

Tossicodipendenze, comorbilità e “doppia diagnosi”

gruppo di lavoro SIP.Dip:

a cura di Massimo Clerici, Graziano Bellio, Flavio Bonfà, Giuseppe Carrà, Massimo Diana, Massimo di Giannantonio, Luigi Janiri, Giuseppe Mammana, Giovanni Martinotti, Michele Sanza, Rosangela Scioli, Giuseppe Spinetti

In Italia le problematiche relative ai Disturbi Correlati all'uso di Sostanze (DCS), alla loro comorbilità con altri disturbi mentali e, in senso lato, alla cosiddetta “doppia diagnosi” sono state condizionate da un peculiare sviluppo storico che ha differenziato, sostanzialmente, l'organizzazione del sistema di intervento dalla maggioranza degli altri paesi europei e dagli USA. Una comprensione preliminare di tali aspetti può risultare importante, oltreché per una conoscenza complessiva del “sistema”, anche per delineare con precisione il ruolo assunto dai servizi stessi e/o dai più diversi modelli di trattamento assunti, nel corso degli anni, in realtà geograficamente così distanti.

Tali percorsi storici sono inoltre rileggibili oggi, in maniera più neutrale, rispetto alle molteplici spinte emotive e ideologiche che hanno per lungo tempo caratterizzato la “via italiana” alla gestione delle tossicodipendenze, fortemente condizionata - a tratti - da un approccio riduzionistico e salvifico al problema e, nel contempo, spesso alla ricerca di soluzioni rapide e totalizzanti scarsamente adattabili a un fenomeno così complesso nei suoi aspetti psicopatologici, medici e sociali.

Oggi, il tema incalzante della risposta onnicomprensiva ed integrata alla complessità - “luogo clinico dove si colloca sempre più spesso proprio la “doppia diagnosi” - rischia di ripercorrere le stesse strettoie e di subire gli stessi rallentamenti che hanno caratterizzato - trent'anni fa - la costruzione del sistema di intervento sulle tossicodipendenze in Italia e le decisioni inerenti non solo la ricerca di valide modalità per affrontare un fenomeno, ma anche la necessità di proporle in modo comprensibile ai decisori politici, amministrativi ed all'opinione pubblica.

Se le tossicodipendenze si configurano come area clinica di interesse specifico grazie alla Legge del 1975 (n. 685) ed alla progressiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP) che, invariabilmente, ha portato la psichiatria a privilegiare altre priorità rispetto ai problemi correlati all'abuso ed alla dipendenza, la successiva lunghissima deriva antipsichiatrica o, meglio, ampiamente depsiichiatrizzante, di tale settore si giustifica sia per la dimensione culturale prevalentemente sociogenetica attribuita all'eziologia del fenomeno, sia per quella strategia terapeutica (già definita come riduzionistica) che ha ipotizzato, quasi esclusivamente, soluzioni unidimensionali per un fenomeno clinico, invece, irreversibilmente medico e psicopatologico. Tale deriva ha sostanzialmente impedito al sistema di intervento di riorganizzarsi, progressivamente e continuativamente, su quanto di nuovo veniva osservato (soprattutto in termini eziopatogenetici), nonché sulle necessità cliniche emergenti o sulle strategie necessarie per il ribilanciamento/riconversione necessari per tenere il passo dei cambiamenti del mercato e delle esigenze della “nuova”utenza. Un esempio scontato, e forse ai più evidente, di tali aspetti riguarda, appunto, la scarsa attenzione ai bisogni “formativi” e di aggiornamento degli operatori dei settori “paralleli” delle tossicodipendenze e della psichiatria, elemento necessario anche per riorientare le politiche di intervento e adattare organizzativamente i più diversi Servizi al cambiamento degli stili di consumo e delle complessità cliniche che ne derivavano progressivamente [1, 2].

Se i tradizionali interlocutori delle patologie da abuso/dipendenza (per alcol e/o sostanze) - i servizi - risultavano scarsamente formati o, spesso, inadeguati organizzativamente si perdevano, in parallelo,

anche le possibilità di affrontare le necessità multidimensionali dell'utenza comorbile e la sua progressiva e rapida diversificazione.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) - per quanto riguarda, appunto, il "doppio sistema di intervento" derivato dalla Legge 309 del 1990 dove confluiscono le risposte ai bisogni relativi alle condizioni di abuso, dipendenza e, in modo non dichiarato, comorbilità - risulta da sempre sottodimensionato in termini di competenza psicopatologica e si è mantenuto nel tempo "neutrale" tendendo, sostanzialmente, ad ignorare le implicazioni riabilitative e psicosociali inevitabili nei DCS [3] ed a frenare i bisogni di acquisizione di competenze specialistiche - multidimensionali, intensive e ad alta integrazione; ciò ha determinato frequenti collusioni, peraltro, con richieste "neoconcentrazionarie" di controllo sociale, talvolta inesprese ma palpabili, di buona parte dell'opinione pubblica che alimentavano la crescita progressiva di comunità terapeutiche prevalentemente aspecifiche.

La carenza di modelli specialistici - di cui si avverte ancora oggi, proprio nell'area della "doppia diagnosi", il peso - deriva primariamente dalla mancanza (in un'ampia fascia di operatori) di quelle competenze/"abilità" diagnostiche e trattamentali peculiari della cultura psicopatologica e dell'identità psichiatrica di servizi, peraltro, sostanzialmente svalutati da un'opinione pubblica scarsamente sensibile al tema. Tema che, nella migliore delle ipotesi, è stato parzialmente recuperato solo a seguito della grande paura collettiva della pandemia AIDS-correlata e dei bisogni di controllo esasperato dei potenziali vettori del contagio che animeranno, appunto, l'opinione pubblica in quegli anni. Tali bisogni troveranno infatti una risposta concreta nelle politiche di "riduzione del danno" approvate e fatte proprie dalle organizzazioni sanitarie internazionali e dai singoli stati e che contribuiranno, anche in Italia, alla riorganizzazione dell'intero sistema (Legge 309/90). Il cambiamento del mercato delle sostanze, l'entrata in campo di fasce di età e di stili di consumo diversi da quelli degli anni ottanta stravolgerà tutto il panorama testé descritto e produrrà, nei due decenni successivi, problemi ancora oggi di non facile soluzione, ma inevitabilmente riverberantisi sulla psichiatria dei Servizi pubblici.

In Italia la mancanza sostanziale di formazione specialistica sulle sostanze e sulle conseguenze del loro uso in ambito psichiatrico - rilevante in molte regioni - nonché lo scarso interesse dei gruppi di lavoro di ambito psichiatrico nei DSM su questi temi spiega in modo abbastanza chiaro le difficoltà oggi evidenti sia nell'impiegare strumenti di rilevazione idonei, sia nella scelta di modelli terapeutico-riabilitativi soddisfacenti.

La mancanza di ricerche specifiche sugli aspetti epidemiologici della comorbilità tra DCS e altri disturbi mentali [4] nel nostro paese è stata lievemente corretta dai dati emersi dallo *Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy (PADDI) Study* - studio trasversale promosso e finanziato dal Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga e guidato, su base nazionale, dal Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche dell'Università degli Studi di Milano Bicocca in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Statistica Medica ed Epidemiologia dell'Università degli Studi di Pavia, e dalla Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti [5]. In questo studio multicentrico nazionale che ha coinvolto oltre 25 DSM italiani si osserva come la prevalenza della comorbilità psichiatrica tra gli utenti maggiorenni in carico ai DSM si attesti su valori di poco inferiori al 4%, con differenze apprezzabili rispetto alla distribuzione per macroaree geografiche: da circa il 4,4% dell'area settentrionale, al 3,3 del centro fino al 2,6 dell'area meridionale. I soggetti che presentano comorbilità sono prevalentemente maschi, celibi e raramente vivono in condizioni autonome (il 20%) od hanno figli (il 33%); il 75% dell'utenza comorbile nei DSM ha completato solo la scuola dell'obbligo; solo il 25% ha un'occupazione stabile, mentre circa il 20% ha avuto problemi penali, in genere per reati contro il patrimonio. Circa il 33% ha un'anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici ed il 18,5% per disturbi legati all'uso di sostanze. Rispetto ai profili di utilizzo ed alle diverse sostanze

d'elezione nei sottogruppi diagnostici considerati - stante comunque l'elevata quota di soggetti poliassuntori - l'abuso di alcool è il pattern che si presenta con la maggior frequenza mentre cannabis, oppiacei e cocaina rappresentano complessivamente l'80% delle altre sostanze primarie, indipendentemente dal gruppo diagnostico: la composizione entro gruppi diagnostici risulta sostanzialmente uniforme tranne che per le psicosi schizofreniche, per le quali prevale la cannabis, ed i disturbi nevrotici, per i quali prevalgono gli oppiacei. Le categorie diagnostiche si distribuiscono in maniera differente tra gli utenti che fanno uso e tra coloro che abusano, mentre non viene rilevata differenza statisticamente significativa nella distribuzione delle diagnosi per gli utenti con dipendenza: l'uso occasionale è più frequente nei disturbi di personalità, mentre il più severo abuso vede pari probabilità per le psicosi schizofreniche ed i disturbi di personalità. La presenza di sindrome da dipendenza nei soggetti comorbili risulta associata positivamente con fattori tipici delle dipendenze patologiche quali, ad esempio, l'uso di oppiacei, l'aumentare dell'età, l'aver ricevuto un precedente trattamento per uso di sostanze e con la residenza dei soggetti trattati: risiedere in una Regione dell'Italia meridionale raddoppia il rischio di presentare dipendenza. Si osserva, inoltre, un'associazione negativa tra l'uso di cannabinodi e la presenza di dipendenza. Dei soggetti comorbili in carico ai DSM, poco meno della metà si è rivolto ad un servizio per problemi legati all'uso di sostanze (SerT e CT); i fattori associati positivamente all'aver ricevuto un trattamento da parte di un servizio per le dipendenze sono risultati l'uso di sostanze illecite ad esclusione della cannabis, l'aver carichi penali pendenti, la presenza di patologie infettive, di sindrome da dipendenza e di spettro ansioso-depressivo, mentre quelli associati negativamente sono la presenza di allucinazioni e/o deliri, di disturbo di personalità o dell'umore e l'uso di alcool. Questi dati sono integrabili con precedenti rilevazioni disponibili su specifiche popolazioni dell'area dei servizi per le Tossicodipendenze (ambulatoriali e residenziali), in particolare su eroinodipendenti in trattamento residenziale [6] con un 30% di diagnosi all'Asse I del DSM-III e un 59% all'Asse II, su pazienti in mantenimento metadonico [7], con un 54% di diagnosi all'Asse I e un 43% all'Asse II e su pazienti associati a programmi standard dell'area della psichiatria di comunità con un 47% di diagnosi *lifetime* di DCS da moderato a severo, circa 2/3 con impiego di sostanze attuale di qualche gravità e il più alto grado di psicopatologia in parallelo a livelli più bassi di gravità del comportamento tossicomane [8]. In studi più recenti la prevalenza della comorbilità è risultata del 36% [9]. A questo proposito, una storica ricerca multicentrica condotta in Regione Lombardia [10] - purtroppo senza possibilità di confronto con altre realtà italiane - ed effettuata con strumenti diagnostici standardizzati su 606 eroinodipendenti in 6 programmi ambulatoriali e residenziali aveva mostrato come - in accordo con il DSM-III - 108 (17,8%) degli utenti valutati soffrissero solo di un disturbo da uso di sostanze, 160 (26,4%) avessero anche una comorbilità psichiatrica (eccetto i disturbi di personalità) e ben 338 (55,8%) solo diagnosi ulteriori di Asse II. Una ricerca nazionale (numericamente più rappresentativa in termini di servizi coinvolti, ma quantitativamente meno rilevante [11]), sebbene condizionata da un gran numero di rifiuti alla somministrazione della CIDI, aveva dimostrato - su 11 servizi ambulatoriali distribuiti in tutta Italia - una comorbilità *lifetime* sostanzialmente assestata sul 32,3%, includendo disturbi psicotici (10%), dell'umore (63%), d'ansia (19%) o altri disturbi mentali (8%).

In Italia esistono ancora pochi programmi per "popolazioni speciali" come pazienti affetti da specifiche patologie (ad esempio, schizofrenia), donne (sebbene nei servizi il rapporto M:F sia di 7:1 [12]), tossicodipendenti "anziani" o adolescenti, gay/lesbiche, giocatori d'azzardo patologico, soggetti con disabilità, senza casa e minoranze etniche. Solo alcuni programmi residenziali enfatizzano il trattamento familiare [13], mentre per le popolazioni più giovani sono stati implementati progetti di prevenzione e di educazione dei pari e programmi di training per insegnanti che difficilmente però, purtroppo, vedono monitoraggio sulla loro efficacia nel tempo [12]. Le difficoltà più importanti riguardano gli adolescenti consumatori che, raramente, vengono trattati nei programmi tradizionali e

non ricevono terapie specifiche nei Servizi dell'Età Evolutiva, nonostante la crescita di uso precoce di cannabinoidi e cocaina testimoniata, nel tempo, dalle diverse edizioni dello studio ESPAD [14]. Inoltre, per ciò che riguarda le popolazioni in carcere, la Legge 309/90 definisce la presenza di speciali servizi intracarcerari per le problematiche di tossicodipendenza. I dati a disposizione indicano un 27,7% di pazienti con DCS con il 3,6% in mantenimento metadonico e il 2,2% con dipendenza da alcol su una popolazione nazionale di oltre 52.000 detenuti [15]. Alcuni dati ulteriori sulla "doppia diagnosi" derivano da uno studio a 20 mesi in carcere [16] dal quale risulta che il 19,3% dei detenuti soffre, nell'attualità, di uno o più disturbi mentali (esclusi i DCS), mentre il sottogruppo con uso di sostanze presentava comorbilità nel 47% dei casi e i pazienti con patologie HIV-correlate nel 10%. Si deve ricordare, inoltre, come le popolazioni di tossicodipendenti in carcere possano giovare di provvedimenti di alternativa alla pena nei contesti ambulatoriali e residenziali esterni al carcere, ma senza specifici vantaggi in relazione al disturbo mentale comorbile. Le problematiche intracarcerarie vedono la psichiatria a stretto contatto con i SerT nella gestione di queste problematiche ma raramente i protocolli di collaborazione inter-Servizi permettono una reale razionalizzazione ed ottimizzazione della diagnosi e degli interventi.

A causa della separazione dei sistemi di intervento (tossicodipendenza e psichiatria), come si è visto non risulta facile né la disponibilità di dati epidemiologici comparativi/esaustivi sui carichi di lavoro reciproci, né una precisa indicazione delle possibilità di reale integrazione terapeutica tra le due aree coinvolte. In accordo con gli indicatori dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA [17], gli utilizzatori di sostanze trattati presso i servizi ambulatoriali (SerT) dovrebbero superare le 160.000 unità (51 per 10.000 persone di età 15-54), con un incremento annuale medio del 2,4% dal 1999, di cui un 12% riferibile alle comunità terapeutiche residenziali. I modelli di trattamento principalmente utilizzati, sempre negli ambulatori SerT, si stratificano a cavallo dell'area psicosociale (40%) e farmacologica (60%) [12]. L'assistenza e la cura reperibili a livello del sistema di intervento psichiatrico sono garantite grazie ad uno spettro di servizi diversificati che possono essere così sintetizzati: 1,83 Centri di Salute Mentale e 1,59 Servizi ambulatoriali (per 150.000 persone, sempre di età 15-54); 0,92 Reparti psichiatrici per le urgenze e 2,96 letti in strutture per la residenzialità (per 10.000 persone, sempre di età 15-54); 0,80 professionisti della salute mentale (per 1.500 persone, sempre di età 15-54) [18]. Per quanto riguarda l'équipe, la distribuzione si orienta in un range di figure che vanno dagli psichiatri (18%) agli psicologi clinici (6%), agli infermieri (48%), agli assistenti sociali (5%), agli educatori (8%), fino agli amministrativi (15%), tenendo presente una costante distribuzione a "macchia di leopardo" in tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda i modelli organizzativi dei Servizi, come già accennato, il trattamento parallelo della "doppia diagnosi" è lo standard della gestione dei pazienti con problematiche di comorbilità in Italia e ciò a causa della separazione tra i due sistemi nell'ambito del SSN. Il sistema di intervento non sembra ancora pronto per un'effettiva integrazione tra le due aree nonostante le indicazioni della letteratura [19]. Le differenti situazioni regionali, frutto della possibilità di diversificare le risposte garantite appunto dall'attribuzione alle Regioni dell'organizzazione dei servizi, offrono una serie di modelli che sono, di volta in volta, inseriti nella medicina specialistica, nella medicina di base o nell'area socio-assistenziale. Se la psichiatria, inoltre, è dotata di letti e di servizi ospedalieri specializzati, oltretutto di servizi di comunità a profilo ambulatoriale, questi ultimi sono l'unica offerta del sistema delle tossicodipendenze che gode, ancillarmente, della residenzialità offerta dalle comunità terapeutiche.

La legge 685/75 e la riforma complessiva del sistema (Legge 309/90) hanno sancito, e progressivamente rinforzato, tale situazione [20] che neppure le più recenti norme di riordino sembrano in qualche modo voler/poter modificare. Aldilà della possibilità di inasprire le norme inerenti la distribuzione e lo spaccio, agevolare i trattamenti alternativi al carcere e rivedere il concetto di

“modica quantità”, esse non entrano minimamente nel merito delle implicazioni organizzative del lavoro dei servizi, tanto meno affrontando il crescente e drammatico problema della “doppia diagnosi”. Nei fatti oggi, proprio in merito a quest’ultimo aspetto, sono state sviluppate alcune esperienze innovative anche nella realtà italiana: tra queste, “servizi di consultazione” tra i due Dipartimenti (DSM e SerT) come area privilegiata per l’assessment e la diagnosi [21], implementazione di protocolli organizzativi comuni [12], sempre tra i due Dipartimenti (ad esempio nella realtà regionale del Veneto), fino alla fusione dei Servizi nell’ambito del DSM (Emilia Romagna e Liguria con modalità diverse o in corso di sperimentazione in altre regioni); la riconversione di comunità terapeutiche tradizionali in comunità “doppia diagnosi” - ed il loro progressivo accreditamento (CT del network Ceis- Fict “Progetto Uomo”) - estende l’area della sperimentazione.

Purtroppo, queste sperimentazioni non hanno comunque affrontato, né tanto meno risolto, il problema della sperequazione delle offerte in questo ambito del SSN, nonché il controllo dell’effettiva professionalizzazione di tali esperienze e/o degli operatori che le portano avanti [12]. I “percorsi” universitari o post-universitari con profili formativi diversificati per chi desidera lavorare in questo settore e/o specifici per la Medicina delle Dipendenze infatti non esistono in Italia. Sia il Ministero che le Regioni non hanno ancora identificato precisi standard e/o curricula per l’area delle dipendenze, né tanto meno della “doppia diagnosi”, e anche le figure professionali più tradizionali (ad esempio i laureati in medicina e chirurgia) possono operare nei SerT a partire dalle più diverse specialità. Lo psichiatra, peraltro, giunge alla specializzazione con un addestramento praticamente inesistente (o minimale e legato soprattutto alla specificità della singola Scuola di appartenenza che, al suo interno, annovera o meno docenti competenti in quell’area) per quanto riguarda i DCS, contrastando in ciò con le indicazioni dell’Associazione Europea degli Psichiatri [22] e dell’Associazione Mondiale di Psichiatria [23] che indicano con precisione la necessità di un congruo monte-ore nel curriculum di base che dovrebbe esser adottato preferenzialmente in tutti gli ambiti formativi specialistici riconosciuti. Altrettanto vale, infine, per psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica ai quali non è richiesto nessun titolo di specializzazione specifico per l’inserimento nel settore.

Solo alcune società scientifiche in Italia si occupano, infine, di attivare iniziative formative accreditate ECM per operatori dell’ambito sanitario, socio-assistenziale e delle comunità terapeutiche che si occupino specificamente della “doppia diagnosi” e delle implicazioni specialistiche dei disturbi correlati all’uso di sostanze: tra queste iniziative di “percorso” formativo professionalizzate, in particolare, la Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze (SIP.Dip) [3] - sezione speciale SIP - ha realizzato, talvolta anche insieme alle Società gemelle della Consulta delle Associazioni e Società professionali dell’area delle tossicodipendenze e con il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, iniziative a livello nazionale e locale, in grado di implementare l’interesse nelle politiche di settore e specifici progetti di formazione sul campo o ricerca. Proprio in quest’ultimo settore la gestione “a pioggia” dei finanziamenti, oltreché non garantire a sufficienza le aree complesse che richiedono imponenti investimenti su base nazionale, riduce la confrontabilità delle ricerche italiane con quelle europee perché le regioni tendono a favorire miriadi di microinvestimenti, la maggior parte dei quali non prevede verifiche di qualità e, soprattutto, di efficacia né a medio né a lungo termine, né tanto meno applica con rigore i principi della medicina basata sulle evidenze a tali ricerche. Nonostante questo, alcune ricerche interessanti sono state condotte, seppur a fatica, negli anni: in particolare sull’influenza della gravità clinica psicopatologica sugli esiti dei trattamenti per quanto riguarda quelli sostitutivi con metadone in mantenimento [25-27] o buprenorfina [28], sull’uso dell’intervento motivazionale nella “doppia diagnosi” [29], sulle condizioni AIDS-correlate con “trippla diagnosi” [30], sulle politiche di riduzione del danno [31] e, infine, anche se non specifiche per l’area della “doppia diagnosi”, sulla revisione degli effetti degli interventi sulla cronicità eroinomane secondo il modello sperimentale di verifica della Cochrane Systematic Review [32].

Conclusioni

Per quanto riguarda dunque le politiche di sistema, il campo della “doppia diagnosi” in particolare, tra quelli specifici dell’area dei disturbi correlati a sostanze, può essere un elemento riunificante di un’organizzazione del sistema di intervento che ha visto - dalla scissione con la psichiatria - alimentarsi il rischio costante di una duplicazione degli interventi, di un impoverimento generale delle risorse dei servizi, di uno scarso interesse alla professionalizzazione ed alla verifica basata sulle evidenze. Compito della Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze [3] è sempre stato - come Sezione della Società Italiana di Psichiatria - quello di aiutare gli psichiatri a riconoscere l’enorme patrimonio che quest’area apporta alla psichiatria tutta e l’interesse che le esperienze condotte in questo trentennio nel settore hanno garantito e possono garantire per un incremento della necessaria creatività che deve alimentare il sistema e può favorire, conseguentemente, il miglioramento della qualità degli interventi a disposizione dei pazienti e delle loro famiglie. Dal 2004 il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga ha unificato tutta una serie di competenze precedentemente frazionate tra Ministeri diversi, spesso in competizione tra loro e, non di rado, a scarsa integrazione per quanto riguarda la visione di settore. Anche la “doppia diagnosi”, in questo senso, può vedere un riferimento importante oggi nel DNPA.

Allora, che cosa può essere considerato prioritario in questo settore oggi per la psichiatria?

- in primo luogo, la disponibilità e la fruibilità di linee-guida per l’organizzazione degli interventi ed una gestione “modernizzata” ed effettivamente integrata dei servizi;
- secondariamente, una politica di programmazione basata sulle evidenze scientifiche prodotte dalla molteplice letteratura di ricerca e clinica a disposizione;
- inoltre, programmi di trattamento specifici per i pazienti dei DSM affetti da disturbi mentali gravi (schizofrenia, disturbi bipolari e disturbi gravi della personalità) che impiegano sostanze;
- non di meno, strategie più precise in merito alla gestione delle condizioni di emergenza/urgenza e alla possibilità di impiegare lo strumento del TSO nel trattamento di questi pazienti;
- infine, l’organizzazione di servizi di reciproca consulenza tra DSM e Dipartimenti SerT, almeno per quelle realtà regionali che non si avviano alla “fusione” dei servizi sotto l’egida del DSM;
- una costante implementazione dei programmi di formazione, anche reciproca, per una migliore professionalizzazione degli operatori del campo.

Anche in Italia, come in altri paesi - in primis gli USA [33] - gli psichiatri devono essere sempre più consapevoli che l’impiego di sostanze è parte determinante dello sviluppo dei disturbi mentali, del loro decorso e della loro prognosi [34]. L’assertività nel recupero di questa “parte” dell’intervento in psichiatria non può che giovare al miglioramento delle conoscenze ed all’affinamento delle strategie terapeutiche dell’intera psichiatria.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Tansella M, De Salvia D, Williams P. The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence. *Soc Psychiatry* 1987; 22:160-6.
- [2] De Girolamo G, Cozza M. The Italian Psychiatric Reform. A 20-Year Perspective. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23:197-214.
- [3] Carrà G, Clerici M. The Italian Association on Addiction Psychiatry (SIPDip), formerly The Italian Association on Abuse and Addictive Behaviours. *Addiction* 2003; 98:1039-42.
- [4] The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291:2581-2590.
- [5] Presidenza del Consiglio dei Ministri. Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia.
http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/relazione_droga_2007/Relazione_2007.pdf. March 16, 2009.
- [6] Clerici M, Carta I, Cazzullo CL. Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24:219-226.
- [7] Pani PP, Trogu E, Contu P, Agus A, Gessa GL. Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program. *Drug Alcohol Depend* 1997; 48:119-126.
- [8] Fioritti A, Ferri S, Galassi L, Wamer R. Substance use among the mentally ill: a comparison of Italian and American samples. *Community Ment Health J* 1997; 33:429-42.
- [9] Carrà G, Scioli R, Monti MC, Marinoni A. Severity profiles of substance abusing patients in Italian community addiction facilities: influence of psychiatric concurrent disorders. *Eur Addict Res* 2006; 12:96-101.
- [10] Clerici M, Carta I. Personality Disorders among psychoactive substance users: diagnostic and psychodynamic issues. *Eur Addict Res* 1996; 2:147-155.
- [11] Pozzi G, Bacigalupi M, Tempesta E. Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: a two-phase study of prevalence at outpatient treatment centres in Italy. *Drug Alcohol Depend* 1997; 46:69-77.
- [12] Welfare Department. Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia, 2003. Italian Welfare Department.
http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/droga_relazione/Relazione2003.pdf. October 28, 2004.
- [13] Clerici M, Carrà G. 36-month follow up of opiate dependents in three levels of treatment intensity. In: G. Carrà, M. Clerici (eds.) *Dual Diagnosis: filling the gap*. Esher: John Libbey Eurotext; 2003: 85-91.
- [14] Hibell B, Andersson B, Ahlström S, et al. The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2000.
- [15] Department of Justice. Statistiche sull'esecuzione negli istituti penitenziari 2003. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.
http://www.giustizia.it/statistiche/statistiche_dap/2003/dicembre/det200312_toss.htm. October 28, 2004.
- [16] Carrà G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F. Prevalence of mental disorder and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2004; 13:47-54.
- [17] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway. EMCDDA.

http://annualreport.emcdda.eu.int/download/ar2003eu_en.pdf. October 28, 2004.

[18] Department of Health. Rilevazione 2001 del Personale e Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale. Roma: Direzione Generale della Prevenzione Ufficio XI; 2002.

[19] Drake RE, Mercer-Mc Fadden C, Mueser KT, Mc Hugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatments for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998; 24:589-608.

[20] Nizzoli U, Foschini V. ERIT-Italia, the Italian Federation for Professionals Working in the Field of Drug Abuse. *Addiction* 2002; 97:1365-1367.

[21] Carrà G, Scioli R, Barale F. Un Servizio di Consultazione per la Comorbidità Psichiatrica nei Disturbi da Uso di Sostanze. Presidenza del Consiglio dei Ministri — Dipartimento per gli Affari Sociali. Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Genova 28-30 Novembre 2000.

http://www.genovaduemila.it/documenti/relazioni/n_00_carra.pdf. October 28, 2004.

[22] European Board of Psychiatry. Charter on Training of Medical Specialists in The EU. Requirements for the Speciality of Psychiatry, 2003. European Union of Medical Specialists.

<http://www.uemspsiatry.org/board/reports/Chapter6-11.10.03.pdf>. October 28, 2004.

[23] World Psychiatric Association. World Psychiatric Association Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry. Yokohama: Author; 2002.

[24] OECD Observer. OECD in Figures. Statistics on the Member Countries, 2004 edn. Paris: OECD; 2004.

[25] Maremmani I, Zolesi O, Aglietti M, et al. Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with Axis I psychiatric comorbidity. *J Addict Dis* 2000; 19:29-41.

[26] Pani PP, Trogu E, Carboni GF, Palla P, Loi A. Psychiatric severity and treatment response in metadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 2003; 5:22-36.

[27] Gerra G, Ferri M, Polidori E, Santoro G, Zaimovic A, Sternieri E. Long-term methadone maintenance effectiveness: psychosocial and pharmacological variables. *J Subst Abuse Treat* 2003; 25:1-8.

[28] Gerra G, Borella F, Zaimovic A, et al. Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome. *Drug Alcohol Depend* 2004; 75:37-45.

[29] Solomon J, Fioritti A. Motivational intervention as applied to systems change: the case of dual diagnosis. *Subst Use Misuse* 2002; 37:1833-1851.

[30] Pozzi G, Del Borgo C, Del Forno A, Genuardo A, Mannelli P, Fantoni M. Psychological discomfort and mental illness in patients with AIDS: implications for home care. *AIDS Patient Care STDS* 1999; 13:555-64.

[31] Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, et al. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 2):S63-69.

[32] Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin dependents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. N° CD003410. DOI: 10.1002/14651858.CD003410.

[33] Miller SI, Frances R. Psychiatrists and the treatment of addictions: perceptions and practices. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1986; 12:187-197.

[34] Crome IB. Dissemination of current treatment research findings to the profession, policy makers and patients-whose responsibility is it? *Addiction* 2000; 12:1767-1769.

ADDENDUM SIP.Dip (1)

MODELLI DI CONSULTAZIONE PER LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

La valutazione diagnostica, soprattutto nel caso di pazienti tossicodipendenti con disturbo psichiatrico, assume particolare importanza in relazione all'individuazione delle caratteristiche del soggetto e dei margini "residui" di funzionamento sociale nella prospettiva di un intervento terapeutico da svolgersi in regime residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale, sia nel contesto pubblico che privato. Ma il fenomeno della tossicodipendenza non è mai unidimensionale per cui tale valutazione, pur non potendo prescindere dalla semeiologia e dalla clinica, può avvalersi anche di strumenti standardizzati multidimensionali tendenti non solo ad indagare gli aspetti sindromici e nosologici, ma anche gli aspetti inerenti lo stato attuale dell'abuso/dipendenza e il funzionamento relazionale e sociale. In tempi più recenti, si è resa poi indispensabile anche l'indagine sui comportamenti a rischio che, in tale categoria di pazienti, assume sempre grande importanza.

Nel corso degli ultimi decenni molti studi hanno cercato di affrontare l'intricato problema sotteso a tale complessità che, invariabilmente, influenza "in negativo" l'esito dei trattamenti. Dai primi studi di Mc Lellan (dal 1979 in poi) - che utilizzava l'*Addiction Severity Index (ASI)* come strumento clinico multidimensionale in grado di evidenziare la gravità psichiatrica come predittore d'esito del trattamento - quest'intervista strutturata ha avuto una notevole diffusione nella medicina delle tossicodipendenze, per cui se ne è proposto l'uso anche per "abbinare" i pazienti ad un determinato tipo di percorso terapeutico; i pazienti gestiti con questo screening preliminare sembrano avere un migliore *outcome* complessivo.

Uno dei problemi più gravi da affrontare oggi, da parte dei Servizi, nel pianificare interventi effettivamente basati sulle esigenze di tale tipo d'utenza, è la vasta eterogeneità della loro cosiddetta comorbidità ("doppia diagnosi"), cioè le varie declinazioni, la gravità e i diversi tipi di decorso della patologia, sia psichiatrica che di abuso/dipendenza. In questo senso l'ASI si è dimostrato uno strumento preliminare adeguato a distinguere sottogruppi di pazienti con "doppia diagnosi", mettendo i Servizi in condizione di pianificare più correttamente i loro interventi in quanto, di solito, il riscontro della gravità globale della psicopatologia è sufficiente per valutare l'impatto di questa dimensione sul trattamento.

Ci sembra utile sottolineare l'evidenza, oggi sempre più presente nei contesti clinici, per cui gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale dovrebbero riservare le loro limitate risorse alle patologie cosiddette "complesse" (ad esempio, situazioni di comorbidità); sull'altro versante, infatti, i Dipartimenti per le Tossicodipendenze tradizionalmente trovano difficoltà a gestire dimensioni psicopatologiche così variegata a causa della mancanza di una formazione ad hoc o conseguentemente alla limitatezza delle strutture o degli organici a disposizione.

Si individua, pertanto, nella disponibilità preliminare di "**Modelli di Consultazione per la Comorbidità Psichiatrica nei Disturbi da Uso di Sostanze**" una tipologia di *interventi di cerniera* in grado di consentire l'instaurarsi di programmi, precoci, efficaci ed efficienti che evitino - come segnalato dalla letteratura internazionale - successive più onerose prese in carico i cui risultati ed esiti a distanza si rivelano generalmente inferiori, spesso più costosi e, comunque, insoddisfacenti. Tale approccio si giustifica anche nella dimensione di un superamento progressivo dell'equivoco della propedeuticità reciproca tra Dipartimenti di Salute Mentale e per le Dipendenze che - all'atto della presa in carico di soggetti con comorbidità psichiatrica per disturbi diversi - spesso inquina o irrigidisce il rapporto tra Servizi.

Il Modello di Consultazione, da espletarsi con modalità differenti che tengano conto dei bisogni locali e/o della formazione degli operatori e/o dell'organizzazione regionale amministrativa ed operativa dei Servizi, potrebbe fornire prestazioni utili per gli utenti dei Ser.T. e dei DSM, nonché di altre agenzie dell'ASL di competenza, nonché del privato sociale che insistono nel territorio. Tale modello di Consultazione si propone di:

1. effettuare una diagnosi psichiatrica secondo i moderni sistemi di classificazione applicati nei DCS e che si basano su metodi clinici, ivi comprese le interviste strutturate;
2. mettere a regime protocolli specifici per favorire la collaborazione agli interventi di cura e di riabilitazione per soggetti tossicodipendenti;
3. fornire e verificare la fruibilità di valutazioni diagnostiche multidimensionali (anche utilizzando strumenti standardizzati) e, ove non fossero altrimenti reperibili, protocolli di trattamento psichiatrico adeguati ad un'utenza che risulta sfuggente ai Servizi di Salute Mentale per:
 - la scarsa visibilità della patologia,
 - a causa del mascheramento indotto dalla condotta d'abuso,
 - la mancata accettazione di una presa in carico da parte dei Servizi psichiatrici per problemi d'ordine psicologico, nonché culturale e sociale;
4. fornire consulenza e counseling in particolari situazioni: ad esempio, gruppi speciali quali donne, specifiche fasce d'età, pazienti con evidenti problematiche di violenza, pazienti in regime di detenzione, etc.;
5. valutare l'adeguatezza delle proposte di inserimento in regime residenziale;
6. valutare i margini residui di funzionamento sociale, ovvero gli indicatori predittivi dell'efficacia di possibili interventi terapeutici quali quelli attivabili in regime residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale;
7. inviare precocemente ed immediatamente a Servizi specialistici quei pazienti che, per la gravità di patologie non altrimenti rilevate, necessitano di trattamenti intensi e/o prolungati sfuggano ai comuni modelli di trattamento;
8. fornire trattamenti a pazienti i quali, presentando disturbi psichiatrici lievi o rifiutando la connotazione psichiatrica del disturbo, non potrebbero usufruire altrimenti di interventi pur indispensabili;
9. prendere in carico direttamente pazienti cronici con gravi disturbi psichiatrici che, continuando l'abuso di sostanze, non possono essere trattati nei contesti più tradizionali espressi dai Servizi Psichiatrici e delle Tossicodipendenze a disposizione sul territorio a causa della inevitabile propedeuticità reciproca tra Servizi psichiatrici e quelli per le Tossicodipendenze;
10. effettuare follow-up almeno annuali, indispensabili per questo tipo di utenza, valutando l'efficacia degli interventi nella dimensione psicopatologica e nelle più diverse forme di abuso e dipendenza.

ADDENDUM SIP.Dip (2)

APPROPRIATEZZA DELLE PRESCRIZIONI DELLE TERAPIE SOSTITUTIVE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO NEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

I farmaci sostitutivi dei derivati della Morfina (oppioidi di sintesi) costituiscono sostanze stupefacenti impiegate nel trattamento della dipendenza da eroina e morfina per ottenere la stabilizzazione della sintomatologia tossicomane, la prevenzione delle sindromi da astinenza e il controllo del *craving*. I farmaci impiegati a tale scopo sono il Metadone cloridrato e la Buprenorfina, il primo con attività esclusivamente agonista nei confronti del sistema recettoriale degli oppioidi, il secondo con funzioni di agonista parziale nei confronti dello stesso sistema. I farmaci in questione impediscono il prodursi della sintomatologia astinenziale in quanto bloccano - saturandolo - il sistema recettoriale degli oppioidi, ma mancano dell'effetto euforizzante; quelli sedativo e analgesico sono, di gran lunga, inferiori rispetto alla morfina. Inoltre, non hanno particolari effetti negativi sull'abilità motoria, sulla capacità mentale o sulle possibilità occupazionali del soggetto in trattamento. La disponibilità di queste terapie ha segnato, pertanto, una tappa importante nel trattamento delle dipendenze da oppiacei, permettendo di migliorare la prognosi delle stesse, con particolare riferimento al benessere soggettivo e alla riduzione dei sintomi, nonché delle complicanze fisiche, psichiatriche e sociali. Tali farmaci sono, indiscutibilmente, meno appetibili per i soggetti tossicodipendenti rispetto alle sostanze di sintesi abitualmente presenti sul mercato illegale. Ciononostante, da tempo il metadone è presente sul mercato illegale: i compratori del metadone "dirottato" sono attivi dipendenti da eroina che, generalmente, non possono o non vogliono entrare in un programma metadonico stabile e ben controllato. La portata dell'abuso associata al metadone "dirottato" non è particolarmente rilevante rispetto a quella dell'eroina e della cocaina e i casi di assuefazione al metadone come prima sostanza di abuso sono estremamente rari. Il metadone, se usato impropriamente, può causare overdose, ma le morti attribuite esclusivamente ad esso sono molto rare o del tutto accidentali, se comparate alle morti per overdose da eroina.

I protocolli relativi all'uso dei farmaci sostitutivi sono molteplici e, benché non siano stati individuati criteri di eleggibilità al trattamento univoci e rigidamente prescrittivi secondo un orientamento *evidence based*, è possibile rifarsi a due principali metodologie d'uso dei sostitutivi:

- a) trattamenti a breve termine finalizzati ad una rapida disintossicazione dagli oppioidi;
- b) trattamenti a medio e lungo termine, di mantenimento, finalizzati a stabilizzare la sintomatologia della tossicodipendenza.

Per entrambi gli approcci sussistono specifiche indicazioni, dosaggi differenziati e distinte modalità d'impiego dei farmaci nella strategia globale di presa in carico della persona tossicodipendente.

Benché il metadone e la buprenorfina non siano stupefacenti particolarmente ricercati da parte dei tossicodipendenti, da tempo si è costituito - in certi contesti ambientali - un mercato illegale dei sostitutivi. I motivi per i quali questi farmaci possono essere utilizzati al di fuori del controllo medico sono molteplici:

- a) riduzione della sintomatologia astinenziale. Vi ricorrono le persone con dipendenza pura da eroina nei momenti di temporanea caduta dell'offerta della sostanza primaria nei mercati illegali;
- b) uso combinato del metadone con eroina per motivi di natura economica: il primo può essere reperito ad un prezzo inferiore rispetto agli altri derivati della morfina. La sovrapposizione dell'eroina iniettabile e di un basso dosaggio di metadone garantisce la stimolazione dei

recettori con una dose di eroina inferiore rispetto a quella richiesta dal fenomeno della tolleranza;

- c) uso combinato seriale di più droghe nell'ambito di comportamenti politossicomani. Ad esempio, è stato descritto l'uso del metadone per attenuare la sintomatologia eccitatoria disforica indotta dagli stimolanti (cocaina, anfetamine, etc.). In questo caso il metadone viene assimilato allo schema delle *designer drugs*, in quanto sostanza assunta per via orale, priva dello stigma specifico dell'eroina o della morfina iniettabili.

Per queste, ed altre ragioni, accanto all'uso specifico terapeutico effettuato sotto controllo sanitario, si riscontra un *uso improprio dei farmaci sostitutivi* che copre una quota del mercato illegale delle sostanze stupefacenti. Una delle fonti che purtroppo contribuiscono ad alimentare il *mercato nero* del metadone è costituita dagli stessi Servizi per le Tossicodipendenze che possono essere, in qualche modo, "forzati" dalla pressione esercitata dal tossicodipendente per l'ottenimento di puri benefici transitori. Inoltre, in aggiunta all'uso illegale dei sostitutivi, si deve considerare che molti tossicodipendenti accettano il trattamento di mantenimento, e cioè per un periodo lungo, solo a bassi dosaggi. Questo perché i bassi dosaggi prevengono il verificarsi della sindrome da astinenza, ma non impediscono il *craving*. Le droghe illegali, pertanto, continuano ad essere assunte assicurando l'effetto euforizzante che sarebbe invece impedito dalla piena saturazione del sistema recettoriale degli oppioidi. Tale comportamento nei confronti del metadone - che potremmo definire opportunistico - riguarda pertanto una fascia di tossicodipendenti "cronici" (ma non solo), spesso non misurabile quantitativamente, che non riescono ad essere correttamente coinvolti nei programmi terapeutici selezionati per loro dai Servizi e si qualifica sempre di più come un fenomeno, purtroppo "fisiologico", che deve e può essere validamente contenuto, ad esempio, dai seguenti accorgimenti operativi:

- 1) adesione costante, nella gestione terapeutica di questi pazienti, a principi di buona pratica clinica (dosaggio adeguato, programma di counselling/trattamento psicologico "parallelo" all'intervento farmacologico, protocolli di assistenza sociale/lavorativa e/o di riabilitazione psicosociale, stretto controllo della gestione "in affidamento") in linea con un approccio terapeutico multimodale integrato del tossicodipendente;
- 2) sistematica verifica della presenza di cataboliti di altri stupefacenti nelle urine del paziente in terapia sostitutiva che porti, in caso di positività, ad una rigorosa valutazione costo/benefici del trattamento e, se necessario, alla ridefinizione del progetto complessivo rivolto all'utente, anche con eventuale sospensione della terapia farmacologica o all'invio in altri programmi di incentivazione "forzosa" che - come tali - non prevedano l'affidamento del farmaco ad un paziente chiaramente inaffidabile;
- 3) rivalutazione, ridefinizione ed, eventualmente, riprogrammazione costante dei programmi terapeutici in corso - su base almeno annuale - a partire da una corretta diagnosi psicopatologica (d'ingresso e nel tempo) e di un monitoraggio/follow-up della storia clinica del paziente in carico.

Il fenomeno dell'impiego scorretto delle prescrizioni farmacologiche è, come in altri ambiti della medicina, purtroppo inevitabilmente presente nella pratica clinica e può essere fortemente ridotto, ma forse non eliminato del tutto. Naturalmente, l'adesione ai principi della *buona pratica clinica*, l'applicazione della sistematica verifica delle urine, nonché la rivalutazione costante dei programmi dipende in modo sostanziale dalla possibilità che gli operatori dei Servizi hanno di interagire chiaramente e su base assertiva con gli utenti ponendo limiti alle richieste *improprie* di questi ultimi. Ciò richiede - ed è utile ribadirlo - che i Servizi siano adeguatamente organizzati e presentino un'adeguata dotazione di personale e di risorse strutturali tali da garantire lo svolgimento di un'attività clinica così impegnativa. In alcune situazioni infatti, soprattutto nelle grandi città o nelle aree metropolitane socialmente più degradate, si può accentuare l'espressione di comportamenti criminali proprio tra l'utenza dei Servizi. In questi contesti, gli operatori dei Servizi possono subire pressioni

psicologiche, minacce e addirittura violenze fisiche se non adottano un comportamento “flessibile” quanto alla richiesta di prescrizione e di somministrazione del metadone al di fuori del contesto di appropriatezza e di puntuale finalizzazione clinica. A questo deve aggiungersi che i fenomeni crescenti della politossicomania e della maggiore diffusione degli psicostimolanti, in primo luogo la cocaina, hanno determinato una maggiore incidenza dei comportamenti aggressivi e violenti nella popolazione attualmente trattata dai Ser.T.

Risulta evidente, peraltro, come tali situazioni possano esistere comunque - a prescindere dal tipo di trattamento effettuato - laddove i livelli di aggressività dei pazienti sono il risultato di fenomeni complessi in cui si associano fattori importanti quali la personalità di base del paziente, la tipologia delle sostanze assunte, le interazioni farmacologiche e/o tra sostanze d'abuso e terapie prescritte, nonché i disturbi psichici primari e/o indotti da sostanze. Questi aspetti complessi necessitano pertanto, soprattutto in un paese come il nostro che non ha mai valorizzato la ricerca sul campo nell'area delle tossicodipendenze, di studi rigorosi – dal punto di vista epidemiologico e clinico – finalizzati ad un miglioramento delle conoscenze sulla loro possibile influenza a livello dei seguenti parametri:

- incremento/riduzione dell'utenza in carico,
- prolungamento/accorciamento della permanenza in trattamento,
- riduzione/aumento del turn-over nei Servizi o della mortalità,
- costruzione/miglioramento dell'alleanza terapeutica in genere e, soprattutto, nei soggetti con gravi disturbi della personalità, etc.

Anche nelle situazioni non limite - quindi nella maggior parte dei Ser.T. - gli operatori dovrebbero essere chiamati a perseguire i seguenti obiettivi:

- a) assumersi la responsabilità clinica e deontologica di riconoscere questi aspetti del problema;
- b) sostenere il compito di una difficile e costante negoziazione assertiva con gli utenti in trattamento, in primis quelli associati a trattamenti sostitutivi;
- c) segnalare alle autorità sanitarie e amministrative l'eventuale rischio presente nei contesti lavorativi di appartenenza.

In conclusione sembra verificarsi, pertanto, un nesso strettissimo tra sicurezza del contesto lavorativo e strategie terapeutiche, in particolare impiego appropriato dei farmaci sostitutivi. Solo gli ambienti nei quali è garantita la sicurezza degli operatori, costoro potranno contrastare efficacemente l'uso opportunistico, o semplicemente non appropriato, dei sostituitivi e ricondurre questa pratica alla pienezza dell'indicazione sanitaria.

A questo livello, le proposte che la Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze – SIP.Dip (Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria) avanza sono le seguenti:

- (1) implementazione, nei Ser.T., dei sistemi di monitoraggio dei cataboliti urinari e adozione di precisi criteri di adesione al trattamento sostitutivo (condizioni di eleggibilità, condizioni per la continuità di trattamento, condizioni per l'applicazione di sistemi premianti, etc.) secondo linee-guida riconosciute a livello internazionale;
- (2) sviluppo dei sistemi di monitoraggio della rilevanza dei comportamenti dissociali violenti nei Servizi per le tossicodipendenze. Il fenomeno è tuttora poco riconosciuto come fonte di rischio ambientale e la normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro non prevede alcuna specifica procedura (analoga, per esempio, a quelle esistenti in ambito psichiatrico);
- (3) promozione di programmi di formazione rivolti agli operatori dei Ser.T. e DSM per gestire i comportamenti violenti degli utenti, a partire da un attento riconoscimento diagnostico della psicopatologia, dei disturbi della personalità e delle sostanze così spesso connesse a tali comportamenti;

- (4) adeguamento, quantitativo e qualitativo, del personale e degli spazi disponibili nei Servizi per una migliore qualità di vita lavorativa degli operatori, nel rispetto della dignità dei pazienti e degli operatori stessi;
- (5) aumento/suddivisione dei punti di erogazione delle terapie farmacologiche e realizzazione di programmi integrati con un tetto numerico di partecipanti predefinito, tali da rendere possibile interventi di carattere relazionale: tale molteplicità delle sedi di somministrazione può contribuire a limitare il fenomeno degli “assembramenti” impropri e a diluire gli accessi dell’utenza;
- (6) definizione di protocolli - validi a livello locale - da attivare in collaborazione con le autorità sanitarie, amministrative e con le forze dell’ordine per un’efficace sorveglianza degli ambienti limitrofi alle sedi di somministrazione per evitare che questi divengano altrettanti luoghi di spaccio per l’addensarsi di una clientela di potenziali acquirenti. In relazione a tale aspetto occorre riflettere sulla linea di tendenza, di fatto adottata in molte realtà urbane, che tollera la formazione spontanea di specifici luoghi di incontro dei tossicodipendenti, luoghi ritenuti - in un certo senso - più facilmente oggetto di controllo sociale (vedi altre esperienze in realtà europee assimilabili). Tali interventi di sorveglianza dovranno essere messi in opera con accorgimenti organizzativi tali da non disincentivare l’afflusso degli utenti al Servizio e, soprattutto, non ridurre la fiducia del tossicodipendente nel Servizio stesso, base insostituibile di un valido rapporto medico-paziente;
- (7) nelle realtà caratterizzate da livelli di rischio più elevati, definizione di protocolli atti a garantire e tutelare, operativamente, le sedi dei servizi (in particolare quelli di somministrazione del metadone) secondo norme e con modalità di sorveglianza (*security*) finalizzate ad offrire la massima garanzia di sicurezza agli operatori ivi impegnati. Anche in merito a questi interventi di sorveglianza si dovranno prevedere idonei accorgimenti organizzativi tali da non disincentivare l’afflusso degli utenti al Servizio e, soprattutto, non ridurre la fiducia del tossicodipendente nel Servizio, base insostituibile di un valido rapporto medico-paziente;
- (8) delega specifica, alle Società scientifiche operanti nell’area delle tossicodipendenze, di sviluppare conoscenze tecniche sul tema, diffonderle nei Servizi e tra gli operatori, facilitare la formazione del personale - medico e non - all’utilizzo dei farmaci (indicazioni, durata della terapia, dosi da utilizzare, etc.) secondo le indicazioni delle linee guida internazionali riconosciute operando, più in generale, per il raggiungimento di sempre maggiori consensi da parte dei potenziali affiliati per sensibilizzare le autorità competenti, nazionali e locali, a sostenere tali obiettivi.