

Medicalizzare le Antenne: uno sviluppo inevitabile?

Ignazio Cassis

Introduzione

L'Antenna Icaro è un servizio ambulatoriale socio-educativo per tossicodipendenti, le cui sedi sono a Bellinzona e a Locarno. Da 20 anni questo Servizio, figlio della politica della droga degli anni '70, svolge con passione il proprio mandato, assicurando un punto di riferimento per ogni persona confrontata con il problema "droga". Il Sottoceneri dispone di un analogo Servizio (Antenna Alice), appartenente ad una diversa associazione, e dispone di due sedi, una a Lugano e una a Chiasso. Entrambi i servizi sono diretti e gestiti essenzialmente da operatori sociali ed educatori, con rare eccezioni. Dal profilo giuridico sono servizi privati, ma quasi interamente finanziati dallo Stato. A 20 anni dall'apertura della sua sede, Icaro traccia un bilancio. I festeggiamenti prevedono anche un pomeriggio di studio per tentare di comprendere il passato e immaginare il futuro. La direttrice - signora Barbara Stämpfli Broggi - mi ha cortesemente invitato a proporre le mie riflessioni e mi ha assegnato un tema d'attualità, che da anni provoca inquietudine tra gli operatori delle Antenne: **occorre medicalizzare questi servizi?** Occorre cioè introdurre la medicina, la psichiatria, il metodo scientifico nelle Antenne?

Questa domanda sottintende una lettura del fenomeno "droga", ben diversa da quella che inizialmente - 20 anni or sono - era stata data e che fedelmente è stata sinora mantenu-

ta. Una lettura che va oltre la visione del tossicodipendente quale "disadattato sociale" necessitante di accompagnamento e inquadramento educativo. Una lettura che vede nel tossicodipendente anche il paziente, cioè il malato in preda a un comportamento compulsivo (la ricerca della droga) che non riesce a dominare. Un malato i cui meccanismi neuropsicologici sono dissestati, la cui salute mentale e fisica è compromessa e la cui cura deve posare su fondamenti scientifici espliciti. Insomma una malattia che, proprio perché così difficilmente curabile, sia oggetto di ricerca più che di dibattito politico. Una malattia da affrontare alla stessa stregua delle altre.

Ovviamente affrontare questo tema di fronte a un pubblico di soli operatori sociali richiede una buona dose di temerarietà, perché parto da un linguaggio e da un quadro contestuale in larga misura non condiviso. Ho tuttavia colto questa sfida, accettando di buon grado il ruolo di turbatore dell'ordine stabilito. L'ho colta proprio perché sono convinto che occorre aprire una nuova fase storica - anche nel nostro Cantone - nell'affrontare e gestire il fenomeno "droga".

Medicalizzare

Confesso che il termine "medicalizzare" mi piace poco. Medicalizzare rima con colonizzare e la tendenza a voler medicalizzare ogni azione del

quotidiano vivere mi preoccupa. La tristezza è depressione, l'alopecia solo una patologia curabile del cuoio capelluto, la mancanza di "voglia" un disturbo della funzione sessuale e l'obesità un disturbo metabolico. Quando l'infelicità diventa malattia, la medicina ne diventa la risposta. In questo paradigma che sfiora la mitologia, trova la sua fortuna il business medico-farmaceutico. La medicina, invece di dichiarare irricevibili queste richieste, le asseconda e talvolta addirittura le genera (si pensi al fenomeno del Viagra). Ciò può bastare a chiarire la mia posizione sulla medicalizzazione della società, particolarmente marcata nel settore psichiatrico ("psichiatria"). Una società sempre più composta da iatrogeni normopati, necessitanti di psicoterapia preventiva.

Ma se questo è vero, l'esatto opposto mi preoccupa ancor di più. La persistenza di una visione esclusivamente psicosociale delle persone dipendenti da sostanze psicotrope è sintomo d'oscurantismo, e rappresenta un grave errore per la cura di questi malati.

Addiction is a brain disease

Per abbandonare il paradigma riduttivo della tossicodipendenza è utile affermare forte e chiaro che "la dipendenza è una malattia cerebrale". Un'affermazione finalizzata a frantumare la monolitica visione sociopsicologica e irriducibilmente

“antimedica” di questo disturbo. Un concetto perfino tautologico, uno slogan, per scuotere le tradizionali ancora ideologiche. Addirittura una sorta di contro-ideologia. L’obiettivo è di indurre detrattori e fautori di una lettura neurobiologica a rivedere i propri pensieri: i primi affinché prendano finalmente atto di quanto ci hanno insegnato le neuroscienze in quest’ultimo decennio, i secondi affinché considerino le infinite sfumature della natura umana.

Certamente esiste il pericolo dello scontro frontale e la paura dei “danni collaterali”, per usare la metafora bellica. D’altro canto sono davvero troppi gli anni - più di 10 nella mia sola esperienza - durante i quali si sono cercati improbabili compromessi, si sono promesse efficaci reti terapeutiche, si è vaneggiato sulla necessità di collaborazione tra medici e Antenne, con il convincimento insensato che in queste due agenzie socio-sanitarie vi fosse tutto il know-how per curare adeguatamente i vecchi tossicodipendenti e i nuovi consumatori di sostanze psicotrope.

La particolarità della tossicodipendenza

Diversamente dall’alcoolismo, da sempre considerato come una degenerazione delle abituali modalità di rapporto con le bevande alcoliche, l’abuso di sostanze stupefacenti si è innestato violentemente nel contesto sociale e culturale degli ultimi 30 anni.

La Società, totalmente impreparata nel gestire la diffusione delle droghe, fornisce allora risposte sostanzialmente emotive e affida la reazione a questo “incendio” a santoni alimentati da rappresentazioni sociali eroiche. Di fronte all’impellenza dell’agire le risposte date sono definitorie e ap problematiche. Ne scaturisce una descrizione monolitica della tossicodipendenza, che offre un’inquadra-

tura dei tossicodipendenti in categorie ideologiche poco adeguate a descrivere la realtà con le sue infinite sfumature. E’ l’epoca dei **cliché**.

E’ anche l’epoca della lettura prevalentemente ideologica - piuttosto che professionale - sia del fenomeno sia dell’organizzazione del sistema di risposta allo stesso. Una lettura causata da un insieme di anomalie storiche italiane, ma che influenzano anche il dibattito nel nostro Cantone:

- 1 Il perdurare nell’opinione pubblica - ben oltre la durata fisiologica riscontrabile in altri Cantoni e Stati - di un dibattito acritico e ascientifico sulle cause del fenomeno e sulle opzioni terapeutiche¹.
- 2 La “ritirata” della psichiatria dal campo dell’abuso di droghe (profonda crisi della psichiatria italiana è dibattito sulla cosiddetta “anti-psichiatria” degli anni ‘70).
- 3 Il ruolo surrogante assunto dal “privato sociale” a causa delle incertezze sugli orientamenti dell’assistenza sociopsichiatrica pubblica.
- 4 Più tardi, negli anni ‘90, la crescente crisi delle risorse finanziarie destinate al settore sanitario e sociale, la sua riorganizzazione su base aziendale e l’irreversibile mutazione di processi di finanziamento “a inaffiatoio”, che avevano caratterizzato l’area delle tossicodipendenze nell’ultimo decennio².

Fino nell’ultimo decennio del XX secolo prevale quindi un modello di cura affermatosi negli anni ‘70 e caratterizzato - in definitiva - dall’assenza della sociopsichiatria, dal rifiuto della classe medica di occuparsene, dall’impronta moralizzatrice dell’intervento, dalla visione socioassistenziale, da un approccio esclusivamente umanistico-solidarista e da una repressione penale.

Con gli anni ‘90 - complice l’epidemia di Aids e le scene aperte della

droga - si fa strada un dibattito nazionale che modifica questa visione della tossicodipendenza e la completa con nozioni derivanti dalle neuroscienze e dalla psichiatria transalpina³. Il Ticino oppone dapprima un fermo rifiuto, che vede proprio in alcuni enti socioeducativi la sua più qualificata espressione. Poi, nella seconda metà degli anni ‘90, le votazioni popolari fanno girare il vento e consolidano una politica federale inizialmente osteggiata. Inizia qui anche il periodo di crisi e introspezione delle Antenne, il cui modello operativo appare superato.

Un nuovo modello di cura

L’avvento di una concezione anche biologica della tossicodipendenza, intesa come malattia cronica e recidivante del cervello, è accompagnato dalla nascita di nuove discipline scientifiche. Nasce la *Medicina delle dipendenze* e, attraverso l’espedito della doppia diagnosi o della comorbilità, si assiste al recupero della risorsa e della competenza psichiatrica: nasce l’*Addiction Psychiatry*.

Non è più possibile immaginare interventi di cura - collettivamente finanziati - che non sappiano coniugare e integrare, all’interno di un unico piano terapeutico, almeno le tre dimensioni seguenti:

- dimensione **biologica-clinica** (fenomeni di autostimolazione, neuroadattamento, craving, vulnerabilità biologica)
- dimensione **psicologica-relazionale** (preesistente o conseguente all’uso di sostanze)
- dimensione **sociale-contestuale** (definizione dei fattori rischio)

Per curare queste tre dimensioni, soprattutto nell’assistenza socio-sanitaria rivolta ai pazienti più difficili, bisogna prestare attenzione ai diversi pericoli sempre presenti: équipe monoprofessionali - è il caso delle

antenne e degli studi medici -, procedure burocratiche, pseudoreti, assenza di continuità, ecc.).

In questo nuovo contesto storico, caratterizzato da una visione della tossicodipendenza decisamente più aperta alle neuroscienze e alla medicina, le Antenne cercano una nuova identità. Esse non possono che evolvere verso ambulatori medicalizzati, ambulatori nei quali l'approccio interdisciplinare possa offrire al paziente tossicodipendente la miglior risposta sociosanitaria possibile a un prezzo sostenibile per la collettività. Questo nuovo modello di cura segna simultaneamente la fine della generica assistenza sociale e l'inizio dell'adozione del **metodo scientifico**.

L'applicazione del metodo scientifico quale impalcatura dell'intervento curativo presuppone un'adeguata formazione e un continuo aggiornamento. Oggi il ritardo nello sviluppo delle competenze professionali, basate sui risultati della ricerca scientifica condotta a livello internazionale, è grave. L'intervento curativo deve inoltre avvantaggiarsi delle differenze professionali e gli operatori arricchirsi vicendevolmente della diversa lettura di territori comuni. Ma l'intervento deve nutrirsi anche di attività di ricerca, svolte nella rete cantonale e nazionale, grazie alle quali operare quel necessario confronto su concetti e metodi, senza il quale una risposta a qualsiasi bisogno sociosanitario oggi non può più essere considerata seria.

Il dibattito deve in definitiva spostarsi dal piano ideologico-politico a quello scientifico-organizzativo: valutazione dell'efficacia dei modelli di cura, definizione d'indicatori di risultato, analisi costo-efficacia, ricerca d'elementi predittivi per l'esito, ecc. Un simile spostamento gioverebbe anche al dibattito politico, illuminandolo.

Non la semplice aggiunta dunque di un medico all'équipe, non la linea telefonica diretta con lo psichiatra consulente, né tanto meno l'apporto

del singolo e certamente competente psicoterapista. No, non basta. Ci vuole una profonda mutazione, un cambio di paradigma, una nuova modalità di lavoro e una nuova organizzazione.

Diverse vie sono immaginabili allo stato attuale: un'accresciuta collaborazione e/o una progressiva integrazione nei servizi sociopsichiatrici territoriali? Oppure una crescita autonoma verso ambulatori interdisciplinari che sappiano proporre con competenza tutto quanto appena descritto? Ogni soluzione solleva problemi di fattibilità culturale, finanziaria, scientifica e tecnologica. Qualunque sia la via scelta, il presupposto del successo sta nella capacità di sapersi legittimare agli occhi dei propri pari, cosicché essi riconoscano all'ambulatorio il ruolo di centro specialistico, cui indirizzare con fiducia i propri pazienti, i propri utenti e i propri clienti. Insomma, si tratta di una grande sfida, entusiasmante, ma tutta da vincere!

Conclusioni

Tutto sbagliato? Tutto da gettare? No, certamente!

Chi volesse leggere in questo senso la presente analisi sbaglierebbe o sarebbe in cattiva fede. Ho proposto una lettura disincantata, certamente poco consona alla retorica dei festeggiamenti di un compleanno. Ma nel contempo ho tentato di indurre il lettore a esplorare quelle vie della mente dalle quali rifuggiamo, per paura, per pigrizia, per inconsapevolezza.

Ciò che possiede il nostro Cantone è il risultato di un'evoluzione, che ha una sua evidente giustificazione storica. Occorre guardare al futuro senza per questo gettare il bimbo con l'acqua sporca. Ho tentato di illustrare che cosa l'Antenna Icaro, piuttosto che sparire, potrebbe fare nei prossimi 10-20 anni e spiegare perché è ora di girare pagina.

E' ben possibile che quanto ho detto e scritto sia falsificato dalla storia: nessuno sa oggi come sarà il Ticino del 2010 o del 2020. La programmazione del futuro si fonda sulla lettura del presente e sull'analisi del passato: ed è ciò che ho tentato di fare.

Dott. Ignazio Cassis
Medico cantonale

¹ Si pensi per esempio al dibattito interminabile e nocivo sulla validità di strumenti terapeutici (metadone da un lato, comunità dall'altro), vissuti da molti operatori come risposte „totalizzanti“. Dato in pasto ai media, ha finito con l'impovertire gli strumenti stessi.

² Mutazioni intervenute essenzialmente a livello federale (in particolare per l'assicurazione invalidità), mentre immutato permane - nel corso degli anni '90 - il sistema di finanziamento cantonale.

³ Consapevolezza del fatto che l'abuso e la dipendenza da sostanze psicotrope rappresentano una patologia del comportamento, che investe la dimensione biologica e psicologica della persona nel suo rapporto con la sostanza.