

Matteo Iori

La comorbilità: le patologie correlate alla tossicodipendenza.

Come il titolo della sessione di lavoro esplicita in modo chiaro, il nostro fine è riflettere sulle patologie correlate alla condizione di dipendenza da sostanza, e il mio in particolare, in quanto proveniente dal mondo delle comunità terapeutiche, sarà quello di soffermarmi soprattutto su ciò che le patologie multiple significano all'interno di ogni sistema di accoglienza, sia esso un progetto, un servizio o una comunità.

Ritengo utile partire con una domanda: che cos'è la patologia? Una definizione che mi pare particolarmente appropriata al nostro campo di lavoro è quella data dal vocabolario della lingua italiana "De Voto Oli", qui la patologia è una: "**anormale condizione** dell'organismo causata da alterazioni organiche o funzionali ad andamento evolutivo verso la morte, la guarigione, o una nuova **diversa condizione di vita**". E' proprio su questa "diversa condizione di vita" che ritengo utile centrare il ragionamento; la condizione di vita del tossicodipendente dove, nei casi di comorbilità, alla già difficile emancipazione da una sostanza che rende dipendenti fisicamente e/o psicologicamente, si abbina un'ulteriore difficoltà delle condizioni di vita data dalla presenza di almeno un'altra malattia "invalidante".

Se una delle malattie è la tossicodipendenza o Disturbo da Uso di Sostanze come direbbe il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), occorre definire meglio quale sia l'altra.... Parlare di comorbilità nel 1990 significava soprattutto parlare di tossicodipendenza e AIDS, parlare di comorbilità nel 2000 significava soprattutto parlare di tossicodipendenza e patologie psichiatriche, parlare di comorbilità alle soglie del 2010, cosa può significare?

E soprattutto: le domande che potremmo porci riuscirebbero a darci risposte utili per migliorare concretamente il nostro lavoro quotidiano? Se anche solo pensassimo alla comorbilità come all'abbinamento di problemi di dipendenza e di patologie psichiatriche, sorgerebbero già numerosi interrogativi per rispondere ai quali potremmo stare a lungo a discutere....

Da un punto di vista epidemiologico potremmo notare che i casi di comorbilità psichiatrica stanno aumentando in modo importante negli ultimi anni... ora questo può portarci a diverse ipotesi: è davvero aumentata la gravità psichiatrica degli utenti dei servizi, oppure la maggior professionalizzazione del sistema pubblico-privato ha permesso di discernere meglio e individuare le diverse morbilità, e quindi l'aumento non è tanto del numero dei casi, quanto della professionalità che ci ha permesso di individuare meglio problematiche complesse?

Da un punto di vista eziologico potremmo interrogarci sulla domanda se la comorbilità psichiatrica sia dovuta ad una malattia mentale sottostante che ha poi spinto il soggetto vulnerabile ad abusare di droghe, o se sia stata la dipendenza a rendere più vulnerabile il soggetto trascinandolo nell'area della patologia psichiatrica.

Probabilmente potremmo proseguire nel porci tante altre domande sull'origine della comorbilità, sull'analisi separata di ogni tipo di patologia per individuarne le cause primarie, su eventuali collegamenti con i problemi dei neurotrasmettitori a veicolare le informazioni tramite la trasmissione sinaptica, e forse prima o poi questo ci permetterebbe di avere finalmente un quadro chiaro...

Ma se il nostro fine è ragionare su come migliorare i servizi di accoglienza e di aiuto rivolti agli utenti con più patologie correlate, siano essi all'interno delle comunità terapeutiche o degli ambulatori o negli interventi di strada e di riduzione del danno, probabilmente è più utile spostarsi da una logica epidemiologica ad una visione psicosociale. Spostando il centro del ragionamento potremmo ipotizzare che la parola **comorbilità** alle soglie del 2010 rappresenti qualcosa di diverso dall'individuazione di una specifica malattia abbinata alla tossicodipendenza, e potremmo considerare il fatto che vada sempre, e forse per sempre, interpretata **come un sistema complesso** all'interno del quale non avrebbe senso un risultato dato dalla somma di due patologie; un sistema nel quale 1 più 1 non fa 2, ma fa "altro". Se individuiamo la comorbilità come questo "altro" e la

definiamo come una **“compresenza di fattori aggravanti”** capiamo bene che questi non possono, o meglio non dovrebbero, essere affrontati come singoli; una risposta singola non riesce a tenere conto della complessità che invece dovrebbe essere caratteristica di ogni nostra risposta nel campo delle dipendenze, tanto in quelle legate all'uso di sostanze, quanto in quelle che con le sostanze nulla hanno a che vedere, come ad esempio: il gioco d'azzardo, anch'esso ufficialmente con possibili prodromi patologici in quanto inserito nel DSM come Disturbo nel Controllo degli Impulsi.

In quest'ottica non è più determinante la risposta sul perché vi sia stato un aumento dei casi di patologie correlate, sia esso per un peggioramento generale degli utenti o per il frutto di un'evoluzione di professionalità e di una maggior capacità di analisi, bensì diviene fondamentale chiedersi quale sia stato il grado di evoluzione delle risposte che in teoria dovrebbero essere state conseguenti a questo aumento.

Se accettiamo il fatto che sia importante riuscire a cogliere la complessità delle domande, diventa anche necessario poter offrire una complessità nelle risposte; ma questo ovviamente sottende alla disponibilità di tutti gli attori a porre in essere cambiamenti sostanziali.

Essere disponibili a cambiare lo status delle cose e gli interventi nei quali ognuno di noi lavora diviene la priorità per affrontare il fenomeno delle comorbilità. E' necessario che il Sistema pubblico-privato delle dipendenze si renda maggiormente disponibile ad un lavoro che ingaggi maggiormente anche gli Enti Locali che, attraverso la gestione dei propri servizi sociali e di prevenzione, spesso si trovano a lavorare con i nostri stessi utenti. E' necessario che i Sert si pongano l'obiettivo di migliorare le proprie capacità di funzionamento, riuscendo ad andare verso questi utenti gravosi senza attendere che siano loro ad andare ai Servizi, ad esempio attraverso una maggior capacità di lavoro di strada e di territorio, o attraverso una maggior modularità dei giorni e degli orari di apertura. E ovviamente anche le Comunità, se intendono davvero lavorare con la complessità insita nelle comorbilità, devono riuscire ad individualizzare meglio i programmi cercando, pur con fatica, di trovare l'equilibrio fra la necessaria standardizzazione dei percorsi, che è fondamentale per la gestione di un luogo di vita coabitato da tanti, e l'altrettanto necessaria personalizzazione e differenziazione degli stessi percorsi. Ma come individualizzare un programma all'interno di una struttura che deve, per ovvi motivi, generalizzare? Probabilmente cominciando col rinunciare alla comodità dell'idea di un modello unico; il che non significa affatto che ciò comporti la rinuncia ai modelli.

In un'ottica di sistema integrato per la gestione delle diverse patologie correlate alla tossicodipendenza, acquistano quindi un nuovo significato tutti i percorsi esistenti: dalle strutture superspecialistiche per doppia diagnosi, alle comunità di vita come luoghi di “lungo degenza”, non certo come unica risposta per le tossicodipendenze, ma come ulteriore possibilità più adeguata a certe patologie e problematiche. Del resto la vita dei pazienti psichiatrici non è spesso fatta di inserimenti che si ripetono per anni? Nella personalizzazione dei trattamenti dovrebbero acquistare sempre più spazio nuove modalità professionali e nuovi percorsi; nuove modalità professionali sono ad esempio quelle degli operatori delle comunità o dei servizi di strada che devono continuare ad accogliere la persona ponendosi come strumento prioritario l'ottica educativa, ma consci dei significati delle connessioni con le patologie psichiatriche; nuovi percorsi sono invece quelli costruiti sulla differenziazione importante dei programmi terapeutici all'interno di un'unica struttura, o sono anche quelli che riescono a dare significato a percorsi misti, dove ad una fase trattamentale specifica e specialistica, può seguire una fase volta ad un accompagnamento molto più lungo, più proprio di una comunità di vita, dove questa però si deve configurare come una struttura che effettua, sì percorsi di lunghissima degenza, ma in un'ottica di apertura al territorio, di semi autonomia e dove il fulcro del trattamento non è più unicamente sulla sostanza, ma sulle abilità residue e dove la struttura resta socialmente tutelata ma senza aver bisogno delle regole e delle rigidità tipiche di un modello ormai vecchio per la gestione oculata del significato di comorbilità alle soglie del 2010.