

I servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: cambiamenti clinici e organizzativi negli ultimi venti anni

The public services for drug addiction in Italy: clinical and organizational changes in the last 20 years

Rosolino Vico Ricci*, Luigi Ferrannini**

**Psichiatra e Psicoterapeuta, Libero Professionista. Già Direttore del Dipartimento Dipendenze e Dipartimento Salute Mentale e SERT ASL 5 "Spezzino", La Spezia. "Spezia Salute".*

***Psichiatra, Professore a contratto Università di Genova, Past Presidente Società Italiana di Psichiatria.*

Parole chiave: tossicodipendenza, epidemiologia, complessità diagnostica, presa in carico, trattamenti

RIASSUNTO

Negli ultimi 20 anni la tipologia del consumo di sostanze si è modificata in modo sostanziale. Nuove sostanze (cocaina, anfetaminici, sostanze di sintesi, ecc.) si sono aggiunte alle vecchie (oppiacei, cannabis, alcol, nicotina), determinando condizioni di poli abuso e di modelli di abuso (consumi abbondanti, ripetuti in varie occasioni mensili o settimanali), tali condizioni non sono meno problematiche della dipendenza classica.

Studi e ricerche hanno aggiunto molte conoscenze rispetto alla comorbidità del disturbo da uso di sostanze con altre patologie psichiatriche e mediche, così come in ambito neurobiologico.

I trattamenti delle dipendenze da oppiacei si sono stabilizzati e se ne è verificata l'efficacia. Allo stesso tempo si sono determinate quali cure psicoterapeutiche e riabilitative sono risultate più idonee (l'indirizzo cognitivo comportamentale, in particolare) sebbene non con assoluta certezza; è nota la difficoltà al trattamento farmacologico dell'abuso di cocaina, cannabis ed altre sostanze in particolare di sintesi.

Si è posto in modo cogente il problema dell'approccio precoce al disturbo. Nonostante tali acquisizioni modelli organizzativi di servizi innovativi e integrati, fanno fatica a diffondersi nel panorama nazionale.

Keywords: drug addiction, epidemiology, diagnostic complexity, taking care, treatments

Autori per corrispondenza: Rosolino Vico Ricci, e-mail vicoricci@tin.it; Luigi Ferrannini, e-mail aferrannini@libero.it

SUMMARY

Over the last 20 years, the substance use type has radically changed. Adding new substances (cocaine, amphetamine, synthetic substances, etc.) to the old ones (opiates, cannabis, alcohol, nicotine) has caused conditions of poly abuse and new patterns of abuse (monthly or weekly repeated large consumptions). These conditions aren't less problematic than those linked to the classic addiction.

Studies and research have added great knowledge of comorbidity of substance use disorder with other psychiatric and medical conditions. A lot of knowledge about this has been reached in the neurobiology field too.

Furthermore, opiate-addiction treatments have now stabilized and their effectiveness has been verified. At the same time, the most appropriate psychotherapeutic and rehabilitative care has been determined (the cognitive behavioural approach, in particular), although without absolute certainty. The treatment complexity of cocaine, cannabis and other substance abuse, in particular the synthetic ones, is well known.

Finally, the problem of early approach to the disorder has been placed with emphasis. Despite all these acquisitions, organisational models of innovative and integrated services are still struggling to spread to the national scene.

1. Introduzione

Nel corso degli anni, intercorsi dalla prima vera sistematizzazione dell'organizzazione dei servizi per le dipendenze, sostanzialmente dal 1990 (DPR 309/1990) (1), ad oggi, circa 25 anni, si sono avute molte difficoltà ad avere un panorama organizzativo omogeneo tra le differenti regioni di fatto i servizi (SERT, allora Servizi per le Dipendenze oggi. "... Con la Legge 79 del 2014 sono stati rinominati i servizi pubblici: Ser.D. – servizi pubblici per le dipendenze. Tale modificazione evidenzia il cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto a questi servizi: non si tratta più di assistere tossicodipendenti, principalmente da eroina, ma di fornire servizi di elevata specializzazione a soggetti con diverse tipologie di patologie da dipendenza, sia da sostanze illegali e legali che con dipendenze senza sostanza ..."). (2) hanno avuto impostazioni anche assai differenti tra Regione e Regione ed anche all'interno dello stesso ambito regionale; differenze che di fatto, per alcuni versi, sono presenti ancora oggi.

Come in altri settori che si occupano dei disturbi mentali (psichiatria, neuropsichiatria infantile, ecc.) nel nostro paese linee di indirizzo operative di ordine clinico-organizzativo, basate sulle evidenze, non sono state di fatto mai emesse, lasciando quindi alla iniziativa Regionale, in alcuni rari casi, o delle ASL, o del singolo operatore del singolo servizio il *modus operandi* nella presa in carico e nella cura delle persone con dipendenza da sostanze; basti pensare alla "ideologica" diatriba metadone sì - metadone no, alla contrapposizione tra la somministrazione di sostitutivi a mantenimento o a scalare, situazioni che per anni hanno consumato energie nelle varie fazioni per uno scontro alla primazia; in tutto questo pesanti influenze politiche ideologiche, dei governi di turno, e religiose hanno determinato, nel nostro paese, un imponente rallentamento del metodo scientifico all'approccio alle dipendenze; alcune idee pregiudiziali sono ancora presenti in operatori dei servizi. Inoltre, la diffusa presenza di strutture residenziali, le comunità terapeutiche, con impronta enormemente ideologica e prive di agire scientifico, almeno fino a pochi anni or sono, hanno portato ad altri scontri tra operatori delle varie fazioni:

basti pensare ad alcune idee come, “far toccare il fondo ... aspettare la motivazione ... non si entra se non si è disintossicati ... l’obiettivo è non prendere alcun tipo di droghe ... devi stare chiuso per un tempo indeterminato ... sappiamo noi come si deve fare ... rispetta le nostre regole se vuoi restare ... e così via”, che avversavano altre come la necessità di avere approccio anche con chi non aveva ancora intenzione di cambiare, cercare un approccio motivazionale, aggiustare i dosaggi dei sostitutivi in relazione alla competenze metaboliche del paziente, e così via.

Tutto quanto sopra, e altro non citato per brevità, ha portato nel nostro paese, pur in un contesto di una diffusa rete di servizi pubblici e privati convenzionati, unica in Europa, ad un rallentamento impressionante di un approccio scientifico al nodo delle dipendenze; nonostante questo il variegato mondo delle dipendenze ha anche messo in atto molte esperienze, sia pubbliche che private, di modelli di lavoro, basati sulle conoscenze scientifiche e sull’orientamento alla qualità ed alla valutazione.

Momenti cruciali evolutivi sono stati alla fine degli anni '90 l’epidemia dell’infezione da HIV, la costituzione dei dipartimenti nel successivo decennio e, infine, l’acquisizione della presenza di una complessità diagnostica che non poteva fermarsi alla sola presenza di una condizione di dipendenza da una o più sostanze.

Rispettivamente nel primo caso si è dovuto porre mano alla prevenzione del consumo venoso delle sostanze, all’accesso a “bassa soglia” ai servizi, al corretto uso dei sostitutivi, nel secondo alla progettazione di una rete di servizi, sulla base del fatto che differenti dipendenze avevano bisogno di differenti cure e di articolate e multi disciplinari azioni; da ultimo, il terreo caso ha costretto gli operatori a mettere in atto l’idea che la dipendenza non è una diagnosi tossicologica a sé, “pulita”, ma si costella di un “infinito” mondo di condizioni psichiche che affliggono l’individuo e quindi una diagnosi complessa e multipla.

Infine, un cambio di rotta sulla comprensione dei meccanismi biologici alla base della dipendenza sono state e continuano ad essere le acquisizioni nel campo della neurobiologia dei neuroni e delle neurotrasmissioni su cui interagiscono le sostanze stupefacenti.

2. Breve nota epidemiologica

Un cenno molto breve per un confronto tra la situazione odierna e quelle di dieci anni orsono. Le priorità di azione di ordine clinico (presa in carico, diagnosi e trattamento) erano già ben evidenziabili dai dati epidemiologici redatti sia a livello Europeo (Relazione Annuale sul Fenomeno delle Droghe in Europa – 2006, OEDT) (3) sia Nazionale (4), in quel tempo si consideravano in primo piano le seguenti problematiche:

- La discesa dei prezzi, dimezzati nel periodo 2001 - 2006, per alcune sostanze come la cocaina, con conseguente facilitazione del consumo.
- La riduzione dei decessi per droga. I quali dopo un trend in discesa nell’ultimo anno (2005) erano in lieve risalita e non dovuti agli oppiacei.

- La cannabis e il suo utilizzo in adolescenza era in costante e forte espansione, i consumi assumevano le modalità tipiche della dipendenza.
- L'emersione del consumo di cocaina era oramai un dato di fatto, il nostro paese si collocava al terzo posto in Europa.
- Il contenimento del consumo di anfetaminici, che restavano un evento particolarmente legato ai luoghi di divertimento la cui frequentazione, in ogni caso, è un fattore di rischio per inizio di uso di sostanze.
- I nuovi modelli d'assunzione d'alcolici erano quelli legati all'abuso periodico collegato al consumo, in associazione, di altre sostanze, in particolare in epoca giovanile.
- Una questione particolare era il problema delle donne e uso di sostanze, esse, infatti, erano spesso madri (23%, OEDT, 2006), e molte di esse non si recano ai servizi. Tra i decessi si contavano il doppio delle donne rispetto agli uomini.
- Le poliassunzioni erano un evento in espansione che pose particolari difficoltà di trattamento.
- L'eroinopatia, era connessa con la cronicità e la doppia diagnosi. L'uso di oppiacei per via non venosa era di nuovo in ascesa, dopo un lieve rallentamento degli anni precedenti.
- Si rilevava un incremento dei minorenni che accedevano al Servizio Pubblico (si osservava un incremento del 57% dal 2004 al 2006).
- Particolari aspetti assumeva il consumo di sostanze tra le popolazioni migranti e che si trovavano a vario titolo nel nostro paese.

Nella relazione annuale 2016 dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (5) si osservano le seguenti note:

- "... Attualmente il consumo di droga in Europa interessa una serie di sostanze più ampia che in passato. Fra i consumatori di stupefacenti è diffusa la poliassunzione e i modelli individuali di consumo vanno da quello sperimentale a quello abituale, fino alla dipendenza. In generale, il consumo di stupefacenti è solitamente maggiore tra i maschi, e questa differenza è in genere accentuata per i modelli di consumo più assiduo e regolare. La prevalenza del consumo di cannabis è circa cinque volte superiore a quella di altre sostanze. Benché il consumo di eroina e di altri oppiacei rimanga relativamente modesto, queste continuano a essere le droghe più comunemente associate alle forme più dannose di consumo, compreso quello per via parenterale".
- "... La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. ... I modelli di consumo della cannabis vanno dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente ...". In Italia dopo un incremento di consumo nel 2008 e una discesa nel 2011, nel 2015 ci si riporta oltre i livelli del 2006 (dal 15 % dei consumatori nell'ultimo anno tra i 15 ed i 34 anni si risale quasi al 20%).
- "... La cocaina è la sostanza stimolante illecita più consumata in Europa, benché il suo consumo sia più diffuso nei paesi meridionali e occidentali del continente...". Il fenomeno

interessa in modo consistente l'Italia.

- Il consumo di MDMA si era ridotto negli anni scorsi, rispetto al picco del 2000, ma "... negli ultimi anni le fonti di monitoraggio situate in vari paesi hanno segnalato nuovi sviluppi nel mercato europeo dell'MDMA, indicando tra l'altro un aumento del consumo...". Nel nostro paese la situazione rimane stabile nel corso degli anni con percentuali attorno allo 0,5% della popolazione tra i 15 ed i 34 anni.
- "... L'oppiaceo illegale consumato più frequentemente in Europa è l'eroina, si può fumare o assumere per via nasale o parenterale. Si fa abuso anche di altri oppiacei sintetici, come il metadone, la buprenorfina e il fentanil ... Se l'eroina resta l'oppiaceo più comunemente consumato, l'abuso di oppiacei sintetici è sempre più diffuso. Nel 2014, 18 paesi europei hanno segnalato che oltre il 10 % di tutti i consumatori di oppiacei, sottoposti al trattamento specialistico, lo ha fatto per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dell'eroina: si tratta di un aumento rispetto agli 11 paesi del 2013. Tra gli oppiacei segnalati dai pazienti in trattamento figurano il metadone, la buprenorfina, il fentanil, la codeina, la morfina, il tramadol e l'ossicodone. In alcuni paesi gli oppiacei diversi dall'eroina sono ormai le droghe più comunemente consumate tra i pazienti in trattamento... La prevalenza media del consumo di oppiacei ad alto rischio tra gli adulti (15-64 anni) nel 2014 è stimata allo 0,4 %, l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori di oppiacei ad alto rischio in Europa ...". La situazione del nostro paese dal 2008 a oggi vede dati altalenanti con, allora, un tasso stimato attorno al 5,5 per 1000 abitanti che scende a 4,2 e sale al 2015 al 5 circa.
- Nella stessa relazione si pone l'accento sulla seguente questione: "... nuove sostanze sono state associate a una serie di danni gravi in Europa, inclusi gli avvelenamenti acuti e i decessi. Vi sono inoltre danni associati ai modelli di assunzione per via parenterale, in particolare con stimolanti quali mefedrone, alfa-PVP, MDPV e pentedrone. Gli avvelenamenti di massa, per quanto rari, possono mettere in difficoltà i sistemi sanitari. In uno di questi episodi, segnalato in Polonia nel 2015, i cannabinoidi sintetici sono stati messi in correlazione a oltre 200 ricoveri ospedalieri di emergenza in meno di una settimana. Dall'inizio del 2014 i gravi danni associati all'uso di una nuova sostanza hanno portato a 34 allarmi in materia di salute pubblica lanciati dall'EMCDDA ai membri del sistema di allerta rapido dell'UE. In questo lasso di tempo sette nuove sostanze sono state sottoposte a una valutazione dei rischi. Più di recente i timori si sono concentrati sui nuovi oppiacei come l'acetilfentanil, che nel 2015, dopo essere stato associato a 32 decessi, è stato oggetto di una relazione congiunta di EMCDDA ed Europol. Molti tipi di fentanil sono estremamente potenti e possono essere spacciati per eroina ai consumatori inesperti, comportando un elevato rischio di overdose e decesso".

La comparazione, seppur breve, tra due periodi mette in evidenza sostanzialmente che:

- Esiste un problema legato al consumo di cannabis, in primo piano in ogni paese, compresa l'Italia, che non cede il passo, attraversa i decenni e produce nuove necessità di trattamento,

in particolare l'associazione cannabis (resina o foglia) a tabacco determina la doppia dipendenza con la complicità tipica del danno organico da fumo (vasculopatie, neoplasie, altre patologie polmonari).

- La cocaina è la seconda sostanza più assunta, con stabilizzazione, e oscillazione scarsa, dei consumi nel corso degli anni considerati; pone seri problemi di trattamento, non sono ancora stabilizzate terapie farmacologiche e tutto si gioca in ambito psicoterapico e psicoeducazionale.
- La dipendenza da oppiacei (eroina) non cede il passo, nel corso degli anni, resta la sostanza - escluso l'alcol e il tabacco - che più di ogni altra richiede trattamento e porta i consumatori ad occupare il primo posto tra i pazienti dei servizi pubblici e privati.
- Il gruppo delle metamfetamine, resta prevalentemente confinato nelle occasioni di "svago", non si evidenzia un accesso ai servizi per il trattamento esclusivo di tale comportamento.
- Il consumo di alcol, in questo contesto non è affrontato, dal punto di vista epidemiologico, si fa cenno allo stabilizzarsi del comportamento adolescenziale e giovane adulto del consumo stile "binge drinking", spesso associati ad altre sostanze (MDMA, Cocaina, ecc.).
- Un posto a parte, e nuovo, deve essere dato a sostanze sintetiche come i cannabinoidi di sintesi, i catinoni, alcuni oppioidi utilizzati anche a scopo terapeutico come analgesici.
- Occorre ricordare lo sviluppo incessante, negli ultimi dieci anni sia della dipendenza da gioco sia della dipendenza da mezzi informatici, fenomeni che abbisognano di approcci specifici.
- Il nodo della condizione di dipendenza associata ad altri disturbi psichiatrici è ancora in primo piano; così come la politossicodipendenza, la specificità femminile e il fenomeno della dipendenza tra gli immigrati. Un posto particolare deve essere dato all'assistenza dei tossicodipendenti in carcere e all'applicazione delle relative norme sanitarie, che seppure datate, sono state applicate, ancora non ovunque, solo recentemente.
- Resta irrisolto l'annoso, e spinoso, tema del tempo di latenza tra l'insorgenza del consumo e l'accesso alle cure, un po' per tutte le sostanze; anche in questo caso restano necessarie azioni specifiche, con competenze particolari cui si farà cenno più avanti.

3. Nuove evidenze cliniche

In relazione a quanto sopra esposto si possono effettuare alcune considerazioni di ordine clinico; in particolare riguardo alle prassi cliniche in contesto ambulatoriale territoriale, sui temi seguenti.

3.1. I decessi

I decessi per droga sono passati da 551 nel 2006 a 305 nel 2015, nel nostro paese, la caduta dei tassi non è così in altri paesi Europei ad esempio la Gran Bretagna; inoltre nel nostro caso sono quasi tutti dovuti a sovradosaggio di oppiacei, mentre in altri paesi sono rappresentati di più la cocaina, i catinoni e gli oppiacei di sintesi.

Queste brevi note si prestano per osservare che:

I decessi sono in netto calo nel corso del decennio (in alcuni anni passati si assisteva a piccole riprese del fenomeno), non sono però fenomeni scomparsi. “La causa del decesso è stata attribuita nel 2015 in 101 casi all’eroina, in 37 alla cocaina, in 3 al metadone, in 2 all’amfetamina, in 2 ai barbiturici, 1 all’hashish e all’M.D.M.A. (ecstasy); in 158 casi la sostanza non è stata indicata. L’eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi” (6). Il merito di tale contrazione è legato al fatto che i servizi sono ampiamente diffusi sul territorio nazionale e negli ultimi anni, circa dieci appunto, hanno adottato una politica di accesso a “Bassa Soglia”, di “Riduzione del Danno” e di trattamento con sostitutivi, in particolare metadone a lungo termine.

Restano aperte alcune questioni: l’attività di informazione sui rischi connessi all’uso di sostanze, l’ulteriore accentuazione della diffusione delle pratiche di “Accoglienza a Bassa Soglia” ad indirizzo “Motivazionale” (7), abbisognano di ripresa e sviluppo; inoltre, la giusta dotazione di personale e la ripresa e sviluppo delle pratiche di “Accoglienza in Strada” sono da rimettere al centro dell’attenzione degli operatori e dei decisori politici. Restano poi aperte le necessarie azioni verso il rischio di mortalità per uso di cocaina, di associazioni alcol – cocaina, l’uso di stimolanti di varia categoria, di cannabis sintetica e di tutte le sostanze di sintesi, così come le poliassunzioni. Si tratta, da parte dei servizi per le dipendenze, di riprendere azioni informative e di prevenzione, così come di dare nuove indicazioni ai servizi per l’emergenza.

3.2. L’adolescenza

Molti punti sopra descritti afferiscono alla questione dell’adolescenza; il consumo precoce di cannabis e alcol (ma, anche di tabacco), il lungo tempo di latenza tra inizio del consumo e la presa in carico, l’esordio precoce complesso di patologie psichiatriche evidenziate o complicate da uso di sostanze (8-11), il fenomeno del “binge drinking” (12), che si accompagna con frequenza a intossicazioni acute gravi da alcol o dal complesso alcol-anfetaminici, alcol-sedativi, alcol- cocaina e così via; sono molto frequenti gli interventi su quelle acuzie in epoca adolescenziale da parte dei servizi per l’urgenza, fenomeno diffuso, a volte mortale, cui non seguono azioni di presa in carico.

In questo caso si rende necessario, mettere a punto modelli di presa in carico precoce, in sedi opportune ed in collaborazione con le altre agenzie sanitarie che si occupano di psichiatria dell’adolescenza; tali prassi sono, nonostante le dichiarazioni di necessità, non diffuse, non formalizzate, non indicate come vincolanti per il Servizio Sanitario Nazionale. Il punto centrale è, dal punto di vista clinico, l’approccio precoce ai disturbi cognitivi e alle psicopatologie indotte da sostanze; tali condizioni necessitano sia di luoghi, sia di strumenti diagnostici e di cura particolari (la valutazione cognitiva, la valutazione dei disturbi di personalità, la diagnosi differenziale tra disturbo indotto e esordio di psicopatologia, ecc.).

3.3. La prassi consolidata del consumo diffuso di cocaina

I SERT o Ser.D, oggi, sono ben capaci di fronteggiare la questione oppiacei, ma ancora “poco

esperti” di fronte alla dipendenza da cocaina; si pongono questioni diagnostiche particolari, come gli effetti cognitivi e l’induzione di psicopatologie di tipo psicotico e molto caratterizzate da impulsività e aggressività, il tutto a fronte di non specifici trattamenti farmacologici e articolati metodi di cura, in particolare di tipo cognitivo – comportamentale.

Un nodo aperto è la creazione, o meno, di unità sperimentali di cura per il cocainismo. In realtà nel corso degli anni in alcune realtà si è sperimentato l’apertura di settori specifici per il trattamento della dipendenza da cocaina, i risultati non sono noti e, in ogni caso, resta una pratica limitata, la causa di tutto questo è in molta parte alle difficoltà di risorse da parte dei servizi.

Occorre ricordare la bassa percentuale, sebbene crescente, di consumatori di cocaina che sono in cura presso i servizi. Queste sintetiche riflessioni portano a considerare che nel corso degli anni dopo una iniziale attivazione di percorsi di cura, formazione e creazione di spazi specifici per l’approccio ai problemi connessi all’uso di cocaina, il modello della specializzazione non si diffuso ed il rischio di ricondurre tutti i trattamenti nel primo modello del SERT che tutto accoglie è ritornato in auge.

3.4. Tossicodipendenza e genere

Come è noto il disturbo da uso di sostanze colpisce in misura molto minore il sesso femminile, sebbene vi siano differenze di tassi di prevalenza tra le varie sostanze (ad esempio, cannabinoidi rispetto a oppiacei); in ogni caso quando il problema è presente esistono alcune peculiarità, al di là degli effetti delle sostanze sono da tener presente le seguenti situazioni:

Il maggior rischio di subire violenza, fisica e/o sessuale, da parte delle femmine, sia dal partner (in genere anch’esso tossicodipendente), sia dai pari.

La maggior facilità a contrarre gravidanza rispetto alle coetanee non tossicodipendenti; quindi una minore attenzione al comportamento sessuale rischioso, in senso lato, e il minore uso di sistemi contraccettivi (13).

La condizione di frequente maternità comporta una particolare intensità e specificità di presa in carico, rispetto al concomitante uso di sostanze, alle procedure di mantenimento con sostituitivi oppure alla riduzione dei dosaggi se esiste una dipendenza da oppiacei, ancora complessa risulta l’assistenza se esiste una dipendenza da alcol o a più sostanze, in cui si associa essere madre e allo stesso tempo consumatrice di sostanze. Anche in questo caso una peculiarità è la valutazione del rischio di violenza all’interno della coppia.

Un ulteriore elemento è l’assistenza alla madre nel puerperio e nel periodo peri e post natale; infatti elevato è il rischio di non competenza genitoriale, con importanti rischi di distorsione evolutiva nella prole.

Questo punto attiene ad una specifica prassi di cura, che comporta azioni di prevenzione delle gravidanze inattese e precoci, di supporto specifico alle gravidanze, alla maternità e all’allevamento dei bambini, questi, è noto, sono sottoposti frequentemente a rischi di distorsioni evolutive (14-15). Questo punto porta a necessarie riflessioni riguardo alla operatività dei servizi per le dipendenze nella relazione con quelli di neuropsichiatria infantile e consultoriali, che

saranno fatte più sotto.

3.5. Politossicodipendenza, nuove sostanze e intossicazioni acute

Il punto attiene ad una questione di complessità terapeutica, anche farmacologica, della poliasunzione; ai problemi di gestione delle urgenze, in particolare in ambito ospedaliero, condizione che riguarda spesso la poliasunzione episodica in ambito adolescenziale e giovanile. Inoltre, la necessità di valutare, dal punto di vista clinico, le conseguenze psicopatologiche a breve lungo termine connessa alla poliasunzione ed alle ripetute intossicazioni acute e sub acute.

Si apre, allora, una questione di affinamento delle competenze diagnostiche e cliniche (16).

Ad oggi procedure standard per l'approccio alla cura della politossicodipendenza, della gestione delle acuzie e della presa in carico successiva, non sono formalizzate anche se, periodicamente, in relazione ad eventi drammatici si pone la necessità delle buone competenze.

3.6. La complessità diagnostica e la cosiddetta "doppia diagnosi"

Per molti anni si è lavorato pensando che la diagnosi di dipendenza fosse molto semplice, evidente: davanti a me c'è una persona che usa sostanze (oppiacei, cocaina, alcol, tabacco, ecc.) ed ecco la definizione del problema è fatta, spesso non compariva, la diagnosi, nemmeno sulle cartelle cliniche, il frontespizio della stessa (U.O. SERT, S.C. SERT, ecc.) configurava (etichettava) la diagnosi. Ci si è resi conto con il passare degli anni, lasciando progressivamente da parte definizioni ideologiche semplificanti e cariche di pregiudizio, perdendo spesso occasioni di crescita e di "valore" clinici, che non tutto era così semplice; si è iniziato ad affinare la diagnosi tossicologica, la diagnosi di personalità e si sono cercati i precedenti clinici alla dipendenza, osservando quindi il problema delle persone in termini evolutivi, scoprendo in molti casi che disturbi di personalità e altri disturbi psichiatrici precedevano e si complicavano con il determinarsi del comportamento dipendente.

A quel punto era inevitabile immaginare che le cure, e i percorsi di prevenzione, dovevano tener conto di tali acquisizioni; è stato così ovunque? È così oggi? Certamente no, infatti molto è ancora da fare.

3.7. La cronicità

Il nodo della cronicità è evidenziato dall'età di molti pazienti, che supera i 40 - 50 anni, a volte ancora di più; molti di noi sono entrati al lavoro da giovani, magari negli anni '80, hanno trovato ragazzi da curare e li hanno accompagnati nel corso della loro esistenza, questi ancora oggi sono in trattamento e lo saranno ancora per anni.

La malattia, detta da anni ad "andamento cronico recidivante", comporta necessità assistenziali complesse e a lungo termine; facciamo l'esempio di un paziente bipolare, con una dipendenza da alcol e magari una personalità borderline, egli pone evenienze, di ordine terapeutico - riabilitativo articolate che coinvolgono aspetti sociali, cure sanitarie ambulatoriali a volte residenziali, nuove per le strutture che tipicamente si sono occupate di disturbo da uso di sostanze. Tali condizioni hanno bisogno di servizi competenti nella diagnosi e nel trattamento a lungo termine, multi organizzati e fortemente multi professionali. Si pone il nodo delle residenzialità attrezzate

e le relazioni con i servizi psichiatrici sia ambulatoriali, sia ospedalieri (SPDC), sia residenziali (CT), flessibili e interattivi, con sistemi valoriali condivisi (tutti i pazienti sono uguali e hanno pari diritti).

3.8. Tossicodipendenza negli immigrati

I servizi per le dipendenze sono avvezzi ad assistere immigrati, in particolare nord africani, in ambiente penitenziario, in particolare, ma anche ambulatoriale e residenziale, sebbene in questi ultimi due casi in minore misura. Essi pongono complesse questioni legate alla comunicazione, alla clandestinità ed alla frequente mobilità che impedisce programmi persistenti nel tempo. Prende inoltre campo, infatti, l'affluenza di pazienti giovani e adolescenti, figli di immigrati, con patologie comportamentali, spesso connesse all'uso di sostanze, dove il disagio è mediato, in modo insistente, più da atti che da parole, maggior frequenza di comportamenti aggressivi, la cui gestione necessita di specifiche competenze e azioni formative da parte del personale. La diagnosi, la cura e l'approccio necessitano di conoscenze delle culture di provenienza dei familiari e dei modelli concettuali originari.

3.9. La sicurezza degli operatori

Le sostanze eccitanti (cocaina e amfetamine) sempre di più in uso ed in poli abuso, associate al crescere dell'esclusione e della intolleranza sociale, determinano comportamenti aggressivi - impulsivi sempre più frequenti nei servizi.

Sono state formulate varie linee guida nazionali (17) e internazionali (18) in proposito. In esse si menzionano programmi formativi per acquisire competenze da parte del personale nel gestire e prevedere comportamenti dannosi, allo stesso tempo sono cresciute le conoscenze riguardo alla organizzazione strutturale e logistica dei servizi, nonché le corrette dotazioni di personale. Sono problemi degli ultimi dieci anni, non affrontati a sufficienza e che vanno annoverati nelle urgenze da considerare seriamente da subito.

4. Aspetti Organizzativi

4.1. Sul versante della clinica

4.1.1. La prevenzione dei decessi, l'approccio alle nuove urgenze tossicologiche e le acuzie psicompatologiche indotte da sostanze

L'attività di informazione sui rischi connessi all'uso di sostanze, l'ulteriore accentuazione della diffusione delle pratiche di "Accoglienza a Bassa Soglia" ad indirizzo "Motivazionale" (19), abbisognano di ripresa e sviluppo; inoltre, la giusta dotazione di personale ed il rafforzamento delle pratiche di "Accoglienza in Strada" sono da rimettere al centro dell'attenzione degli operatori e dei decisori politici; infatti, negli ultimi anni si è assistito ad un ridursi dell'interesse in tale direzione, il tutto è indotto dal forte calo delle risorse a disposizione e del ridursi della tensione a tenere in vita i problemi da parte degli operatori.

Restano poi aperte le azioni specifiche verso il rischio di mortalità per uso di cocaina, di asso-

ciazioni alcol – cocaina, l'uso di stimolanti di "ultima generazione", di cannabis sintetica e di tutte le sostanze di sintesi, così come le poliassunzioni.

Per quanto concerne le nuove forme di urgenza (intossicazioni acute da poliassunzione, da cocaina e alcol, episodiche e ripetute, in particolare negli adolescenti, le anomalie gravi del comportamento, le psicosi indotte da sostanze) è necessario un nuovo sistema di rilevamento dei dati o sviluppo di quello in atto e di sviluppo del sistema di allarme rapido, già attivo, rispetto agli eventi in questione, si tratta di:

- Fornire formazione al personale dell'urgenza su tossicità da sostanze sintetiche e sulla poliassunzione.
- Informare il personale dei servizi perché addestrino i pazienti alla conoscenza dei rischi da poliassunzione.
- Attivare un sistema rapido di rilevazione tossicologica sulla natura delle sostanze in circolazione, di conseguenza informare l'utenza e la popolazione giovanile sul rischio, sviluppo e diffusione del sistema in atto.
- Ridare vita alle azioni di riduzione del danno.
- Creare un circuito tra servizi dell'urgenza: il 118, la medicina d'urgenza ospedaliera, l'SPDC, i servizi del territorio (dipendenze, salute mentale, neuropsichiatria infantile) per creare condizioni di presa in carico immediata, post acuzie.

4.1.2. La presa in carico precoce e l'approccio alle dipendenze in adolescenza

Come è da anni noto l'esordio del disturbo da uso di sostanze è tipicamente adolescenziale (20-21), assieme a molti altri disturbi psichiatrici (22), come in precedenza ricordato; vale la pena di aggiungere, nuovamente, che il tempo di latenza tra esordio e cura lavora a sfavore della risoluzione dei problemi.

Si tratta di questioni trasversali ai vari servizi (Neuropsichiatria Infantile, Consultoriali, Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimenti per le Dipendenze, Servizi Sociali e Privato Sociale accreditato) dove la incertezza delle procedure per la valutazione, la presa in carico e la cura sono tra le più incerte del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali.

Da un lato sono incombenti i nodi rispetto all'urgenza in adolescenza, in questo caso vale quanto descritto nel paragrafo precedente, in particolare, appare significativo che chi agisce in prima istanza sia in grado di evidenziare la patologia in primo piano (uso di sostanze o altro disturbo psichiatrico non complicato da stupefacenti) e faccia riferimento al servizio opportuno (salute mentale o servizi per le dipendenze se oltre i 15 anni e sotto i 18, servizi per le dipendenze o neuropsichiatria infantile se tra i 12 e 15 anni, neuropsichiatria infantile e salute mentale se solo disturbo psichiatrico, servizi per le dipendenze se solo DUS), si pongono problemi di frontiera quando il disturbo psichiatrico è indotto da sostanze o non di chiara definizione, in questo caso, a seconda della età, può essere richiesto l'intervento di uno dei settori e successivamente, dopo chiarezza diagnostica, il settore specifico. Dall'altro lato si pone il problema della presa in carico a lungo termine a livello ambulatoriale, con sequenze simili a quelle sopra descritte.

Infine, la complessità diagnostica è tale che si rendono necessari strumenti operativi clinici particolarmente affinati; essi sono elencabili nel modo seguente:

Colloquio clinico specifico per adolescenti (il personale deve essere competente in tale area del ciclo di vita, la comprensione, la vicinanza, la “confidenzialità”, la conoscenza degli stili di vita e linguaggio devono essere particolarmente conosciuti dall’intervistatore); in particolare appare utile l’approccio motivazionale.

L’uso di strumenti diagnostici di area psichiatrica, psicologica, di personalità e cognitivi devono essere messi in campo, alcuni esempi sono citati nella bibliografia (23); inoltre strumenti per il colloquio semi strutturato, al fine di avere una documentazione consultabile e confrontabile da parte degli staff coinvolti.

La messa a punto di protocolli per la diagnosi tossicologica (indagini di laboratorio da effettuarsi su matrici biologiche plurime: liquidi e cheratiniche) (24).

L’approccio ai familiari, mediante azioni di supporto specifiche (25).

La progettazione di trattamenti, e monitoraggio degli stessi che comportino la personalizzazione, ma soprattutto calibrati sul possibile livello di collaborazione del paziente e della famiglia a seconda del grado di consapevolezza dei membri; appaiono utili trattamenti sia farmacologici, spesso complessi poiché si tratta di affrontare dipendenze e loro associazioni con iniziale disturbo psicotico, dell’umore o di personalità, sia psicologici (approccio motivazionale e cognitivo comportamentale, in particolare).

4.1.3. La clinica del cocainismo

I servizi per le dipendenze, fino ad oggi, si sono confrontati, prevalentemente, con disturbi da uso di sostanze per i quali è presente uno specifico trattamento farmacologico (sostitutivo, antagonista, agonista - antagonista, detossinante, avversativo, ecc.), in particolare oppiacei e alcol, non così è per la condizione di cocainismo o di associazione cocaina – alcol, cocaina – poliassunzioni; si tratta di creare, anche sulla base delle competenze – esperienze già acquisite, le condizioni per avere all’interno dei servizi operatori specializzati per questo settore, che sappiano applicare le corrette terapie psicofarmacologiche, per le psicopatologie, stabili o transitorie indotte da cocaina. A questo proposito occorre ricordare che il “Gruppo Revisione Cochrane Droghe e Alcol” nel 2011 ha pubblicato alcune revisioni sull’efficacia dei trattamenti farmacologici per l’abuso e la dipendenza da psicostimolanti; sono stati considerati, in particolare per la cocaina, i lavori scientifici sull’efficacia degli anticonvulsivanti (carbamazepina, gabapentin, lamotrigina, fenitoina, tiagabina, topiramato e valproato), degli antipsicotici (risperidone, aloperidolo, olanzapina), del disulfiram, degli psicostimolanti (bupropione, dexamfetamina, metilfenidato, modafinil, mazindol, metamfetamina e selegilina); in tutti i casi non sono stati accertati farmaci efficaci (26). Molto probabilmente le indicazioni degli uni o degli altri al di fuori dello stretto disturbo da uso di cocaina possono avere utilità, come detto, nei disturbi indotti o in concomitanti disturbi psichiatrici.

In generale il trattamento dei disturbi da uso di sostanze è una combinazione di almeno tre

fattori, farmacologici, psicoterapici e supporto sociale; nella condizione di uso di cocaina, l'accento sull'efficacia si pone sulle psicoterapie e sull'intervento psicosociale, un particolare valore è dato alle seguenti tecniche:

- "La terapia cognitivo-comportamentale, che ha lo scopo di aiutare i pazienti a riconoscere, evitare e affrontare le situazioni in cui si hanno più probabilità di uso di droghe.
- La terapia multidimensionale, sviluppata per gli adolescenti con problemi di abuso di droga, così come per le loro famiglie, affronta e agisce sui loro modelli di abuso di droga ed è progettato per migliorare il funzionamento complessivo della famiglia.
- Il colloquio motivazionale, che cerca di preparare le persone a cambiare il loro comportamento e ad entrare in trattamento.
- Gli incentivi motivazionali (contingency management), che utilizzano il rinforzo positivo per incoraggiare l'astinenza dalla droga" (27).

4.1.4. La clinica dell'alcolismo

All'interno dei SERT si sono individuati nel tempo "gruppi di lavoro" che si sono fatti carico del trattamento di soggetti con problemi alcol correlati. Questi "gruppi di lavoro" più o meno strutturati e riconosciuti, sono divenuti progressivamente, per il carico di lavoro crescente e per la mole delle attività svolte, "un servizio nel servizio" senza però, con grande frequenza, alcuna definizione da parte delle aziende sanitarie, né delle dotazioni di personale né delle funzioni organizzative da attribuire loro. Trattare i soggetti con problemi alcol correlati vuol dire occuparsi in gran parte di patologie internistiche, neurologiche e psichiatriche importanti: qui la collaborazione e l'integrazione con altri dipartimenti diviene essenziale. All'interno di questi gruppi è possibile creare le condizioni per il supporto ai settori per l'adolescenza in relazione al modello giovanile del consumo d'alcolici.

4.1.5. La specificità femminile e la maternità

Come detto in precedenza, questo nodo si affaccia ai servizi con maggiore peculiarità; dal punto di vista clinico sono evidenti, in modo sintetico, alcune questioni:

- Lo sviluppo di ulteriori competenze per la prevenzione delle gravidanze e delle malattie sessualmente trasmissibili.
- L'approccio sistematico alla evidenziazione del rischio di violenza fisica e abuso sessuale.
- La formazione alla capacità di analisi delle competenze genitoriali in caso di gravidanza.
- La presenza di competenze nel trattamento farmacologico della dipendenza in corso di gravidanza e alle patologie psichiatriche correlate alla dipendenza ed alla gravidanza.

4.1.6. La "doppia diagnosi" e la cronicità

Infine una riflessione su un concetto, quello di "doppia diagnosi", che non solo mostra oggi tutta la sua inconsistenza sul piano clinico, ma evidenzia anche le stridenti contraddizioni di un sistema in cui si pensa di separare ciò che è "psichiatria" da ciò che è "tossicodipendenza", arrivando talvolta a livelli di conflitto, tra il partito dell'una e dell'altra posizione dividi-unisci, tali da mettere a rischio la salute dei pazienti. Questo aspetto determina la necessità di svilup-

pare le competenze psichiatriche, in modo robusto, all'interno dei servizi per le dipendenze e di considerare l'uso di sostanze non più come un tempo "separata da sé" da parte dei servizi di salute mentale, ma come rientrante nell'unicum psichiatrico.

I pazienti cronicamente in cura nei servizi per le dipendenze sono con grande frequenza afflitti da altre significative condizioni psichiatriche e patologie organiche, tali circostanze necessitano di lunga e lunghissima assistenza. Sul piano organizzativo la convergenza di azioni e risorse tra i due settori – dipendenze e salute mentale devono essere seriamente considerate.

4.2. Sul versante del cambio effettivo di passo organizzativo e delle relazioni tra dipartimenti, distretti e presidi ospedalieri.

Il modello organizzativo del Dipartimenti delle Dipendenze si è mostrato spesso vincente: la collaborazione tra strutture pubbliche e accreditate ha indotto, anche se a fatica, profondi mutamenti culturali ed ha portato a nuovi progetti integrati sia all'interno dei servizi per le dipendenze sia nelle strutture residenziali sia sul territorio in senso lato.

I contratti di collaborazione, stipulati ormai da alcuni anni, hanno creato una mentalità più attenta ai bisogni dell'utenza con la conseguente attivazione di risposte più efficaci ed efficienti. Quindi un modello organizzativo e amministrativo da mantenere e rafforzare dove esistente, da attuare dove assente e da superare in altri contesti dove il processo di avvicinamento tra Dipartimenti per Dipendenze e quelli per la Salute Mentale hanno fatto esperienze di fusione (Emilia-Romagna, Sardegna, Liguria).

4.2.1. Quali rapporti tra i servizi per la salute mentale in senso lato (infanzia, adolescenza età adulta)?

Quanto sopra descritto mostra chiaramente la necessità di strumenti di collaborazione, la formulazione di percorsi culturali e operativi condivisi, tra le seguenti strutture organizzative, che, a vario titolo, si occupano di salute mentale:

- Dipartimenti per le Dipendenze e Servizi per le Dipendenze (DD)
- Dipartimenti di Salute Mentale e Servizi di Salute Mentale (DSM)
- Dipartimenti Materno Infantile (DMI), in particolare con le loro articolazioni Consultoriali e di Neuropsichiatria Infantile

Le tre grandi aree di cui sopra hanno necessità di collaborazione con:

- I Servizi per l'urgenza in senso lato (ospedaliera e territoriale)
- I Servizi di degenza psichiatrica ospedaliera (SPDC)
- I Servizi per la degenza pediatrica (quando siano organizzati per ricevere adolescenti)

Un quadro interattivo completo non può trascurare:

- I servizi sociali
- I servizi che si occupano di detenzione in ambito penitenziario e domiciliare, sia afferenti alla giustizia sia al servizio sanitario

4.2.2. Sintesi degli aspetti clinici comuni e conseguenze organizzative

Sono comuni le seguenti psicopatologie e condizioni che meritano speciale attenzione:

1. Il disturbo da uso di sostanze, come sopra descritto, porta inevitabilmente a stabilizzare la concezione secondo cui si tratta di un disturbo psichiatrico al pari dagli altri. In effetti, a volere essere semplici, in ogni edizione del DSM, compresa l'edizione 5, troviamo il capitolo sul disturbo, per altro costantemente aggiornato sui criteri diagnostici (28). Di fatto tale disturbo attraversa le strutture sopra nominate.
2. La presenza di disturbi psichiatrici in aggiunta, mischiati, precedenti o residui a quello da sostanze, in particolare nella condizione di cronicità e nelle situazioni classicamente dette "Dual Diagnosis".
3. La clinica dell'adolescenza, è permeata, con alta frequenza di abuso di sostanze, in esordio, spesso associato, ad altro disturbo psichiatrico.
4. La gravidanza e la maternità nelle condizioni di uso di sostanze e/o altro disturbo psichiatrico.

Attualmente i tre dipartimenti descritti hanno sia supporto legislativo, sia forma organizzativa separate; i ragionamenti di cui sopra portano al necessario, non eludibile, processo integrativo; tale processo, nonostante esperienze valide in atto, fa molta fatica ad avviarsi in modo diffuso. In alcuni casi subisce veri e propri intralci, con conseguente basso o disarmonico livello di cura dei pazienti.

Si possono fare alcune ipotesi di convergenza operativa, peraltro in molti casi già in azione, dalla "meno forte" alla più vincolante:

- La scrittura e applicazione di linee guida, percorsi e protocolli su singoli argomenti ad esempio: la gestione integrata della "Dual Diagnosis" tra DD e DSM, la gestione della gravidanza e maternità tra DD e DMI, e così via, mantenendo separati i dipartimenti o le strutture organizzative esistenti.
- Un accordo di integrazione funzionale tra i dipartimenti (DSM, DD, DMI).
- Un unico Dipartimento per la Salute mentale e le Dipendenze (DSMeD).
- La distrettualizzazione dei servizi, attuata con il superamento dei dipartimenti e applicazione della integrazione distrettuale attraverso la direzione di distretto.
- Unico dipartimento di psichiatria dall'infanzia all'età adulta e le relative articolazioni in strutture complesse e così via.

Tutte le modalità organizzative esistono ad oggi nel nostro paese, ma, ad ora, non ci è noto quale sia il modello più efficace ed efficiente.

Il primo modo mostra difficoltà significative poiché quasi mai attuato nei fatti dove si è tentato di sperimentare, non presenta, in genere un vincolo per le parti.

Il secondo e terzo modo potrebbero rappresentare il naturale od "obbligato" approdo, dopo le osservazioni fatte in questo articolo. Come detto esperienze sono presenti nel nostro paese; in ogni caso le verifiche oggettive di punti di forza e debolezza, di tali pratiche non sono ancora esplicitate. In alcuni casi non è presente l'area della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il processo di distrettualizzazione, in atto in alcune Regioni, presenta punti di forza come la

vincolante necessità di attuare in modo trasversale ai servizi la presa in carico di pazienti con patologie mentali complesse e con necessità di assistenza sociale (tale organizzazione dovrebbe coinvolgere sotto la regia del “case manager”, tutti gli attori dal MMG all’assistente sociale del comune di competenza), attiva le Unità di Valutazione Multidisciplinari e costringe gli attori coinvolti a seguire un percorso di applicazione del Piano di Trattamento Personalizzato, fino alla esplicitazione dei costi assistenziali e le relative provenienze.

Dall’altro lato si rischia di erodere le culture e le specificità delle prassi di servizi specialistici e dei dipartimenti. Una soluzione di “compromesso” potrebbe essere la persistenza delle aree dipartimentali, riorganizzate e unificate, sotto la direzione distrettuale, questo evento tenta di salvare prassi vincolanti, per le patologie trans servizi, e le specificità di specializzazione clinica.

5. Scenari e conclusioni

È assodato che nel lavoro con le dipendenze e con le altre patologie mentali i servizi specifici non sono spesso bastanti e devono mettersi in relazione operativa con altri, il modello dipartimento-distretto rappresenta meglio il vincolo operativo; in questo caso è immaginabile siano necessarie alcune *definizioni delle aree psicopatologiche che necessitano di aggiunta di prestazione* a quelle:

- tipiche dell’area psichiatrica dell’adulto (ad esempio le demenze o l’evoluzione in deterioramento di disturbi dell’umore, collaborazione con i MMG per il monitoraggio delle sindromi metaboliche, e così via)
- tipiche della psichiatria delle dipendenze (ad esempio malattie croniche da immunodeficienza o da patologia organica da tossicità cronica da alcol - cirrosi epatica, neuropatie periferiche, deterioramento, e così via)
- tipiche della patologia psichiatrica e neurologica dell’infanzia (deficit motori e/o psichici, interventi psicoeducazionali domiciliari e residenziali, e così via).

Inoltre, è necessaria la definizione dei modelli di presa in carico di queste specifiche complessità in ambito territoriale, ambulatoriale e domiciliare, con la precisazione dei compiti dei vari settori, della interazione tra essi e dei modi di valutazione del procedere dei Piani Assistenziali Personalizzati. Appare fondamentale la definizione della responsabilità del caso secondo i principi del “case manager”. Infine la definizione delle risorse economiche da investire sulle singole complessità, compresa la residenzialità e la semiresidenzialità.

Quanto sopra potrebbe essere articolato in linee guida che, individuate le complessità patologiche trans servizi, ne descrivano le procedure diagnostiche, i punti salienti delle stesse, le relative azioni di cura, la loro descrizione, le figure interessate nell’attuazione, i sistemi di monitoraggio-valutazione ed i livelli di responsabilità.

Tornando alle specificità delle dipendenze si possono fare le seguenti considerazioni clinico operative:

Per quanto concerne i problemi connessi ai decessi, connessi a nuove e vecchie sostanze, le

intossicazioni acute da nuove sostanze e le poliassunzioni, siamo nella necessità di riprendere il lavoro di informazione, dentro e fuori dei servizi; il lavoro di formazione clinico-diagnostico-terapeutica al fronteggiare tali eventi in contesto di servizio, di territorio e ospedaliero. Poiché le persone coinvolte in tali eventi acuti sono la gran parte sconosciute ai servizi e di giovane età, è utile organizzare un sistema intervento post acuzie o di “segnalazione” ad una struttura (servizi per le dipendenze o pool di operatori trans servizi, ad esempio se il paziente è adolescente) in grado effettuare il counselling motivazionale sull’evento.

Il sistema di presa in carico precoce, in età adolescenziale, determina l’inevitabilità di collaborazione tra i servizi per le dipendenze e quelli per la neuropsichiatria infantile, ma non è fuori luogo che all’interno dei servizi per le dipendenze si organizzino settori, con sede specifica, per trattare il problema delle dipendenze all’esordio, in particolare se non complicato da altre evenienze psichiatriche; occorre abilità di interazione e di raffinatezza diagnostica, per questo è necessario un pool di persone appositamente formate allo scopo, flessibili e orientate alla forte collaborazione con operatori di altra provenienza. Infine competenze nella cura psicoterapeutica ad orientamento motivazionale e cognitivo, sia individuale, sia di gruppo, sia familiare.

Il cocainismo porta alla necessità di competenze diagnostiche e terapeutiche particolarmente orientate in senso cognitivo comportamentale, per questa ragione, visto il diffuso problema, è necessario che nei servizi siano presenti o si avvii o si completi la formazione in tal senso.

Se non sono presenti nel territorio servizi per il disturbo da uso di alcol è inevitabile che si lavori al fine della loro presenza; quando sono presenti in alcuni casi sono settori dei servizi per le dipendenze, in altri appartengono all’area della psichiatria, in altri ancora provengono dalle discipline mediche; va da sé che il lavoro non possa che essere multidisciplinare. Dove deve essere rappresentata sia l’area medica, psicologico-psichiatrica, sia infermieristica, oltre quella sociale. Una linea di indirizzo in tal senso sarebbe auspicabile.

Abbiamo affrontato la questione della tossicodipendenza femminile con le due questioni salienti: la gravidanza comprensiva di maternità e genitorialità e il maltrattamento; va da sé che, nel primo caso, uno staff misto dipendenze e consultoriali debba formarsi attorno al caso; nella seconda evenienza sono fondamentali le competenze nella gestione del maltrattamento, nei suoi aspetti clinico-emotivi e giuridici ed il coinvolgimento dei gruppi di supporto al maltrattamento e abuso.

Negli ultimi anni i servizi delle dipendenze hanno ricevuto il compito di occuparsi del disturbo da gioco d’azzardo, è stato inserito nei livelli essenziali di assistenza ed è diventato un ulteriore compito dei servizi, senza risorse aggiuntive come recita la norma (29); inoltre il “Disturbo da gioco d’azzardo” è stato inserito nel capitolo sui “Disturbi correlati a sostanze e addiction”, nel settore “Disturbi non correlati a sostanze” (30), qui non si affronta il problema nel dettaglio, basta solo accennare che in molti servizi sono state create sezioni apposite, prassi non comune, per ragioni di risorse e per il fatto che come nelle altre dipendenze senza trattamento farmacologico, le indicazioni di cura sono psicoterapeutiche, individuali, gruppal e di auto mutuo

aiuto, sempre con l'accortezza di evidenziare le comorbidità con altri disturbi psichiatrici e altre dipendenze (31).

La cronaca riporta sempre più frequentemente azioni violente verso operatori socio-sanitari, un po' in tutti i settori di lavoro, non sfugge, anzi le incidenze sono maggiori, l'ambito psichiatrico e delle dipendenze; si rende necessario affrontare la questione sul versante della formazione e della logistica, con urgenza e come compito routinario inserito nelle azioni per la sicurezza degli operatori e dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. DPR 309/90 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. 1990.
2. Presidenza del Consiglio dei Ministri Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2015.
3. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Dipendenze Relazione annuale 2006: evoluzione del fenomeno della droga in Europa. 2006. www.emcdda.europa.eu
4. Ministero della Solidarietà Sociale Relazione annuale sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006.
5. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi. 2016. www.emcdda.europa.eu
6. DCSA, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga Relazione annuale 2015. 2015.
7. Di Clemente C. Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment. *Psychological Science* 1999; May 10 (3): 209-213.
8. Kessler RC, Amminger PG, Aguilar Gaxiola S, Alonso, Lee S, Ustun BT. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; Jul; 20(4): 359-364
9. Akerele EO, Levin FR. Substance abuse among patients with schizophrenia. *J Psychiatr Pract* 2002; 8: 70-80.
10. Thirthalli J, Begal V. Psychosis among substance users. *Curr Opin Psychiatry* 2006; May 19 (3): 239-245.
11. Suzanne Archie S, Rush BR, Akhtar-Danesh N, Norman R, Malla A, Roy P, Zipursky RB. Substance abuse in first – episode psychosis: prevalence before and after early intervention. *Schizophr Bull* 2007; 33 (6): 1354-1363.
12. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm, Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti, Istituto Superiore di Sanità Piano d'Azione Sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (BingeDrinking) (2014-2016)”; 2014.
13. Black KI, Day CA. Improving Access to Long-Acting Contraceptive Methods and Reducing Unplanned Pregnancy Among Women with Substance Use Disorders. *Subst Abuse* May 2016; 10 (Suppl 1): 27-33.
14. De Bellis MD. The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment* 2005; May 10 (2) 150-172.
15. Coohy C, Yng Z. The Role of Men in Chronic Supervisory Neglect. *Child Maltreat* February 2006; 11 (1): 27-33.
16. Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Dipendenze Polydrug use. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway; 2002.
17. Ministero della Salute Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Ministero della Salute Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori; 2012.
18. National Institute for Health and Care Excellence Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings; 2015.

19. Carey KB. Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: A collaborative, motivational, harm reduction approach. *Community Mental Health Journal* 1996; June 32 (3): 291-306.
20. Tomassini A, Roncone L, Verni V, Bianchini A, Tosone E, Guadagni D et al. Uso di cannabis ed esordi psicotici: dall'epidemiologia alla clinica. *Journal of Psychopathology* 2013; 19: 89-104.
21. Dudovitz RN, Chung PJ, Elliott MN, Davies SL, Tortolero S, Baumler E et al. Relationship of Age for Grade and Pubertal Stage to Early Initiation of Substance Use. *Prev Chronic Dis.* 2015; 12: E203.
22. Sistema Nazionale per le Linee Guida Gli interventi precoci nella schizofrenia; 2007.
23. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construction validation. *Journal of Clinical Psychology* 1997; 33 (4): 981-989.
24. Hathaway SR, McKinley JC. Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI-2. University Minnesota Press, 1989. Millon T, Millon C, Davis R, Grossman S The Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI®) (1993 & 2006), www.millonpersonality.com
25. Borriello R, Caligara M, Chiarotti M, Ferrara SD, Candela RG, Gigli F, Licata M, Procaccianti P. Linee guida per i laboratori di analisi delle sostanze di abuso in campioni biologici". *Boll. Farmacodip. e Alcoolis* 2002; XXV (1-2).
26. National Institute on Drug Abuse Therapy manuals for drug addiction series. Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse; Bethesda, MD, USA: NIDA; 2003.
27. Amato L, Mitrova Z, Davoli M, Pani PP. Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: le revisioni sistematiche della letteratura scientifica. *Medicina delle dipendenze .Italian Journal of the addictions* 2011; I (3): 7-91.
28. National Institute on Drug Abuse Drug Facts: Treatment Approaches for Drug Addiction; Bethesda, MD, USA: NIDA; 2016.
29. American Psychiatric Association DSM-5. Manuale diagnostico e statistico sui disturbi psichiatrici. Milano: Raffaello Cortina; 2014.
30. Legge 08 2012, n. 189 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
31. George S, Bowden-Jones H. Treatment provision for gambling disorder in Britain: call for an integrated addictions treatment and commissioning model. *BJPsych Bulletin* 2016; 40, 113-115.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno