



NEUROPSICHIATRIA E DIPENDENZE: LA SFIDA DELLE CO-DIAGNOSI

Dr. Gianluigi NOBILI

DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE ASST GARDA

Dr. Enrico ELBA

RESPONSABILE SERT-NOA ASST GARDA

Dr.ssa Annamaria CIPANI

RESPONSABILE UONPIA ASST GARDA

17/12/2021

ATS Brescia – Conferenza annuale Salute Mentale

Nel novembre del 2017 molti ricorderanno un precedente evento, promosso sempre da ATS, che aveva per titolo ***NEUROPSICHIATRIA E DIPENDENZE – Dialoghi terapeutici tra gli attori della rete di ATS Brescia.***

In particolare, molto interessanti e approfonditi gli interventi del Prof. Massimo Clerici, del Dott. Matteo Lancini, del Dr. Michele Tagliasacchi, che hanno illustrato magistralmente gli aspetti etiologici, patogenetici, clinici, sociologici, ecc., ecc. della dipendenza patologica e delle correlazioni psichiatriche in modo assolutamente ampio e approfondito con l'attenzione rivolta al mondo giovanile.

Seguiti poi dalla presentazione della Dott.ssa Mariangela Abrami di una proposta di *“Protocollo Tecnico Operativo per la gestione di minori multiproblematici che si rivolgono ai Servizi per le Dipendenze e ai Servizi di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’Adolescenza”*.

Neuropsichiatria e Dipendenze:

Dialoghi terapeutici tra gli attori della rete di ATS Brescia

Minori Multiproblematici:

Protocollo di Intesa tra ATS, NPJA e SERVIZI per le DIPENDENZE

16 novembre 2017

Oggi rivedremo e riprenderemo quel Protocollo, per arrivare alla nostra *Istruzione Operativa Aziendale (IOA n. 70 - ASST GARDA)* come obiettivo e risultato concreto.

Nel mio intervento quindi non intendo affrontare argomenti di carattere tecnico e scientifico sulla dipendenza patologica, vorrei invece cercare di tratteggiare quella che è **una fotografia** di “cosa sono” (o dovrebbero essere) i **Servizi delle Dipendenze oggi**.

Per arrivare a ciò, è necessario ricordare alcuni passaggi dell’evoluzione dei Servizi delle Dipendenze nel corso dei loro 40 anni di esistenza.
Verranno quindi, di seguito, evidenziate alcune tappe a partire dalle indicazioni normative e legislative.

Conoscenze e informazioni fondamentali per consentire a tutti gli attori di realizzare una efficace e fattiva attività di collaborazione e di interazione per valorizzare gli aspetti di complementarità tra servizi.

Per conoscere e di conseguenza “riconoscere” le rispettive e specifiche competenze, esperienze, responsabilità e limiti.

Per usare una frase della presentazione dell’evento «...*permettere di condividere il tratto di strada che hanno percorso e gli incontri connessi; con compagni di viaggio occasionali o stabili, con paesaggi più o meno conosciuti*»

CENNI DI STORIA E DI EVOLUZIONE DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

In tema di “*dipendenza*” e *problemi connessi*, le mutazioni e le evoluzioni sono sempre state frequenti e continue fin dall’inizio comportando adeguamenti delle strategie di intervento, confronti serrati tra operatori, aggiornamenti continui e formazioni.

Questi cambiamenti sono attribuibili sia al susseguirsi ininterrotto di nuove forme di dipendenza sia all’evoluzione del concetto di dipendenza e delle modalità di cura e di presa in carico nei servizi.

Da un iniziale, ma forse mai scomparso completamente, concetto che *la tossicodipendenza debba essere considerata fundamentalmente come un **vizio** da punire e confinata in gruppi di persone “deviate” ed emarginate (il “tossico” eroinomane)* si è giunti oggi alle più “moderne” **dipendenze comportamentali** (gioco d’azzardo patologico) con Case da gioco legali, Gratta e vinci presenti ovunque, il gioco del lotto, ecc. o all’**iperinvestimento nelle attività on line** (gaming – videogiochi - social – lavoro – shopping compulsivo – virtual sex – trading patologico - ecc.), per il quale però non è ancora stato stabilito se sia condizione di “**dipendenza** patologica” o meno.

*(“**gaming disorder**”. Una condizione che di recente l’Organizzazione mondiale della sanità ha inserito nella classificazione delle malattie, riconoscendola come **disturbo comportamentale**)*



LA STORIA

DAL PUNTO DI VISTA NORMATIVO

1975

Legge n° 685 del 22 dicembre

La prima legge organica promulgata in Italia in materia di droga e dipendenze ad essa correlate. Per la prima volta **la tossicodipendenza cessa di essere vista solo come un problema di ordine pubblico e diviene anche un problema sociale e sanitario.**

La legge all'art. 90 sanciva *“La cura e la riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope sono affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici”, tutelando dalla logica contenitiva manicomiale e sostenendo il concetto della non “medicalizzazione” e, ancor più, della non “psichiatrizzazione” della dipendenza patologica.*

Legge n° 685 del 22 dicembre 1975

Vengono istituiti, a livello provinciale, i **CMAS (Centri Medici di Assistenza Sociale)** le cui finalità sono:

- a. fornire l'ausilio specialistico occorrente ai luoghi di cura, ai centri ospedalieri e sanitari locali ed ai singoli medici;
- b. determinare le più idonee terapie di disintossicazione, operando i necessari interventi e controlli sull'attività dei presidi sanitari;
- c. attuare ogni opportuna iniziativa idonea al recupero sociale degli assistiti, interessando in via prioritaria, quando è possibile, la famiglia.

In realtà **tali Centri non sono veri e propri servizi, ma organismi di coordinamento tra i vari servizi sanitari già esistenti** chiamati ad intervenire, ciascuno per il proprio ambito, sulle tossicodipendenze.

1978

Legge n° 833 del 23 dicembre

Istituzione delle USL. La legge stabilisce che sarà compito delle USL individuare i presidi socio-sanitari nel cui ambito operino servizi che possano provvedere alla somministrazione dei farmaci di sostituzione e all'accertamento del reale stato di Tossicodipendenza.

La legge 833 crea inoltre le premesse del primo piano sanitario regionale, con il quale vengono istituiti, presso ogni USL, i **CTST** (Coordinamento per la tutela e la salute dei tossicodipendenti). Al pari dei **CMAS**, anche i **CTST sono strutture di coordinamento, non ancora servizi veri e propri.**

****** L'attuale **Sistema** di intervento sulle Dipendenze è nato formalmente dopo gli anni 80, con la istituzione dei **N.O.T.** (Nuclei Operativi Tossicodipendenze) con l'unione dei **C.M.A.S.** (Centri Medici e di Assistenza Sociale) istituiti con la legge 685 del 1975 e dei **Presidi di Diagnosi e Cura** (gergalmente identificati come Centri Metadonici), mentre, parallelamente esistevano già i **N.O.A.** per l'alcolologia.

1990

****** Con la Legge n. 162 e il DPR n. 309 vengono costituiti i **centri specialistici per le dipendenze (Sert e SMI)**.

Specifiche strutture accreditate pubbliche e private **con accesso libero e gratuito e diritto all'anonimato**. Questa organizzazione territoriale era supportata anche dalla percezione e dalla previsione che la diffusione dell'eroina potesse diventare un problema grave, già complicato dall'inizio della diffusione dell'infezione da HIV, in Italia primariamente legato all'uso iniettivo promiscuo di eroina. Situazione non prevedibile nel 1975.

****** *Storicamente i servizi delle Dipendenze (**SerT**) sono stati più strutturati per gli interventi sulle droghe illecite, in particolare eroina, rimanendo a lungo ancorati al concetto di “guerra alla droga” (illecita) mantenendo in una zona d’ombra le altre forme di dipendenza da **alcool**, **tabacco**, **farmaci**, **NSP** (Nuove Sostanze Psicoattive) e senza sostanza (**dipendenze comportamentali**).*

Dalla Relazione al Parlamento 2020 si evidenzia che sono più di 36 milioni i consumatori di alcolici in Italia del 2019.

L'**alcol** determina, nel mondo, circa 3 milioni di morti all'anno tra infortuni (incidenti stradali autolesionismo, violenza - 28%), disturbi digestivi (21%), malattie cardiovascolari (19%) e il resto per malattie infettive, tumori, **disturbi mentali** e altre condizioni di salute.

L'OMS ha definito il **fumo** "la prima causa di morte evitabile" nei nostri Paesi.

Gradualmente il mandato dei Servizi delle Dipendenze si è sempre più orientato verso il **trattamento di tutte le dipendenze patologiche**. Ma il Sistema sanitario nel suo complesso e la popolazione generale conservano una sorta di **stigma** verso il tossicodipendente che finisce per stigmatizzare in generale tutto il settore. Questo stigma, per diverse ragioni, è uno dei principali fattori del ritardo con cui le persone si rivolgono ai Servizi di cura

... quando non ne possono più fare a meno.

Spesso quando ormai sono in una situazione di cronicità.

Con la **Legge 79 del 2014** sono stati ridenominati i servizi pubblici delle Dipendenze in:

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.

COLLABORAZIONE E COOPERAZIONE TRA SERVIZI

Nel campo delle Dipendenze è assolutamente appropriato parlare di **sistema di cura** e di trattamento, in quanto le problematiche connesse toccano tutti gli ambiti di vita della persona e quindi “curare” la dipendenza vuol dire intervenire a 360 gradi sulla persona e su tutto ciò che gli ruota intorno.

Risulta pertanto necessario che, dopo la fase diagnostica, con il coinvolgimento di un'equipe di valutazione multidisciplinare in grado di effettuare un'accurata analisi delle condizioni personali, sanitarie e sociali del soggetto e dell'ambiente in cui vive, segua la fase della presa in carico e della cura, che preveda sempre un **lavoro di rete** con tutte le istituzioni territoriali e ospedaliere.

In particolare, questa attività **viene svolta** con i servizi del territorio sia aziendali (Consultori - CPS - **NPIA** - Disabilità) che extra aziendali, in particolare con i servizi sociali comunali, con le numerose associazioni del privato sociale (Alcolisti Anonimi – Narcotici A. - ACAT – ecc.) con i MMG, con le Comunità Terapeutiche e con le strutture ospedaliere (Riabilitazioni Alcolologiche – reparti ospedalieri).

Numerose poi sono le attività nella quali sono coinvolti per collaborazioni in progetti territoriali con diversi partners:

- le cooperative sociali e gli S.M.I. (Progetto QB – Limitazione del rischio),
- gli Ambiti territoriali comunali (D.G.R. n. XI/2609/2019 “Realizzazione di azioni locali di sistema nel contesto degli Ambiti territoriali in materia di prevenzione e contrasto al Gioco d’Azzardo Patologico”),
- i Servizi sociali comunali, le associazioni del privato sociale, reparti ospedalieri (PP.SS.) con la partecipazione a tavoli di lavoro multidisciplinari per la presa in carico delle “Donne vittime di violenza con problemi psichiatrici o affette da dipendenza”.
- l’Università Cattolica Sacro Cuore, progetto "COMPRENDERE E FRONTEGGIARE IL GAP PROMUOVENDO SALUTE E SVILUPPO DI COMUNITÀ. UNA RICERCA-INTERVENTO", che stiamo realizzando con ATS Brescia (CERISVICO - Research Centre on Community Development and Organisational Quality of Life)
- La Cooperativa di Bessimo e l’Università Statale degli Studi di Brescia (Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali- DSCS) per partecipazione alla ricerca “Progetto Drugs Addictions Master. Sostanze psico-attive 2.0 – fenomeni in evoluzione”.



- Tempi fisiologici per la messa a sistema del Protocollo
- Il Protocollo diventa realtà e si attua attraverso gli operatori coinvolti, i quali traducono gli accordi scritti in azioni concrete riconoscendone il valore non solo per i Servizi ma soprattutto per l'utenza
- Rappresenta un dispositivo per consolidare i legami in essere tra Servizi e le corresponsabilità tra i nodi della rete per evitare meccanismi di delega e cortocircuiti tra le parti

E' uno strumento per:

- Fare rete: condividere dialoghi terapeutici durante tutto il percorso di cura e non solo nella fase di acuzie del problema, garantendo livelli di collaborazione e di integrazione continuativi, nell'ottica del «prendersi cura» del minore e della sua famiglia
- Valorizzare il coinvolgimento di tutte le risorse e il riconoscimento delle specificità di ognuna, per garantire interventi congrui al livello di multiproblematicità del minore e della sua famiglia
- Costruire e consolidare linguaggi comuni, in grado di rispondere ai bisogni di una popolazione portatrice di un disagio espresso in molteplici forme e non sempre di facile lettura

Rappresenta un primo step :

- Ampliare i nodi della rete tradizionale a nuove alleanze territoriali, includendo ambiti meno convenzionali in cui il minore si trova ad agire, al fine di intercettare preventivamente forme di disagio latente che se non orientate possono esitare in stati psicopatologici

L'auspicio è di consolidare buone prassi terapeutiche, capaci di incrementare il livello di salute in tutte le sue forme proprio a partire dalla popolazione appartenente alla fascia dell'età evolutiva.

