di noi. Il confine per il nostro lavoro, il limite entro cui operare è dato, da una parte dalla libertà, per ogni uomo, di poter scegliere liberamente ciò che si riferisce alla propria ricerca di piacere e di benessere, dall'altra dall'evidenza di difficoltà sempre più gravi ed estese nella sua capacità di vivere e di progettarsi nel futuro. Possiamo accompagnare la cronicità, sorprenderci, qualche volta, per la “guarigione” ma, soprattutto, evitare le cronicizzazioni legate alla nostra incapacità di lavorare per et et e non aut aut

o al nostro voler mantenere linguaggi etici sul destino di chi dobbiamo semplicemente curare con professionalità ed umanità.