



Sistema Sanitario Regione Liguria

Asl3



Società Italiana di Alcologia (SIA)

ATTI DELLA CONFERENZA NAZIONALE SULLE PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

Genova 19 Giugno 2018

**Necessità di un cambiamento?
Management e position paper**

A cura di Luigi Carlo Bottaro e Gianni Testino



Atti del convegno "Conferenza nazionale sulle patologie delle dipendenze: necessità di un cambiamento" – Genova 19 Giugno 2018.

Autori: Gianni Testino, Luigi Carlo Bottaro, Giovanni Addolorato, Pierluigi Allosio, Patrizia Balbinot, Fabio Caputo, Tiziana Fanucchi, Giovanni Greco, Silvia Leone, Franco Marcomini, Valentino Patussi, Doda Renzetti, Emanuele Scafato e direttivo nazionale della Società Italiana di Alcologia.

Lavoro Sostenuto dalla ASL3

Suddivisione stesura “position paper”

Gianni Testino (SIA, coordinatore, management ed estensore testo)
Centro Alcológico Regionale – Regione Liguria
ASL3 (presso Ospedale Policlinico San Martino, Genova)

Luigi Carlo Bottaro (SIA, management, aspetti laboratoristici e revisione testo)
Direttore Generale ASL3, Genova

Valentino Patussi (SIA, percorso assistenziale e revisione testo)
Centro Alcológico Regionale Toscano, Ospedale Policlinico Careggi, Firenze

Fabio Caputo (SIA, percorso assistenziale e revisione testo)
Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale S. Annunziata di Cento (Ferrara) e Centro “G. Fontana” per lo studio e il trattamento multidisciplinare della dipendenza da alcol, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna

Giovanni Addolorato (Revisore esterno)
Unità di Alcologia Ospedale Policlinico Gemelli, Roma

Patrizia Balbinot (SIA, accoglienza, gestione bisogni del paziente, cooperazione auto-mutuo-aiuto)
Operatrice Socio Sanitaria
Centro Alcológico Regionale- Regione Liguria
ASL3 (presso Ospedale Policlinico San Martino, Genova)
Servitrice Insegnante

Paola Cardinale (aspetti psichiatrici)
Clinica Psichiatrica
Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Tiziana Fanucchi (SIA, aspetti psico-sociali)
Centro Alcológico Regionale Toscano, Ospedale Policlinico Careggi, Firenze
Servitrice Insegnante

Doda Renzetti (SIA, revisione testo)
UO Medicina Ospedale Mater Dei, Bari

Giovanni Greco (SIA, revisione testo)
SerT Ravenna, AUSL Romagna

Pierluigi Allosio (SIA, revisione testo)
Presidente Sezione Piemonte SIA

Silvia Leone (aspetti tossicologici)
Tossicologa – Referente Centro Alcológico Regionale – Regione Liguria
ASL3 Genovese (presso Ospedale Policlinico San Martino)

Emanuele Scafato (SIA, epidemiologia e revisione testo)
Osservatorio Nazionale Alcol - Centro OMS Ricerca Alcol
Centro Nazionale Dipendenze e Doping
Istituto Superiore di Sanità

Giorgio Schiappacasse (aspetti psichiatrici)
Direttore SerT Asl3, Genova

Direttivo Nazionale Società Italiana di Alcologia (revisori interni):
Maria Francesca Amendola (Cosenza), Vincenzo Palmieri (Bari), Raffaella Rossin (Milano), Sarino Aricò (Torino), Paolo Cimarosti (Pordenone), Livia Macciò (Savona), Cristina Meneguzzi (Pordenone), Michele Parisi (Enna), Davide Mioni (Padova), Aniello Baseliace (Salerno), Teo Vignoli (Bologna), Bruno Sciutteri (Torino)

Premessa

Diverse valutazioni di ordine epidemiologico e biologico, e la recente pubblicazione del DSM-V¹ (diagnostic and statistical manual of mental disorders) hanno imposto alla comunità scientifica un periodo di riflessione su diagnosi e trattamento di ciò che nel DSM-IV era definito "dipendenza". La recente crescita di uso di sostanze nel periodo adolescenziale e di adultizzazione ha ulteriormente complicato il quadro complessivo. Si assiste, inoltre, ad un costante incremento delle problematiche non collegate a sostanze, ma a comportamenti (disturbi del comportamento alimentare, addiction tecnologica, gambling, sesso, shopping, ecc.) (Tabella I).

Tabella I – Problemi vecchi ed emergenti che si integrano e si potenziano.

- Adolescenti e policonsumo.
- Nuove sostanze sintetiche.
- Commistione fra consumo di sostanze e aspetti psicopatologici.
- Associazione consumo di sostanze e alterazioni comportamentali.
- Pubblicità ingannevole e interessi economici.
- Criminalità organizzata.
- Bassa percentuale di identificazione precoce.
- Ridotta sensibilità della medicina di base.
- Stigma (popolazione generale e professionisti della salute).
- Servizi obsoleti dal punto di vista strutturale.
- Disuguaglianze.

Note di Epidemiologia

Alcol^{2-8,66}

a) 23,2% della popolazione maschile e il 9,1% di quella femminile a rischio di sviluppare patologie alcol correlate (criteri Istituto Superiore Sanità, ISS).

Tabella II - Percentuali di consumo al di sotto dei 18 anni:

	11-15 anni	16-17 anni
Maschi	11,4%	49,3%
Femmine	8,5%	40,0%

b) Attualmente non esiste un dato preciso relativo al numero dei pazienti affetti da patologie e problemi alcol correlati. Si stima che venga intercettato solo il 15% (costi successivi elevati per mancanza di identificazione precoce).

Sostanze^{9,10}

Incremento consumatori di cannabis (4 milioni di italiani). Sostanziale stazionarietà epidemiologica per le altre sostanze. Cambiamento del tipo di assunzione fra i più giovani (cocaina fumata e i.v., eroina fumata).

Cannabis: negli ultimi 12 mesi circa il 20% della popolazione fra i 15 e i 19 anni.

Cocaina e/o Crack: negli ultimi 12 mesi circa il 2% fra i 15 e i 19 anni.

Eroina: negli ultimi 12 mesi circa lo 0,2% della popolazione fra i 15 e i 19 anni.

Fumo¹¹

In Italia i fumatori sono circa undici milioni. Il consumo fra i giovani è in aumento.

Donne fra i 14 e i 24 anni: 15,8%.

Uomini fra i 14 e i 24 anni: 20,7%

Il 40%-80% dei consumatori di sostanze sono "forti fumatori" (più di 25 sigarette al giorno).

Stimolanti e Allucinogeni^{9,10}

I consumi durante l'adolescenza di sostanze stimolanti (esempio amfetamine, ecstasy)

e di allucinogeni (esempio LSD e funghi allucinogeni) seguono andamenti del tutto simili: per entrambe le sostanze, dopo l'aumento delle prevalenze annuali registrato negli anni 2003-2008 (da 1,9% a 2,8% per gli stimolanti e da 2,2% a 2,9% per gli allucinogeni), dal 2012 al 2014 si osserva una invariabilità dei consumi (per gli stimolanti intorno a 2,6-2,8% e per gli allucinogeni al 2,5%). Nel caso degli stimolanti la stabilizzazione prosegue anche nell'ultimo anno, mentre per gli allucinogeni si registra una sostanziale stabilizzazione.

Il 4% e 3% degli adolescenti italiani almeno una volta nella vita hanno provato ad assumere rispettivamente sostanze stimolanti e allucinogeni, circa il 3% e 2% l'hanno fatto nel corso dell'ultimo anno e per quasi il 2% e 1% si è trattato di ripetere il consumo nel mese antecedente a quello di somministrazione.

Nuove sostanze sintetiche^{9,10,12}

No dati epidemiologici certi.

L'Osservatorio EMCDDA (osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) ha rilevato 63 nuove sostanze (cannabinoidi sintetici 31,7%, catinoni sintetici 23,8%, fenetilamine 11,1%, derivati piperazini 6,3%, benzodiazepine 4,7%).

Psicofarmaci non prescritti^{9,10}

Fatta eccezione per la leggera flessione registrata nel 2012, tale consumo tende ad aumentare nel corso degli anni: se nel primo caso la prevalenza passa da 8% del 2007 a 9% nel 2014 a quasi il 10% nell'ultima rilevazione, rispetto al consumo nel corso del mese antecedente allo svolgimento dello studio le prevalenze passano da 4% del 2007 a valori intorno al 6% nell'ultimo biennio.

Rispetto ai frequent users si registra un andamento crescente fino al 2011 (da 1% del 2007 a 2%), seguito da una stabilizzazione delle prevalenze.

Il 18% degli studenti italiani tra i 15 e i 19 anni ha utilizzato psicofarmaci non prescritti dal medico almeno una volta nella vita e il 10% li ha assunti durante l'anno. I current users, coloro cioè che hanno utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica nell'ultimo mese, sono il 6% e il 2% sono frequent users, ossia studenti che li hanno consumati 10 o più volte nell'ultimo mese.

A differenza di quanto rilevato per le altre sostanze psicoattive, sono soprattutto le ragazze a utilizzare psicofarmaci non prescritti: le prevalenze femminili riferite ai consumi nei diversi intervalli temporali, infatti, risultano sempre superiori a quelle dei coetanei, sia minorenni che maggiorenni.

Nel complesso il 24% delle studentesse fra i 15 e i 19 anni almeno una volta nella vita ha utilizzato psicofarmaci senza prescrizione medica, il 13% li ha utilizzati nei 12 mesi precedenti lo studio e il 7% nel mese precedente (contro il 13%, 7% e 4% dei coetanei maschi). Il 2% circa degli studenti di entrambi i generi ha utilizzato psicofarmaci non prescritti 10 o più volte nell'ultimo mese.

Per poco più della metà (52%) degli studenti che hanno utilizzato psicofarmaci durante l'anno si è trattato di un consumo circoscritto a non più di 5 volte, mentre il 22% li ha utilizzati più frequentemente, 20 o più volte durante l'anno, in particolar modo i maschi.

Il 25% degli studenti italiani, che abbiano o meno consumato psicofarmaci non prescritti, ritiene sia facile poterseli procurare anche via internet e a riferire questa percezione sono soprattutto i frequent users (69% contro il 58% dei consumatori occasionali e il 21% di coloro che non ne ha fatto uso durante l'anno).

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

L'incidenza dei DCA è descritta, in progressivo incremento in tutte le aree del mondo, soprattutto nelle aree a sviluppo industriale¹³.

In Italia la prevalenza nella vita, di qualsiasi DCA, è valutata dal 3,3% al 2,2%.

Per quanto riguarda l'incidenza in Italia è di 4/8 nuovi casi su 100.000 abitanti per l'anoressia nervosa e di 9/12 nuovi casi per la bulimia nervosa con una età media di insorgenza a 17 anni.

L'Agenzia Regionale Sanitaria Ligure ha curato nel 2009 la pubblicazione di un Quaderno sui DCA: in questo lavoro viene evidenziato come il 4,1% della popolazione ligure tra i 15 ed i 54 anni presentava un alto rischio, valutato del 4,1% di sviluppare un DCA. Il sesso femminile registra poi punteggi più alti (6,5% contro lo 0,9% dei maschi). Va rilevato come le femmine delle classi di età più giovani (15/24 anni) presentino in Liguria una prevalenza maggiore del fenomeno rispetto al resto d'Italia: 9,3% contro l'8,8%. Anche nella fascia di età 25-34 anni in Liguria vi è una prevalenza maggiore rispetto al resto d'Italia: 7,2 rispetto al 5,6%. Peraltro le ragazze d'età più giovane (15-19 anni) presentano un rischio di essere affette da un DCA del 19% contro il 15%.

Disturbi da controllo degli impulsi

Gioco d'azzardo in aumento del 19,4% negli ultimi quattro anni (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli).

Per il resto non disponibili dati epidemiologici certi aggiornati (dipendenza da tecnologia, shopping compulsivo, sesso, ecc.).

Aspetti generali

Con il termine "dipendenza" si è voluto medicalizzare un legame relazionale naturale e fisiologico e lo si è voluto associare al concetto di malattia cronica recidivante dandogli un significato negativo e circoscrivendolo alle sole sostanze: eroina, cocaina, thc, alcol, tabacco, etc..

Gli esseri umani hanno un bisogno innato di legarsi, connettersi, essere interdipendenti, ma quando siamo privati della possibilità di creare legami positivi, ci leghiamo a qualsiasi cosa ci dia un qualche senso di sollievo.

Platone sosteneva che la causa principale della "dipendenza" da epidemia risiede nella struttura della società stessa.

L'idea di Platone si è dimostrata veritiera anche per problemi di salute diversi dalla dipendenza.

Esaminando le cause di malattia, cioè di rottura dell'equilibrio uomo-ambiente, si può notare come, in passato, i motivi di squilibrio fossero legati, quasi esclusivamente, a fattori esterni all'individuo e da esso indipendenti: fattori di origine chimico-fisica (freddo, caldo, veleni di origine vegetale, animale o minerale ecc.), di origine alimentare (carenze nutritive parziali o globali), di origine biologica (virus, batteri, parassiti), costituivano le più frequenti cause di morte^{73,74}. Oggi, invece, sono l'uomo stesso con i suoi comportamenti, e la società da lui costruita, ad essere considerati come principali minacce per la salute individuale e per l'ambiente.

Le malattie di oggi (di domani se non interverremo in tempo) hanno la caratteristica comune di avere come causa dei fattori artificiali, cioè fattori non preesistenti in natura, ma creati, o stimolati, o rafforzati dall'opera dell'uomo; di essere quindi malattie non fisiogene, ma antropogene, come ad esempio l'arteriosclerosi, il diabete, l'addiction e molte malattie mentali.

Un movimento, sempre più ampio, all'interno delle professioni sanitarie e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che molti problemi di salute sono più pienamente spiegati dalla frammentazione della società moderna che dalle differenze individuali nella suscettibilità genetica o altri fattori di rischio, sempre più necessaria si fa l'utilità di una analisi più ampia dei "determinanti sociali dal punto di vista della salute" nelle odierne professioni sanitarie^{75,76}.

Ad oggi il termine dipendenza è stato superato dal DSM-5 in quanto non esiste a livello mondiale un consenso scientifico che ne abbia caratterizzato in modo univoco le caratteristiche cliniche.

Quindi parleremo di disturbi da uso di sostanze/alcol (DUS/DUA) e i disturbi collegati ad alterazioni comportamentali (DAC) usi che possono generare delle patologie organiche, dei disturbi psichici e dei problemi sociali.

Inoltre in questo testo useremo il termine "Addiction" (A) che nell'attuale Oxford on-line Dizionario inglese (OED) è definito come uno stato di "... essere dedicato o devoto a una cosa, esp. un'attività o occupazione; aderenza o attaccamento, esp. di un tipo smodato o compulsivo". L'A, quindi, non viene generato solo dall'uso di sostanze, ma anche da comportamenti socialmente accettati, che in un primo momento l'individuo decide di utilizzare/fare volontariamente mediante un comportamento di ricerca e sperimentazione di nuove fonti di stimolo e gratificazione (tipico dell'essere umano e non solo).

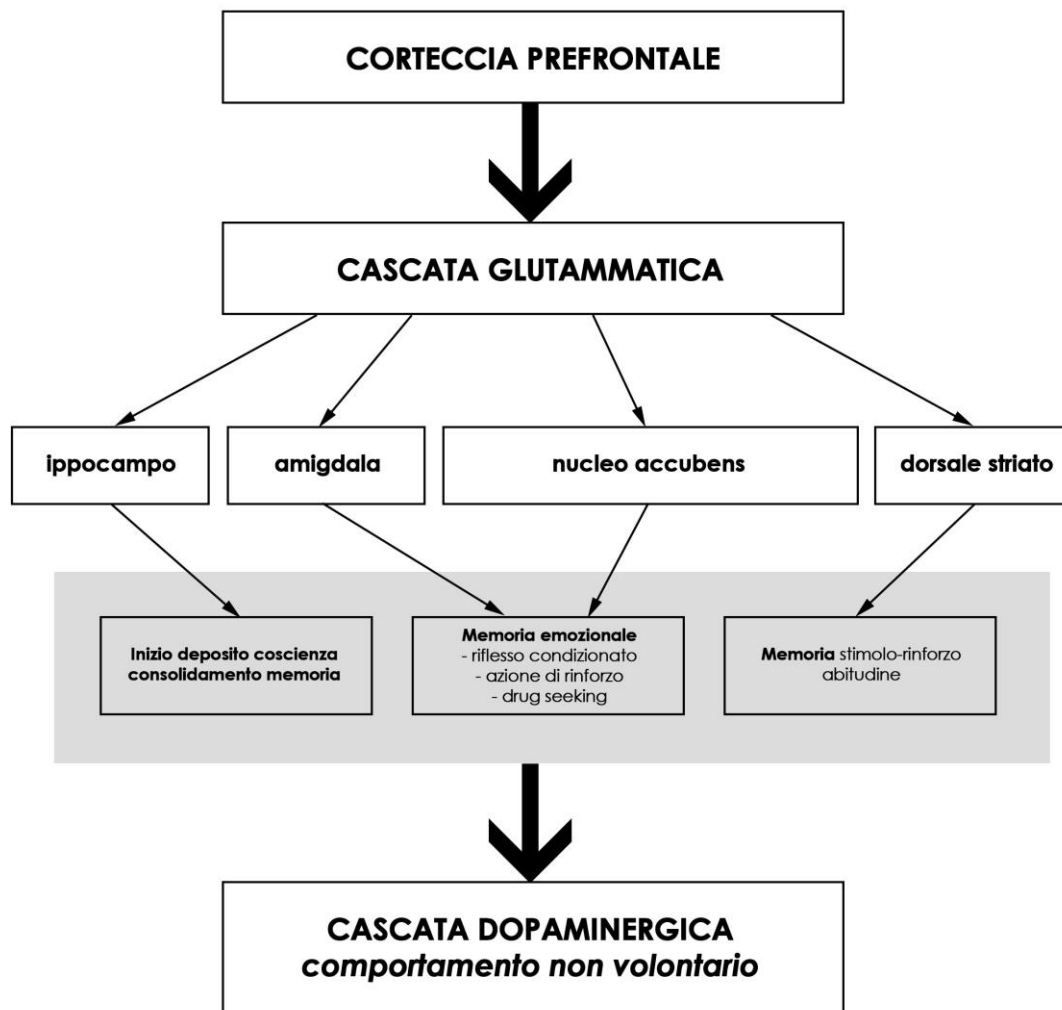
In questo modo si crea nel tempo una condizione di alterazione neuro-psico-biologica e sociale (sofferenza relazionale) in grado di ridurre l'autonomia e la capacità di analisi della realtà e di decisione; quindi l'esercizio della libera volontà del soggetto per la presenza di un comportamento compulsivo caratterizzato dalla spirale "desiderio-ricerca-assunzione" che aumenta con l'isolamento sociale (craving: è il desiderio impulsivo per una sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto o comportamento gratificante: questo desiderio impulsivo sostiene il comportamento "addittivo" e la compulsione finalizzati a fruire dell'oggetto di desiderio).

L'A è caratterizzata, quindi, da una sempre maggiore difficoltà a modificare e a mantenere uno stato di relazioni positive, e con una ridotta percezione dei rischi connessi ai propri comportamenti, e da una distorsione delle relazioni sociali.

Gli stimoli sensoriali prefrontali si traducono in una cascata glutamatergica che agisce in diversi settori della regione limbica: in corrispondenza dell'amigdala e del nucleo accumbens si forma la memoria emozionale (riflesso condizionato, azione di rinforzo, drug seeking), in corrispondenza del dorsale striato si forma la memoria stimolo-rinforzo (abitudine) e in corrispondenza dell'ippocampo la memoria si consolida. La cascata dopaminergica conseguente crea un comportamento non volontario (Figura I).

Per tali ragioni neuro-fisio-patologiche viene a cessare il concetto di malattia auto-inflitta, soprattutto quando l'inizio del consumo di sostanze è promosso e favorito dalla società stessa¹³⁻²⁰.

Figura I – Meccanismi neuro-patologici che intervengono in corso di addiction⁵⁹.



I DUS/DUA/DAC sono da un punto di vista neurobiologico principalmente legati all'alterazione dei meccanismi di "ricompensa" (reward) del cervello, della motivazione, della memoria e dei circuiti collegati. Circuiti che comportano peculiari manifestazioni biologiche, comportamentali, sociali e spirituali.

Tutte le politiche e le strategie devono essere impostate per riconoscere che l'uso di qualsiasi sostanza, anche occasionale, è un comportamento pericoloso e con un alto rischio per la salute, che la A è una condizione che costituisce, oltre ad un problema sociale e di sicurezza, anche un serio problema di sanità pubblica che riguarda non solo la salute delle persone con A da sostanze e/o comportamenti, ma anche terze persone che vengono coinvolte da questi comportamenti a rischio (questo risulta particolarmente evidente nella guida di autoveicoli o durante le attività lavorative).

Il riconoscimento di questi concetti comporta che tutti i sistemi assistenziali e di cura siano orientati a rapportarsi con persone che facciano uso occasionale o ciclico (in assenza di A) di sostanze e comportamenti. Ad oggi è evidente come i soggetti con comportamenti a rischio per la salute siano la maggioranza, e necessiterebbero di interventi precoci per prevenire i rischi connessi all'uso di sostanze o comportamenti che mettano a rischio lo stato di benessere individuale, familiare e sociale. Quindi risulta riduttivo attivarsi al solo sorgere di uno stato di addiction o di fronte ad una diagnosi di patologia organica o psicologica, o che gli aspetti sociali trovino, tendenzialmente, un' accoglienza dal momento in cui determinino delle conseguenze penali.

Questi sistemi dovranno essere orientati, non alla prevenzione dell'addiction (come dipendenza), ma a promuovere una maggiore attenzione all'uso/consumo di sostanze e comportamenti e lavorare per prevenire e modificare, come anche l'OMS indica come obiettivo, le distorsioni delle relazioni sociali. Dovremmo andare oltre la cura, il recupero della persona e della famiglia e oltre al "controllo sociale" del fenomeno.

Da ciò si desume come sia sempre più indispensabile la necessità di integrare le politiche e gli interventi (nonché le strutture) relative alle problematiche derivanti dall'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali, alcol, fumo, farmaci prescritti e non prescritti e comportamenti compulsivi. L'approccio globale e integrato verso tutte queste forme di A comporta una nuova strategia ed organizzazione orientata a fronteggiare tutte le varie forme di A (in termini prevenzione, promozione della salute, di terapia e di riabilitazione).

In questi anni abbiamo potuto constatare come, l'approccio basato sia su tecniche terapeutiche punitive/costrittive o compassionevoli, la riduzione del danno, le comunità terapeutiche e di recupero, e le ricorrenti guerre alla "droga" con la bandiera del terrore della "dipendenza", non abbiano determinato una diminuzione visibile della prevalenza della "dipendenza" né alcun solido consenso intellettuale sulla natura o sulla causa della "dipendenza" stessa^{77,78}.

Nel campo della salute, si fa strada una nuova visione di «sanità pubblica ecologica attenta al contesto e al ruolo dei determinanti sociali, economici e ambientali»⁷⁹. La tutela della salute implica l'adozione di un approccio globale, multisettoriale e multilivello, capace di cogliere la peculiarità dei bisogni emergenti nel contesto delle dinamiche complesse di intersectorialità (salute, lavoro, politiche abitative, istruzione, ambiente, ecc.).

Se ci si interessa esclusivamente dell'individuo, senza modificare i determinanti sociali, ambientali ed economici direttamente o indirettamente coinvolti, non otterremo gli effetti desiderati e questo può, anzi, far aumentare le differenze interindividuali e familiari dello stato di salute e benessere.

La realizzazione delle politiche d'intervento deve coinvolgere parti attive e parti interessate, e la loro partecipazione allo sviluppo delle specifiche politiche d'intervento può fornire un prezioso aiuto e sostegno.

Risulta pertanto fondamentale modificare l'approccio dei Dipartimenti delle Dipendenze, che da ora rinomineremo Dipartimenti delle A e degli Stili di Vita, iniziando dal disporre di organizzazioni specializzate nell'ambito dell'A, organizzazioni distinte da quelle dedicate alla psichiatria.

Queste linee di indirizzo, pertanto, vogliono essere delle indicazioni metodologiche generali per gli operatori del settore, sia nell'ambito della programmazione che dell'organizzazione dei servizi²¹.

Organizzazione proposta

I moderni dipartimenti devono essere in grado di affrontare la maggior parte delle A esistenti. Molto spesso, infatti, le persone presentano contemporaneamente varie A e richiedono una risposta globale e sinergica. L'approccio deve essere quindi orientato a rilevare e trattare tutte le forme di A, mediante identificazioni e diagnosi precoci e trattamenti integrati, approcci pluri-professionali e pluri-specialistici.

Ad oggi le principali A a cui bisognerebbe poter dare risposte specialistiche nei dipartimenti delle addiction (DA) o DA e stili di vita (DAS) sono da: Eroina, Cocaina, THC, Alcol, Tabacco, da farmaci prescritti e non prescritti (antidolorifici, diuretici, psicotropi), e da Comportamenti Additivi (disturbi alimentari, gambling/scommesse, sesso, shopping, sport estremi, accumulo di beni, ecc.).

Il fenomeno delle A in questi anni è diventato sempre più articolato e complesso e necessita quindi, oltre che di specifica specializzazione, anche di un'organizzazione più adatta alle varie forme di A (superamento del concetto di dipendenza, di astinenza e di sobrietà) ma anche alla necessità di produrre risposte unitarie sia per il consumo di sostanze stupefacenti, sia per l'uso di alcol, tabacco, uso di farmaci prescritti e non prescritti e i comportamenti additivi⁸⁰.

L'attuale organizzazione, non riesce più a dare risposte in modo esaustivo e adeguato alle richieste ed esigenze della società, del cittadino e della sua famiglia. Questo ha generato talvolta risposte non sempre ben coordinate, a cui provvedono strutture sia del primo che del secondo, terzo e quarto settore del welfare.

Queste ultime, in particolare terzo e quarto settore del welfare, hanno necessità di essere inserite in un'organizzazione che permetta loro di essere meglio orientate, utilizzate, valorizzate e integrate sia da un punto di vista di policy, obiettivi e finalità, quindi di operatività.

La necessità di creare e sostenere quindi assetti dipartimentali strutturati, stabili, autonomi e con una propria e precisa identità, nasce oltre che da un bisogno di creare un miglior utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche, anche per la necessità di assicurare interventi omogenei su tutto il territorio che possano garantire continuità assistenziale, l'erogazione omogenea dei LEA (livelli essenziali di assistenza), l'adeguatezza dei trattamenti e nel contempo un buon livello di sicurezza di tali terapie. L'articolato sistema attuale a volte sconfinava nell'eterogeneità degli interventi e dei trattamenti con inefficienze sicuramente superabili che dipendono soprattutto dalla mancanza di coordinamento ed organizzazione concreta.

La creazione dei Dipartimenti fortemente integrati porterebbe, inoltre, al superamento dell'annosa diaframma tra pubblico e privato che ancora oggi esiste e che in realtà non ha senso di essere e che troverebbe soluzioni in questo assetto organizzativo per dare pari dignità a tutte le strutture operanti sul territorio, ma in un contemporaneo contesto di pari responsabilità, ovviamente ciascuno secondo le proprie competenze e i propri ruoli istituzionali. Il Dipartimento quindi creerebbe delle condizioni strutturali e funzionali quasi "obbligate" al fine di poter e dover programmare insieme gli interventi necessari, sulla base dei bisogni rilevati, nel territorio di competenza.

Il modello organizzativo dei DA tiene conto di orientamenti, espressi anche a livello europeo, rivolti alla necessità di creare e mantenere un'area di management specifica per questo settore all'interno delle aziende sanitarie e fra le aziende sanitarie di una stessa Regione. Questo in virtù del fatto che trattasi di una patologia specifica che necessita oltre che di una disciplina tecnico-scientifica sui generis, anche di un'organizzazione altrettanto specifica.

È quindi da evitare, in quanto palese errore strategico ed organizzativo, l'accorpamento dei DA nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) con i quali andrà comunque ricercata la collaborazione di una sinergia, ma all'interno di uno sviluppo delle attività nell'ambito dell'A sempre più specialistico data l'alta complessità della materia sia da un punto di vista diagnostico, terapeutico, riabilitativo e delle gravose responsabilità derivanti anche a causa degli aspetti medico-legali correlati, sia dal punto di vista degli accertamenti tossicologici, sia dell'attività in carcere, sia nei tribunali.

Le esperienze di accorpamento tra DA e DSM fino ad oggi portate avanti, hanno dimostrato non solo l'estrema difficoltà di tale scelta organizzativa, ma anche le rilevanti problematiche emerse sia nell'ambito della motivazione e del disorientamento del personale, ma soprattutto della perdita di competenze specialistiche acquisite in questi anni.

La raccomandazione chiara, quindi, è quella di dare seguito a forme organizzative del DA che prevedano una precisa autonomia e quindi responsabilità delle azioni perseguite, con una propria identità tecnico-scientifica e operativa.

Il DA deve essere considerato come nodo centrale e specialistico della rete territoriale di settore al fine di poter espletare la funzione di coordinamento tra tutte le varie componenti che a vario titolo interagiscono nella promozione e nell'attivazione degli interventi in materia di A. Il Dipartimento, quindi, deve rappresentare il punto di riferimento intra ed extra aziendale (o interaziendale) per lo sviluppo e il mantenimento sia dei programmi generali di intervento (piani di zona, programmi specifici, ecc.), sia dei progetti soprattutto nell'area preventiva, indirizzati ai genitori, agli adolescenti e ai giovani consumatori di sostanze. Il Dipartimento diventa quindi risorsa territoriale competente di riferimento sia per gli aspetti sociali, sia sanitari correlati al problema droga con forti finalità di integrazione anche con le attività di contrasto da parte delle autorità competenti al fine di poter integrare e bilanciare le politiche di riduzione della domanda e dell'offerta.

Il Dipartimento dovrà ricercare un'integrazione maggiore con il mondo della scuola, ma anche con il mondo della società civile e delle proprie associazioni al fine di attuare un intervento quanto più possibile di tipo comunitario ed ambientale, trasversale a tutti i settori della società, che coinvolga in prima persona i cittadini, in particolare le fasce più giovani. I principali settori saranno quelli della comunicazione mediatica e dell'informazione a scopo preventivo e dissuasivo

nell'ambito delle dipendenze con programmi permanenti di comunicazione, in particolare contro l'uso di tutte le droghe, l'uso alcolico, il tabagismo, il gambling patologico e l'abuso di farmaci non prescritti.

Alla luce di quanto evidenziato, i SerT/SerD, le Comunità terapeutiche e gli altri servizi del Dipartimento non possono operare separatamente e in contesti organizzativi non unitari, con processi terapeutici e riabilitativi che non tengano conto delle evidenze delle neuroscienze. Essi rischiano di essere, da un lato, dei veri e propri generatori di cronicità dove mantenere a volte le persone in uno stato di "quieta disperazione" e, dall'altro, quasi totalmente inadeguati, sia per le improprie modalità diagnostiche, che per le obsolete offerte terapeutiche, alle nuove esigenze di cura e riabilitazione. Da parte nostra, pertanto, la soluzione viene vista attraverso l'attivazione di un percorso formativo ed organizzativo basato sulle neuroscienze su cui costruire le nuove strategie e i nuovi modi di essere, organizzarsi e operare, all'interno di un innovativo e ben strutturato DA.

Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive e da comportamenti additivi, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale.

L'inserimento di alcuni servizi (disturbi alimentari, consultorio, medicina penitenziaria) può far ipotizzare una mancanza di omogeneità (Figura II).

In realtà l'osservazione sociale contemporanea e l'evidenza epidemiologica ci indicano il contrario.

Le ragioni sono le seguenti:

- L'attuale assetto organizzativo ha consentito di far fronte ad un numero elevato di pazienti.
- Nonostante l'ottima risposta fornita vi è la necessità, però, di intercettare un numero maggiore di utenti in fase precoce per migliorare la qualità di vita e ridurre i costi.
- È noto, infatti, come alcune patologie correlate al consumo di alcol e/o sostanze vengano diagnosticate con diversi mesi di ritardo.

Ciò accade spesso per un'eccessiva frammentazione dell'attività per cui alcuni provvedimenti vengono ripetuti nello stesso paziente, mentre altri mancano del tutto.

- È necessaria, quindi, una stretta integrazione fra le varie strutture che si occupano di dipendenze e la creazione di percorsi che facilitino l'ingresso nei servizi²²⁻³⁰.

La creazione del dipartimento delle dipendenze trova il razionale attraverso alcune considerazioni:

- 1) I meccanismi neuro-fisio-patologici delle varie dipendenze sono comuni (disturbi alimentari, alcol, fumo e sostanze).
- 2) Le comorbidità internistiche e/o psichiatriche sono comuni.
- 3) L'attività terapeutica avversivante e/o anticraving è in parte comune (deve essere ridotta).
- 4) La terapia medica disintossicante, reintegrativa e di supporto è comune.
- 5) L'attività multidisciplinare integrata e personalizzata segue percorsi comuni.
- 6) Un numero sempre maggiore di pazienti ha più dipendenze (per es il fumo è presente nell'80% dei casi di altre dipendenze; alcol sino al 60% dei casi di disturbi alimentari...).
- 7) Attività di auto-mutuo-aiuto comune (da implementare).
- 8) I programmi di prevenzione e promozione della salute devono avere una regia comune.

In particolare si aggiungono le seguenti precisazioni:

- SerT/SerD: attività alcol, sostanze e comportamenti di I livello. Competenze multidisciplinari comprendenti attività psicologica e psichiatrica;

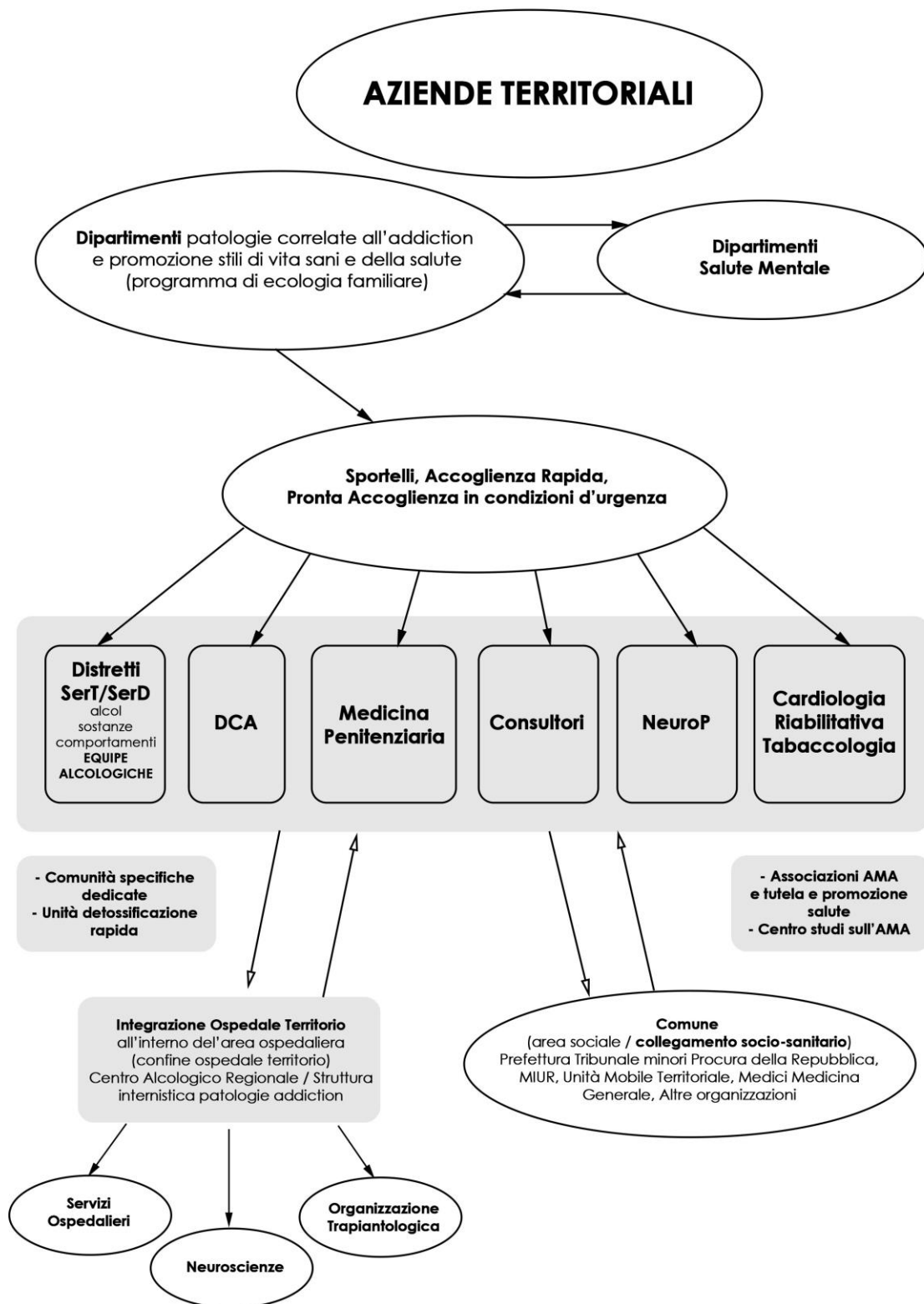
- Struttura Alcolologia e Patologie Dipendenze a valenza internistica: attività internistica di II livello con competenze di confine ospedale-territorio (integrazione ospedale territorio). Riduzione ricoveri ordinari, pronto soccorso e riduzione costi;

- Struttura Disturbi Alimentari: omogenea all'interno del dipartimento per le seguenti ragioni di ordine scientifico e assistenziale:

- bulimia e "binge eating disorder" a tutti gli effetti dipendenze (esistenza di "overeaters anonymous");
- anoressia nervosa: evidenze scientifiche acquisite³¹ ricomprendono tale condizione nella sfera "dipendenze": "natura compulsiva del comportamento come chiave centrale del mantenimento del disturbo alimentare";

- significativo incremento dell'associazione disturbi del comportamento alimentare con altre dipendenze (in particolare drunkoressia);
 - aspetti internistici di II livello con necessità di interagire con la struttura internistica alcologia e patologie delle dipendenze;
 - necessità di interagire con la neuropsichiatria infantile;
- Neuropsichiatria Infantile: necessaria per il costante incremento del fenomeno "adolescenza, polidipendenza e aspetti psico-patologici". Interazione con i servizi del DA e con il consultorio;
 - Consultorio: necessaria interazione con i servizi del DA per l'emergenza "adolescenza, polidipendenza e aspetti psico-patologici" ed inoltre, per ragioni preventive e di promozione della salute. In quest'ultima attività viene ricompresa anche la prevenzione del rapporto "uso di alcol e/o sostanze, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate e violenza";
 - Struttura carceraria: necessaria per interazioni di ordine clinico e legali;
 - Centro Alcologico: funzioni organizzative, scientifiche e culturali di coordinamento con strutture aziendali ed extraaziendali. Inoltre funzioni di prevenzione e promozione della salute (alcol e/o sostanze);
 - Struttura Tabaccologica: l'evidenza scientifica impone un trattamento tabaccologico ai pazienti affetti da dipendenza dopo un congruo periodo di astensione. Ciò comporta una significativa riduzione delle ricadute.

Figura II – Possibile organizzazione aziendale-interaziendale “Dipartimento/i addiction”. Prevenzione, contatto precoce, cura, riabilitazione, autonomizzazione e reinserimento (SerT: servizio tossicodipendenze, SerD: servizio dipendenze, DCA: disturbi del controllo alimentare, NeuroP: neuropsichiatria, Cardiologia Riab: riabilitativa, AMA: auto-mutuo-aiuto)



Neuroscienze

Le neuroscienze oggi rappresentano un ambito di ricerca e di conoscenza sulle modificazioni degli stati di coscienza che avvengono in occasione di esperienze gratificanti, anche quando si tratta di lenire un dolore o una difficoltà esistenziale. L'uso di sostanze psicoattive (legali o illegali, prescritte o voluttuarie) rappresenta un aspetto paradigmatico, riscontrabile in molte altre abitudini cristallizzate dalla gratificazione. La neuroscienza fenomenologica che si muove nel rispetto della scienza omissività del rapporto mente-corpo-ambiente.

Il cervello ci fornisce, anche attraverso il disfunzionamento esistenziale, una chiave di lettura del funzionamento della mente incorporata (embolie mind). Sulla base di questa prospettiva i concetti di craving ed addiction vanno sottratti alla identificazione patologica e ricondotti ai processi fisiologici del funzionamento della mente incorporata ed ecologica.

Il craving e l'addiction non sono cose collocabili in un sistema recettoriale o in specifica regione del cervello, ma sono processi che appartengono al fisiologico adattamento del corpo con l'ambiente.

Lo studio delle neuroscienze ha permesso di comprendere come le abitudini gratificanti siano accompagnate a precise strutturazioni dell'architettura neurobiologica e dell'equilibrio corporeo, stabilendo automatismi tanto più intensi quanto più frequente è la reiterazione del comportamento e più significativa e rapida è la gratificazione percepita.

Prima di queste ricerche le abitudini gratificanti venivano ascritte all'area della "forza di volontà personale e dell'impegno individuale della morale", al cambiamento, senza comprendere le basi neurobiologiche di questi aspetti.

Allo stesso modo si è potuto ben definire il danneggiamento del ragionamento sociale e dei processi di decision making in seguito al fenomeno dell'addiction.

Vari studi di neuroimaging hanno anche mostrato che le disfunzioni del controllo volontario siano in relazione ad alterazioni dell'area prefrontale, aprendo così un nuovo modo di interpretare queste patologie, di diagnosticarle e, probabilmente, di curarle³²⁻³⁷. L'identificazione di aree di disturbo delle funzioni non coincide con una precisa localizzazione delle funzioni che si articolano in un complesso intreccio di reti di connessioni evolutive rese possibili dalla plasticità cerebrale.

Comprendere i meccanismi psico-neurobiologici che stanno alla base di abitudini consolidate (addiction) è il primo passo necessario per un loro corretto inquadramento e per il progetto di cura. Un altro grande vantaggio di questo approccio innovativo, infatti, è anche la possibilità di monitorare meglio a livello strutturale e funzionale cerebrale (e non solo comportamentale), l'evoluzione e i risultati dei trattamenti, focalizzando e favorendo l'apprendimento di nuove abitudini, stili di vita con relative matrici culturali che, attraverso la plasticità cerebrale renderanno possibili anche nuove architetture cerebrali, realizzabili in tempi lunghi di apprendimento nell'ambiente⁸¹⁻⁸⁷.

Per comprendere quanto sia necessario e utile cambiare la nostra prospettiva di intervento sulla base delle nuove innumerevoli evidenze, è sufficiente prendere in considerazione la ricaduta che queste possono avere sulle politiche di prevenzione mirate agli adolescenti (relativamente all'uso, di sostanze o alcol) derivanti dagli studi sulla maturazione cerebrale e sullo sviluppo, così come può essere oggi visualizzato con tecniche di risonanza magnetica funzionale. Da questi studi, infatti, si può evidenziare come importantissime funzioni psichiche, esecutive e sociali, quali la "working memory" (memoria di lavoro), il controllo inibitorio dei comportamenti, la capacità di giudizio e la "social cognition", siano sicuramente relazionate alle strutture corticali e al loro grado e modo di funzionamento fisiologico, rilevando ed evidenziando diverse ed eterogenee forme di espressione ma, soprattutto, la possibilità concreta, reale e ormai ben documentabile, che queste forme di espressione psichica possano essere fortemente strutturate anche permanentemente nel loro naturale e fisiologico percorso maturativo, da abitudini gratificanti e dannose, soprattutto se in giovane età^{38,39}.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla cura ed alla terapia dell'abitudine, queste nuove frontiere della conoscenza aprono prospettive ancora più interessanti.

La conoscenza sempre più precisa delle aree disfunzionali in relazione a fattori ambientali e culturali ed alle biografie relazionali di ogni soggetto, permette di poter modulare le cure e le strategie di cura e prevenzione, in un continuum di apprendimento di nuove abitudini condivise nel contesto comunitario, cogliendo le potenzialità evolutive e superando gli aspetti ostativi che sussistono nella dimensione esperienziale di ciascuno, impropriamente definiti fragilità.

Concetto di integrazione²¹

Nessuna organizzazione sanitaria complessa può prescindere dall'essere quanto più possibile integrata nelle varie componenti operative interne oltre che esterne. L'integrazione, nel caso delle A, comporta la messa in rete delle strutture del servizio pubblico, del privato sociale e del volontariato.

Ovviamente, i ruoli ed i compiti devono essere diversificati in base ai livelli di responsabilità esistenti.

Concetto di continuità assistenziale²¹

Nella definizione di un'organizzazione dipartimentale è necessario soffermarsi in particolare sullo studio e sulla definizione delle interdipendenze organizzative tra le varie unità appartenenti e facenti parte della "filiera produttiva socio-sanitaria", che ricordiamo essere orientata e finalizzata alla prevenzione, cura e riabilitazione di un problema che può essere caratterizzato da numerose ricadute⁴⁰. Assicurare quindi la continuità assistenziale costituisce un elemento cruciale ed irrinunciabile.

La continuità assistenziale riguarda sia il prosieguo delle azioni terapeutico-riabilitative nel tempo, ma anche la possibilità che un paziente in uscita da un'unità operativa o da un ambiente protetto, trovi immediatamente supporto in un'altra unità operativa del Dipartimento a più bassa soglia. L'esempio tipico è quello della persona che esce dal carcere e continua il suo percorso presso il SerT/SerD o la Comunità terapeutica o con il supporto delle unità di prevenzione in strada. Il principio di base è quello di adattare l'offerta terapeutica alla fase del cambiamento in atto nella persona, ma soprattutto di mantenere un costante contatto con lei, pur non rinunciando mai ad incentivarla e spronarla a proseguire su fasi di cambiamento più avanzate verso l'autonomizzazione dalle sostanze stupefacenti.

Progressione cure²¹

Un altro concetto importante da mettere alla base della definizione e strutturazione dei DA è che la continuità assistenziale includerebbe che gli interventi siano strutturati in una logica incrementale per raggiungere, mediante passaggi gradualmente, ma continui, la completa guarigione del paziente e il suo totale affrancamento da sostanze stupefacenti mediante il reinserimento sociale e lavorativo. Pertanto, la continuità d'intervento a soglie crescenti ed incrementali, sta in relazione alle caratteristiche del paziente, alle sue potenzialità e alle sue aspettative, che devono comunque sempre essere rinforzate verso l'alto (rinforzo positivo) e non verso il basso.

La logica incrementale determina la necessità di poter disporre di ambienti idonei e differenziati per evitare di appiattire gli interventi verso una forma di "minimo sindacale" e di mescolare persone a diversa motivazione ed impegno e con caratteristiche tra loro molto diverse (ad esempio l'età) nel percorso riabilitativo.

Flessibilità²¹

Come tutte le strutture organizzative dedicate ad un fenomeno in costante evoluzione e rimodellamento, è necessario che i dipartimenti mettano in conto fin da subito la necessità di avere assetti flessibili e facilmente riadattabili nel tempo. Basti pensare alla rapidità con cui si è assistito allo sviluppo dell'offerta di sostanze in Internet, al forte policonsumo intrecciato con farmaci illegali, alcol, anabolizzanti, anoressizzanti, ecc., alla forte espansione del gambling patologico, alle nuove forme di alcoldipendenza, alla necessità di soddisfare richieste di drug testing per lavoratori con mansioni a rischio o per accertamenti delle Forze dell'Ordine, ecc.

Oltre alla necessità di tenere in conto questa variabilità, è opportuno avere la consapevolezza del fatto che a fronte di un'utenza "storica", ormai fortemente persistente all'interno dei servizi e con andamento di malattia cronica, si stanno aggiungendo una serie di altri utenti che devono trovare risposte diverse e necessariamente differenziate da quelle classiche, elaborate negli ultimi 15 anni per i soggetti dediti soprattutto all'uso di eroina.

Mentre la parte di organizzazione che riguarda i processi e le procedure sta nella sfera Di competenza e di decisione degli operatori, non altrettanto sono la definizione della struttura organizzativa e gerarchica, della dotazione organica e della definizione delle risorse necessarie. Questa importante parte risiede nelle sfere decisionali dei direttori generali e dei programmatori regionali che purtroppo molto spesso non hanno ben chiara la complessità del problema assistenziale correlato alla tossicodipendenza, non certo per cattiva fede o superficialità ma a causa del carattere fortemente specialistico che tale tematica possiede e che spesso non viene compreso e viene quindi sottovalutato. La conseguenza di ciò è che le aziende e le Regioni spesso tendono a semplificare e ridurre l'organizzazione dedicata alla cura delle dipendenze, generando, a volte, organizzazioni sottodimensionate sia quantitativamente che qualitativamente, e mettendo, quindi, gli operatori in condizioni di disagio e sofferenza professionale. E' opportuno che ogni unità operativa si doti di "sportelli" per l'interazione con la comunità e per fornire risposte adeguate alle possibili realtà cliniche.

Obiettivi

Ferma restando l'autonomia tecnico-funzionale delle unità operative che fanno parte del DA, il Dipartimento promuove il perseguimento dei seguenti principali obiettivi²¹:

- attuare la direzione strategica e il coordinamento delle unità operative interessate verso obiettivi comuni; definire ed attuare procedure operative "evidence based", concordate e applicate da tutti, al fine di rendere omogenei e coordinati tutti i vari tipi di intervento sul territorio.
- coordinare ed assicurare l'adozione di standard omogenei per le attività di raccolta, archiviazione, elaborazione, interpretazione, diffusione e la trasmissione dei dati alle amministrazioni regionali e centrali; promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
- controllare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e lo sviluppo dei programmi comuni concordati; studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con tutte le varie strutture della coinvolte nell'assistenza alle persone con Addiction;
- individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi socio-sanitari pubblici e privati (Ser.D, reparti ospedalieri, comunità, cooperative sociali); incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie; promuovere le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative;
- garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore dell'addiction tra Aziende Sanitarie e privato sociale, scuola, enti locali, comunità terapeutiche, volontariato; favorire le associazioni di auto-mutuo-aiuto.

Livelli di intervento

Livello base

Generalmente gran parte dei pazienti non viene identificata. Nel settore alcolico è noto come venga identificata una percentuale non superiore al 15%-20%. Anche strumenti come l'identificazione precoce e l'intervento breve sono poco utilizzati.

A questo livello gli attori sono i medici di medicina generale, pediatri di famiglia, medici competenti e del lavoro, medici dello sport, commissioni mediche locali per la guida e le associazioni di auto mutuo aiuto.

Livello medio

Attività di cura e riabilitazione.

Tutti i servizi territoriali debitamente integrati svolgono questo ruolo. Presenza di momenti di confronto multidisciplinare fra le varie strutture.

Attività clinico-laboratoristica di base. Attività psico-sociale e integrazione con l'area della salute mentale.

Inserimento in strutture residenziali/semiresidenziali o in comunità terapeutiche con specificità

Livello complesso in sede ospedaliera

- 1) Trattamento dei casi complessi non possibili sul territorio:
 - comorbidità clinica grave ;
 - rischio moderato o grave di sintomi di astinenza;
 - gestione di terapie anticraving complesse (in attesa di inserimento in lista trapianto o in attesa di terapia antivirale);
 - comorbidità psichiatrica;
 - codipendenze.
- 2) Disintossicazione quando non è possibile eseguirla a livello territoriale:
 - comorbidità cliniche associate anche acute (epato-gastroenterologiche, metaboliche, cardio-vascolari, neurologiche....);
 - fallimento di precedenti trattamenti di disassuefazione/ disintossicazione non in sede ospedaliera;
 - sintomi di astinenza difficilmente controllabili;
 - stato nutrizionale carente;
 - anamnesi di precedenti complicazioni da astinenza.
- 3) Sottopercorsi:
 - percorso di disintossicazione in paziente con patologia epatica avanzata e da condurre al trapianto di fegato;
 - percorso di disintossicazione in paziente con patologia oncologica associata;
 - percorso di disintossicazione in paziente con polidipendenza;
 - forme miste.

Differenziazione per genere ed età

Nella definizione dell'organizzazione dei DA dovranno essere tenute in forte considerazione la necessità di differenziare gli ambienti e gli interventi di cura in base al sesso e all'età del paziente. Per quanto riguarda la differenziazione in base al sesso (gender oriented), sempre di più si è sottolineata la necessità di tenere conto delle peculiari esigenze del sesso femminile all'interno delle unità operative dei DA, strutturando percorsi ed accessi differenziati dai pazienti maschi sia per i problemi sanitari (aspetti ginecologici, gravidanza e maternità, gestione dei figli, violenze sessuali, disturbi alimentari, incremento del rischio di infezioni sessuali, ecc.), sia per gli aspetti socio-comportamentali (prostituzione, sfruttamento, ecc.) presenti nelle persone di sesso femminile. Programmi specifici quindi andranno attivati per il sesso femminile rendendo accessibili offerte specialistiche in ambienti e tempi diversificati rispetto agli accessi dei pazienti maschi.

Ulteriori importanti problemi da affrontare sono l'accesso e la presenza (sempre maggiore) di pazienti minorenni presso i servizi. È necessario che i Dipartimenti tengano in forte considerazione la necessità di evitare quanto più possibile il contatto di questi giovani pazienti con l'utenza particolarmente anziana e affetta da malattia cronica. Questo aspetto va preso in considerazione non solo per la necessità di non mettere a stretto contatto i pazienti minori con pazienti maggiorenni con dipendenza strutturata, ma anche per il fatto che è necessario definire percorsi diagnostici e assistenziali differenziati, che nel caso dei minori possono e devono coinvolgere anche le loro famiglie.

Va quindi considerata la necessità di differenziare gli ambienti di trattamento e nel caso questo non fosse possibile per ragioni di scarse risorse logistiche, andranno differenziati, almeno gli orari di accesso alla struttura. Infatti, per i pazienti minorenni che normalmente frequentano la scuola nelle ore mattutine, è indicato un accesso pomeridiano dove normalmente non accedono i pazienti con malattia cronica.

Per quanto riguarda gli ambienti in cui i Dipartimenti delle Dipendenze saranno chiamati ad attivare interventi di prevenzione, sarà indispensabile prevedere le scuole, gli ambienti di intrattenimento, le associazioni ed i luoghi di aggregazione giovanile, le associazioni sportive, le parrocchie, le circoscrizioni ed i raduni.

Attività di reinserimento

Risulta fondamentale che il Dipartimento abbia una forte integrazione territoriale sia per le attività preventive, ma soprattutto per quelle riabilitative e di reinserimento sociale e lavorativo. A questo proposito sarà utile valutare la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro territoriale permanente che dia la possibilità di promuovere e sostenere tali attività.

Prevenzione²¹

1. Informazione/comunicazione permanente e ricorrente per le giovani generazioni subentranti al rischio droga. Tecnica raccomandata "peer education".

L'informazione deve essere precisa e strettamente fondata sull'evidenza scientifica e non moralista.

Le attività di prevenzione si dovrebbero esplicare anche mediante una contemporanea informazione permanente, sistematica e rinnovata periodicamente nel tempo, negli ambienti frequentati dai giovani (scuole, ambienti sportivi, luoghi di intrattenimento) al fine di sviluppare precocemente un'alta percezione del rischio e della pericolosità legata all'uso di sostanze stupefacenti ma contemporaneamente di alcol e tabacco.

2. Prevenzione selettiva mediante il supporto educativo alle famiglie che presentino figli con disturbi comportamentali precoci e condizioni di vulnerabilità all'addiction. Tali condizioni dovrebbero essere oggetto di individuazione precoce e affrontati con opportune forme di supporto educativo e dove necessario, specialistico.

3. Diagnosi precoce per un intervento precoce: "early detection for early intervention" dei comportamenti di assunzione di sostanze, sia per quanto riguarda l'alcol, sia il tabacco che le sostanze stupefacenti.

4. Prevenzione ambientale. Andrà inoltre ben espletata una comunicazione sociale antidroga chiara e coerente al fine di mantenere alta la "disapprovazione sociale" verso l'uso di sostanze sia legali che illegali. È stato scientificamente dimostrato, infatti, che un livello elevato di disapprovazione del consumo di droga durante l'adolescenza determina una minore probabilità di farne uso successivamente⁴¹. Andranno quindi evitati atteggiamenti di tolleranza e di complicità verso l'uso, anche occasionale, di qualsiasi droga o abuso alcolico.

Approfondimenti specifici

Giovani, polidipendenza e aspetti psicopatologici

Il 40%-70% dei soggetti al primo episodio psicotico incontrano i criteri di un DUS, esclusa la dipendenza da tabacco⁴²⁻⁴⁴.

Le sostanze non solo possono essere la causa di un esordio psicotico, ma possono slatentizzare un quadro psicotico o interferire con la terapia farmacologica.

Il profilo farmacodinamico di molte sostanze è in grado di provocare la fenomenologia dei principali sintomi psicotici in modo del tutto sovrapponibile a quella presentata da soggetti psicotici privi di una storia di DUS.

Le sostanze operano alterazioni chimiche nelle sedi sottocorticali producendo alterazioni della working memory. Ciò può indurre sintomi psichici. L'ipotesi tossicogeno è una delle possibili spiegazioni della persistenza dei sintomi nel tempo anche oltre le 4 settimane definite talvolta sufficienti a discriminare un evento psicotico autonomo o indotto da DUS e/o DUA.

Leonardi^{45,46} solleva il quesito se esiste un disturbo psichiatrico caratterizzante l'adolescente polidipendente. Non ne esiste uno specifico. È opportuno far riferimento alla prevalenza di alcuni disturbi che più frequentemente accompagnano l'uso di sostanze stupefacenti ad azione eccitante o depressiva. Appaiono più frequenti disturbi di tipo ciclotimico o distimico che non correlano con un preciso pattern d'uso, mentre sempre secondo Leonardi i disturbi bipolari di classe I appaiono associati a polidipendenze caratterizzate da consumo importante di sostanze eccitanti. I quadri psicopatologici sono anche modulati dalla concentrazione della/e sostanza/e.

Ad oggi prevalentemente i pazienti polidipendenti vengono trattati come monoaddiction.

Alcologia

L'alcologia rappresenta certamente l'attività preponderante dei servizi.

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati" ha istituito per la prima volta in Italia l'intervento sulle principali tematiche alcol correlate.

L'epidemiologia, le patologie correlate e le implicazioni sociali impongono la presenza all'interno dei servizi di equipe dedicate e in stretta correlazione con l'area ospedaliera.

È bene precisare come il 20% dei ricoveri ospedalieri è direttamente/indirettamente correlato ai DUA ed, inoltre, quest'ultimi rappresentano il primo fattore di attività epatologica e trapiantologica⁴⁷⁻⁵¹.

Ogni regione dovrebbe essere dotata di un Centro Alcologico a valenza regionale (attualmente presenti in Toscana, Lazio e Liguria)⁶⁵.

Alcologia e terapia psico-sociale⁵²

L'alcologia, nel corso degli ultimi trent'anni, ha assunto in modo sempre più definito, un ruolo importante tra le discipline scientifiche che si occupano dei problemi legati all'uso delle sostanze psicoattive, superando i concetti di vizio, malattia, e oggi anche di abuso e dipendenza, e sviluppando un approccio sempre più ampio, capace di guardare alla complessità del fenomeno e alla molteplicità dei fattori in esso implicati, da quelli individuali, a quelli culturali, sociali, economici, commerciali, etici, spirituali.

In tal senso l'alcologia è disciplina, anche e soprattutto, caratterizzata da sensibilità, nel senso che implica un'attenzione:

- medico-sanitaria (internistica, tossicologica, medico-legale e neuro-psichiatrica);
- psicologica (individuale, familiare, di gruppo);
- educativa (counseling motivazionale individuale e di gruppo);
- sociale (individuale e familiare);
- di comunità locale.

Ciò fa dell'alcologia un'esperienza di valore assoluto da mettere a disposizione dell'intero SSN.

In alcologia viene segnalato il modello ecologico-sociale antropospirituale di Vladimir Hudolin che pone le basi nell'approccio di popolazione dell'OMS, nella psichiatria sociale, nell'approccio sistemico familiare, nella cibernetica, nell'ecologia della mente, tendendo alla depsiatriizzazione dei problemi alcol correlati e al coinvolgimento e all'attivazione della persona e della famiglia come protagoniste del cambiamento⁸⁸.

Non si parla di dipendenza, non si parla di malattia, si considerano i problemi alcol correlati come stili di vita, comportamenti legati a diversi fattori interni ed esterni all'uomo, che determinano disagi fisici, psichici e sociali sotto la spinta della cultura sanitaria e generale della comunità.

Nella visione sistemica si guarda alla complessità dei fenomeni, letti all'interno del contesto, delle relazioni e delle connessioni che ci sono tra gli elementi che lo compongono. I problemi alcol correlati trovano allora senso all'interno dei sistemi familiari che costituiscono sottosistemi della comunità, una comunità, la nostra, che minimizza i rischi legati all'alcol, ne celebra il consumo e ne colpevolizza gli eccessi senza riconoscere che sono, invece, l'estremo di un continuum di cui tutti facciamo parte, nel quale non esistono categorie ben definite, ma i confini sfumati. Il concetto del continuum del rischio è stato recepito anche dal DSM 5 (2013) che ha abolito quello di dipendenza "per la sua incerta definizione e la sua connotazione potenzialmente negativa".

Partendo da questi presupposti diventa indispensabile nel lavoro clinico il coinvolgimento del sistema familiare che è portatore di sofferenza, ma anche di risorse. Lavorare, attraverso colloqui psicologici (individuali, di coppia, familiari) sulla motivazione al cambiamento (modello transteorico di Prochaska e Di Clemente - 1982), sulle relazioni familiari, sulla comunicazione, sulla messa in luce delle dinamiche fonti di sofferenza, permette a tutti i membri della famiglia di sentirsi parte del cambiamento di stile di vita che va oltre l'astinenza dalle bevande alcoliche.

Con famiglia si intendono anche i figli, spesso esclusi dal trattamento con la scusa, soprattutto se sono piccoli, che non sono a conoscenza del problema. Sappiamo bene, tuttavia, e i dati della letteratura ce lo confermano, che i bambini percepiscono bene le tensioni e la sofferenza che si vivono all'interno di una famiglia con problemi di alcol, pertanto è importante coinvolgerli per farli sentire accolti, compresi e non più soli. È importante prevedere per i figli spazi di ascolto individuali e familiari anche in base all'età.

Accanto al lavoro con i singoli sistemi familiari è importante lavorare con i gruppi che possono essere di accoglienza e informativi su temi inerenti la salute, il consumo di alcol, gli effetti sulla famiglia, la guida, il lavoro, gruppi motivazionali tesi maggiormente a lavorare sui tre fattori della motivazione al cambiamento (disponibilità al cambiamento, frattura interiore, autoefficacia).

Il gruppo diventa un contesto protettivo in cui le persone possono osservare ed osservarsi, sentirsi compresi nelle proprie difficoltà e sofferenze, uscire dall'isolamento, incominciare a raccontarsi, mettere in discussione il vecchio ruolo.

Il lavoro clinico coi gruppi deve integrarsi con quello dei gruppi presenti nel territorio come Club Alcolologici Territoriali e Alcolisti Anonimi, risorse importanti fin da subito. Sono due realtà simili, ma diverse nell'approccio: i Club seguono il metodo ecologico-sociale, gli Alcolisti Anonimi si rifanno al modello "malattia" seguendo la metodologia dei 12 passi.

Nei Club si realizza la condivisione e lo scambio di esperienze, non si mette al centro il problema, ma le persone e le loro risorse. L'impegno che ciascuno si prende nel misurarsi con l'alcol e sperimentare l'astinenza, conduce all'assunzione di responsabilità, a esercitare i propri diritti e doveri, a sviluppare competenze, abilità di vita emotive, cognitive e relazionali (life skills) in un processo continuo di empowerment e di sviluppo di capitale sociale.

Attraverso il cambiamento dei singoli, poiché in relazione con altre persone nei vari sistemi in cui vivono e si muovono, si creano le condizioni affinché il contesto socio culturale cambi. Hudolin, infatti, aveva come obiettivo il cambiamento della cultura generale e sanitaria in linea con l'approccio di popolazione dell'OMS secondo il quale, per ridurre i problemi di alcol è necessario ridurre il consumo di tutta la popolazione piuttosto che intervenire sulla minoranza di persone che presentano problemi. Già Lederman nel 1956 aveva evidenziato che esiste un rapporto di proporzionalità diretto tra il consumo medio di alcol di una comunità e il numero di persone con problemi di alcol attesi.

Hudolin che nel dar vita ai Club, crea l'opportunità per tutti di riflettere sul proprio rapporto con l'alcol indipendentemente dalla quantità consumata, dagli stili di consumo e dal grado di problematicità espressa, evitando in tal modo che la messa in discussione sia rivolta solo a chi è ritenuto più problematico, forma evidente di categorizzazione discriminante e di mantenimento della visione culturale dominante.

«I Club, con il loro lavoro sia nella comunità multifamiliare, sia in quella locale, promuovono il cambiamento della cultura sanitaria e generale esistente per giungere ad una migliore qualità della vita, e questo significa un lavoro antropologico spirituale, la cui responsabilità si estende non solo alla famiglia ed alla comunità locale, ma alla comunità in generale e richiede una ecologia e una giustizia sociale». (VI. Hudolin, 1993).

Quando parla di spiritualità Hudolin non fa riferimento all'area religioso-confessionale, ma alla caratteristica originaria, tipica ed esclusiva della persona. Non una deriva mistica, bensì il riconoscimento della dignità e sacralità della persona.

La spiritualità antropologica viene vista come un insieme delle caratteristiche umane trasmesse attraverso la filogenesi (sviluppo della specie umana) e l'ontogenesi (sviluppo dell'individuo): in altre parole, può essere vista come la cultura umana basata sui valori esistenti che l'uomo ha da sempre posseduto come codice interno di regole di comportamento. (V. Hudolin, 1993)^{89,90}.

Di fronte ad una cultura dominante e quindi ad una spiritualità antropologica centrata sull'individualismo, sull'eccesso, sull'accumulo, sull'idea di poter avere il controllo su tutto, i Club parlano invece di percorso di crescita e maturazione, di condivisione, servizio, dono, sobrietà, responsabilità e corresponsabilità nel cambiamento, parlano un linguaggio carico di spunti simbolici che rimandano all'amore, non come mero sentimento, ma come essenza della vita, fatta di legami e di connessioni.

È proprio sul concetto di legame, insieme a quello di ricerca del piacere su cui è opportuno lavorare, concetto che abbiamo sostituito a quello di dipendenza cercando di dare anche una spiegazione neurobiologica (circuito della ricompensa, sistema mesolimbico corticale dopaminergico).

Movimento dei 12 passi

Recentemente Sussman et al.⁵³ hanno dimostrato il rapporto fra il percorso dei dodici passi (per esempio Alcolisti Anonimi: AA, Narcotici Anonimi: NA, Giocatori Anonimi: GA, ecc.) e la dipendenza da sostanze o comportamenti. Esiste un meccanismo psicobiologico comune con funzioni di rinforzo sovrapponibili.

Una potenza superiore può in qualche modo diventare un sostituto (virtuoso) dell'addiction. Soprattutto il terzo, il settimo e l'undicesimo passo di AA rappresentano un aspetto di potenza superiore. Il rifarsi ad una potenza superiore, quindi, può portare alla risoluzione dell'addiction.

L'amore sentimentale, la presenza di una potenza superiore o l'addiction attivano l'area tegmentale ventrale (ATV) che è associata al rilascio mesolimbico di dopamina. È possibile, quindi, addiction da amore romantico. D'altra parte l'assenza del partner (soprattutto nelle prime fasi del rapporto) induce fisiologicamente una sorta di craving. Altresì molte persone dipendenti da sostanze hanno una sorta di "rapporto d'amore" con la sostanza stessa. È stato anche dimostrato come la preghiera attivi la regione mesolimbica a rilasciare dopamina.

Amore, potenza superiore e addiction hanno cinque punti in comune:

- 1) attivazione ATV
- 2) provocano miglioramento dello stato emotivo
- 3) favoriscono uno stato di "addiction"
- 4) in caso di deprivazione si scatena sindrome d'astinenza,
- 5) altri interessi della vita passano in secondo piano.

Il partecipare al percorso dei dodici passi induce quanto segue: rilascio ottimale di dopamina e distacco dalla sostanza o dal comportamento. Inoltre, evoluzione verso la sobrietà.

L'efficacia dell'auto-aiuto è ben dimostrata. Soprattutto i soggetti giovani non accettano con facilità questo percorso, per cui durante l'accoglienza i nostri sforzi devono e dovranno essere sempre più implementati per farne comprendere l'utilità. Il 50% non accetta la frequenza o lascia il gruppo. Tuttavia nei casi di frequenza regolare si ottengono risultati eccellenti soprattutto nella popolazione giovanile. Il risultato clinici come già accennato in precedenza è eccellente. Medici e operatori della sanità devono prendere atto di queste risorse⁵³⁻⁵⁹.

Prevenzione primaria⁶⁰⁻⁶⁴

- 1) Coinvolgimento ragazzi 10-14 anni;
- 2) informativa generale agli studenti da parte dell'insegnante addetto alla salute;
- 3) formazione di gruppi di studenti predisposti all'attività divulgativa. A questi ragazzi potrebbe essere rilasciato un attestato di qualifica di "addetto alla formazione sugli stili di vita" con relativi crediti formativi (dove sia possibile);
- 4) successiva "peer education";
- 5) l'insegnante di riferimento diventa "un facilitatore";
- 6) l'attività va ripetuta più di una volta all'anno per tutti i tre anni (8-10 sessioni il primo anno con 3-5 richiami il secondo e terzo anno);
- 7) sviluppare le abilità personali, sociali e di rifiuto per resistere alle pressioni;
- 8) inserimento dell'attività nel curriculum formativo, con verifiche periodiche nel corso degli anni ed una verifica finale organizzata come una sorta di cerimonia prima di accedere alla scuola media superiore;
- 9) coinvolgimento attivo dei genitori con incontri diretti o con l'utilizzo dell'informatica;
- 10) distribuzione di materiale informativo alle famiglie.

Promozione di principi etici

- 1) Ogni cittadino, di qualunque età, sesso, appartenenza etnica, culturale, nazionale, ha il diritto a vivere in un ambiente che lo protegga dalle conseguenze negative dell'uso di alcol, sostanze e altro.
- 2) I bambini e le bambine, gli adolescenti e le adolescenti, devono essere protetti da un ambiente che possa essere suggestivo per l'uso di sostanze e dalle conseguenze che derivano dall'uso di sostanze da parte degli adulti.
- 3) La famiglia e la rete delle relazioni familiari inserite nelle caratteristiche specifiche della comunità locale, rappresentano i contesti educativi e di crescita più significativi, sia per prevenire, che per gestire i problemi che derivano dall'uso delle sostanze.
- 4) I contesti di vita e di lavoro devono essere protetti dalle conseguenze che derivano dall'uso di sostanze legali ed illegali.
- 5) Le comunità locali, le regioni, gli stati devono proteggere i cittadini dalle conseguenze di messaggi culturali e pubblicitari che indirettamente o direttamente incoraggiano,

stimolano o inducono il consumo delle sostanze o i comportamenti che sono solitamente correlati al loro uso.

Le strategie per raggiungerli potrebbero essere le seguenti:

- 1) Partecipazione attiva dei cittadini nella predisposizione e gestione dei piani di azione.
- 2) Applicazione del principio di sussidiarietà.
- 3) Cooperazione intersettoriale ed interistituzionale.
- 4) Bilanciamento tra politiche di riduzione della domanda, di riduzione del danno e di intervento sul sistema di offerta.
- 5) Promuovere non solo prevenzione, ma promozione della salute secondo la carta di Ottawa e di Shanghai.
- 6) Definizione di un sistema di indicatori.
- 7) Cooperazione a tutti i livelli con la realizzazione di reti di cooperazione.
- 8) Riorientamento del sistema dei servizi.
- 9) Collaborazione fra pubblico e privato.

Conclusioni/Raccomandazioni*

-Il Dipartimento delle A e degli stili di vita (DAS) non deve essere assorbito o inserito all'interno dei Dipartimenti di SM, con i quali comunque andranno definiti e mantenuti precisi protocolli di collaborazione operativa, ma dovrà mantenere una propria autonomia e connotazione indipendente. Così, come definito anche a livello Europeo, è opportuno ed indispensabile che le professionalità e gli interventi nel campo delle dipendenze trovino una loro identità di disciplina e di percorso professionale, non quindi all'interno dell'area psichiatrica, ma mantenendo e sviluppando una propria linea di lavoro e di ricerca.

L'A è una disciplina che raccoglie elementi della salute pubblica, della medicina interna, della farmacologia clinica, della neurologia e anche della psichiatria.

Le patologie da A possono trovare una causa scatenante in un disturbo psicopatologico e/o determinarlo, ma questo non significa che possano trovare un riscontro terapeutico in un'area che non affronta in modo specifico tali patologie e le loro sequele mentali. Inoltre, il know-how diagnostico e terapeutico proprio dei professionisti delle A è tale che non può essere improvvisato a nessun livello.

Un'altra motivazione a sfavore è la seguente: l'inserimento del DAS in quello di SM rimanda prettamente ad un problema di patologia quello che ha a che fare con lo stile di vita, con scelte e comportamenti. Questi, nel tempo, mostrano la loro disfunzionalità e solo allora emergono problemi correlati. Naturalmente anche chi ha problemi di SM può avere stili di vita non salutari, ma non diversamente dalla popolazione generale.

The American Board of Medicine Specialities ha identificato la nuova specializzazione Addiction Medicine (AM). Tale AM è stata inserita anche nell'area della Preventive Medicine.

Solo il 17% dei partecipanti alla conferenza inserisce le A nei dipartimenti di SM: dipendenza considerata una sindrome bio-psico-sociale transnosografica che coinvolge diversi capitoli del DSM-5. A favore della separazione l'83% (posizione SIA).

- Necessità di rimarcare la differenza fra dipendenza e addiction (vedere testo precedente). Pur riconoscendo nel DSM-5 un classificatore piuttosto che un trattato di psicopatologia, la tendenza a livello della letteratura internazionale è quella di non riconoscere più il termine "dipendenza", ma "disturbi da consumo". Ciò consente la riduzione dello stigma, una maggiore agilità assistenziale e la possibilità di trattare la casistica lieve-moderata.

Non tutti i componenti della conferenza, pur rispettando i criteri descrittivi del DSM-5 abbandonano il termine "dipendenza". Secondo alcuni partecipanti il DSM-5 non separa più l'abuso, dalla dipendenza da sostanze o da comportamenti ma le fonda in un unico disturbo "da uso" (per esempio DUA), misurato su un continuum da lieve a grave i cui criteri per la diagnosi, quasi identici ai precedenti criteri, sono stati uniti in un unico elenco di 11 sintomi ed è stato aggiunto un nuovo criterio, il craving. Inoltre, il concetto di tolleranza ed astinenza rimangono presenti all'interno degli items che definiscono i DUA.

Inoltre, per alcuni può essere superato il termine "dipendenza", ma non il concetto: è un aspetto dimensionale dell'individuo che ha come conseguenza la ricerca di oggetti molto diversificati e poli-associabili.

Il 40% dei partecipanti alla conferenza crede in un superamento del termine dipendenza soprattutto se “facciamo riferimento agli stili di vita e ad un approccio ecologico-sociale che mette in relazione i comportamenti e le scelte individuali, con i messaggi e le impostazioni comunicative presenti a livello familiare e sociale”. Inoltre, si fa riferimento a comportamenti umani e non a patologie mentali. Non favorevoli all'abolizione il 60%. *Sul tema, quindi, è ancora necessario un approfondimento nell'ambito della comunità scientifica.* Nel rapporto con paziente e famiglie è da preferire disturbo da uso (posizione SIA).

- Certamente l'evoluzione scientifica e il DSM-5 incoraggiano a superare vecchie etichette come SerD/SerT. Ciò favorirebbe l'abbattimento dello stigma e faciliterebbe l'accesso ai servizi. Tuttavia il passaggio da SerT a SerD può già essere accettabile. È bene, però, non solo la separazione dalla SM, ma anche modificare la definizione di Dipartimento delle Dipendenze in Dipartimento delle Patologie delle Dipendenze (o dell'A) e promozione di stili di vita sani e della salute. Ciò favorirebbe il trattamento di pazienti con problematica lieve-moderata e darebbe un impulso notevole ai programmi di prevenzione primaria e di promozione della salute. Favorevole al superamento il 94,4% (posizione SIA).

- Necessità di implementare gli strumenti di diagnosi precoce e di intervento breve in questi settori: medicina di base, reparti ospedalieri dove spesso la correlazione al consumo di alcol e sostanze è misconosciuta. La non identificazione comporta: aggravamento del quadro clinico, interferenza farmacologica, incremento dei ricoveri ed incremento dei costi.

- Motivazioni epidemiologiche, sociali e cliniche impongono la creazione di equipe alcologiche dedicate all'attività alcologica ed alla identificazione di un centro alcologico regionale integrato con l'attività ospedaliera.

- È indispensabile rifondare il concetto di prevenzione alla luce delle moderne acquisizioni della medicina e della sociologia. Le politiche su target specifici di popolazione si sono dimostrate illusorie e fuorvianti, mentre sono cresciuti capillarmente stili di vita rischiosi e dannosi per la salute di tutti. Tutti (100%) sono concordi nel creare modelli di informazione/comunicazione permanenti e ricorrenti nella comunità scolastica (peer education) con significative azioni nella comunità.

- Necessario utilizzare in maniera appropriata l'approccio farmacologico secondo le linee guida, sia per ciò che concerne il trattamento della sindrome da astinenza (es. alcol o eroina), sia per ciò che riguarda il trattamento del mantenimento dell'astinenza con farmaci anti-craving, cercando di personalizzare il più possibile il trattamento; non vi sono controindicazioni nell'associare il trattamento farmacologico a terapia di gruppi di auto-mutuo-aiuto e/o a trattamento singolo motivazionale, cognitivo comportamentale e familiare; i farmaci anti-craving vanno prescritti da medici con competenze specifiche nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze, i quali dovranno scrupolosamente tener conto delle possibili interazioni farmacologiche con altri farmaci in considerazione dell'elevata comorbidità con patologie organiche e psichiatriche presenti in questa popolazione^{69,70,71,72}.

- La collaborazione con l'auto mutuo aiuto è mandatoria. Lo sviluppo dei gruppi è parametro di qualità dei servizi.

L'azione dei gruppi di auto aiuto è accreditata in numerose raccomandazioni internazionali, sia su base di consenso che di evidenze della letteratura. Sul significato terapeutico degli approcci spirituali nella cura dei disturbi da uso di sostanze e dei comportamenti additivi vi è un ampio consenso. Favorevoli: 94% (posizione SIA).

*le conclusioni/raccomandazioni sono state elaborate dai dati esposti nel testo (voci bibliografiche di seguito) e dalle risposte ai quesiti che sono stati posti ad alcuni partecipanti del convegno e agli esperti del settore “Conferenza nazionale sulle dipendenze: necessità di un cambiamento” (Genova, UO Formazione ASL3, 19 Giugno 2018).

Esperti: Luigi Carlo Bottaro (Direttore generale ASL3), Gianni Testino (Presidente Nazionale SIA), Valentino Patussi (Centro Alcologico Regione Toscana, Osp. Policlinico Careggi, Firenze; past-president SIA), Pierluigi Allosio (Presidente SIA Piemonte), Luigi Stella (Presidente Società Italiana

Tossicodipendenze), Luigi Janiri (vice-Presidente Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze), Mauro Ceccanti (Presidente SITAC, Direttore Centro Alcolologico Regionale Lazio), Claudio Leonardi (Presidente Società Italiana Patologie delle Dipendenze; invitato non partecipante), Pietro Fausto Degidio (Presidente FeDerSerD), Emanuele Scafato (vice-Presidente Federazione Europea Società Scientifiche sulle Dipendenze - EUFAS, Direttore Osservatorio alcol ISS e Direttore centro collaboratore OMS), Patrizia Balbinot (Centro Alcolologico Regionale Ligure, ASL3, Genova), Tiziana Fanucchi (Centro Alcolologico Regionale Toscana, Osp. Policlinico Careggi, Firenze), Franco Marcomini (Direttore Dipartimento ULSS9 Noventa Vicentina, ULSS16 Padova, ULSS19 Adria), Giovanni Greco (Direttore SerT Ravenna, AUSL Romagna), Doda Renzetti (Segretario SIA), Giovanni Addolorato (direttivo nazionale SIT e Direttore UO alcolologia Policlinico Gemelli, Roma), Umberto Nizzoli (Presidente Società Italiana per lo Studio dei Disturbi Alimentari), Paola Cardinale (Clinica Psichiatrica, Ospedale Policlinico San Martino, Genova), Giorgio Schiappacasse (Direttore SerT, ASL3, Genova), Fabio Caputo (vice-Presidente Nazionale SIA).

L'86% dei partecipanti ha risposto ai quesiti, il 14% no.

Quesiti proposti agli esperti della conferenza di Genova:

- Alla luce del DSM-5 (anche ICD 11) è possibile ipotizzare un deciso superamento del concetto di dipendenza?
- È corretto il posizionamento del settore "dipendenze" nell'area della salute mentale?
- Potrebbe essere più corretto definire l'area dipendenze "area/Dipartimento patologie delle dipendenze (addiction) e promozione della salute/stili di vita" con valorizzazione anche dei comportamenti a rischio?
- Quali politiche per la reale tutela dei giovani e responsabilizzazione degli adulti?
- Definizioni come SerT o Servizi Tossicodipendenze possono essere considerate superate?
- Auto Mutuo Aiuto e spiritualità antropologica: è condivisa una raccomandazione 1C?

Bibliografia

- 1) American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta Edizione (DSM-5). Tr. It. Masson, Milano
- 2) Piano di Azione Europeo. Per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. WHO Collaborating Centre – Istituto Superiore di Sanita' 2015
- 3) Moss M, Burnham EL. Alcohol abuse in the critically ill patient. The Lancet 2006; 368: 2231-42
- 4) Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol. WHO Collaborating Centre – Istituto Superiore di Sanita' 2012
- 5) Anderson P et al. Alcohol in Europe – A public health perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK, June 2006
- 6) Scafato E et al. L'alcol nell'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione precoce e l'intervento breve. Istituto Superiore di Sanita', Roma 2010
- 7) Rapporti ISTISAN 16/4. Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS. Rapporto 2016 (www.epicentro.ISS)
- 8) Relazione al Parlamento sui Problemi Alcol Correlati. Osservatorio Nazionale Alcol ISS. Dicembre 2015
- 9) www.dipartimentoantidroga 2017
- 10) Relazione annuale al Parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Governo Italiano – Dipartimento politiche antidroga. Presidenza del Consiglio dei Ministri
- 11) OSSFAD – Indagine DOXA-ISS, 2015
- 12) Viotti A, Morsucci ME. Nuove droghe e nuovi contesti. In: Balbinot P, Bottaro LC, Testino G. Educazione a corretti stili di vita. ASL 3 (scaricabile www.asl3), pagg. 44-50
- 13) Testino G et al. Anorexia nervosa and alcohol use disorders: a change is necessary. Minerva Endocr. 2018; doi: 10.23736/S0391-1977.18.02844-4
- 14) Korb E, Wilkinson CL, Delgado et al. Arc in the nucleus regulates PML-dependent GluA1 transcription and homeostatic plasticity. Nat Neurosci 2013; 16: 874-83
- 15) Sweatt J. Neural plasticity and behavior – sixty years of conceptual advances. J Neurochem 2016; 139 (Suppl. 2): 179-199
- 16) Goodman J, Packard MG. Memory system and the addicted brain. Front Psychiatry 2016; 7: 24
- 17) Testino G. Alcohol use disorder, liver transplantation and ethics. Bioethics 2017; 31: 418-9
- 18) Schorr M, Miller KK. The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management. Nature Endocrinology 2016; doi: 10.1038/nrendo.2016.175

- 19) Kohut SJ. Interactions between nicotine and drugs of abuse: a review of preclinical findings. *Am J Drug and Alcohol Abuse* 2016; doi: 10.1080/00952990.2016.1209513
- 20) Gaetani S et al. Eating disorders: from bench to bedside and back. *J Neurochemistry* 2016; doi: 10.1111/jnc.13848
- 21) Serpelloni G. Il dipartimento della dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga – Italian Scientific Community on Addiction. Roma, 1° Novembre 2011
- 22) Lin SK. Pharmacological means of reducing human drug dependence: a selective and narrative review of the clinical literature. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2013; 77: 242-52
- 23) Frank J, Jayaram-Lindstrom N. Pharmacotherapy for alcohol dependence: status of current treatments. *Curr Opin Neurobiol* 2013; 23: 692-99
- 24) Guidelines for the treatment of alcohol problems. Australian Government. Department of Health and Ageing, 2009
- 25) Rolland B et al. Pharmacotherapy for alcohol dependence: the 2015 recommendations of the French Alcohol Society. Issued in partnership with the European Federation of Addiction Societies. *CNS Neuroscience and Therapeutics* 2015; doi: 10.1111/cns.12489
- 26) Maremmani I et al. Continuum care in alcohol abuse disorders. A manifesto to bridge the gap in personalization of treatment pathways. *J Psychopathology* 2015; 21: 194-209
- 27) Karila L et al. Pharmacological Treatments for cocaine dependence: is there something new ? *Current Pharmaceutical Design* 2011; 17: 1359-68
- 28) Borro P, Testino G. Liver disease and hepatocellular carcinoma in alcoholics: the role of anticraving therapy. *Curr Drug Targets* 2016; 17: 239-51
- 29) Fassino S, Abbate-Daga G. Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 282
- 30) Michalska A et al. Nonspecific eating disorders – a subjective review. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 497-507
- 31) Godier LR, Park RJ. Does compulsive behavior in anorexia nervosa resemble an addiction? A qualitative investigation. *Front Psychol* 2015; 6: 1-12
- 32) Volkow N.D., Wang G.J., Fowler J.S., Logan J., Gatley S.J., Hitzemann, R., Chen A.D., Dewey S.L., and Pappas N. Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. *Nature* 386:830-833, 1997
- 33) Volkow N.D., et al., 2001a. Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: Association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American journal of Psychiatry* 158(12): 2015-2021
- 34) Kaufman J. N. et al. Cingulate hypoactivity in cocaine users during a GO-NOGO task as revealed by event-related functional magnetic resonance imaging, *Journal of Neuroscience* 23(21):7839-7843
- 35) Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M. Dipartimento Politiche Antidroga. *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze*, 2° edizione, 8 giugno 2010
- 36) Ashtari M., Cervellione K., Cottone J. et al. Effect of Marijuana on Adolescent Brain:A Voxelwise Diffusion Analysis with Fiber Tractography. *American Society of Neuroradiology*, New Orleans, June 2008
- 37) Mata I., Perez-Iglesias R., Roiz-Santiañez R. et al. Gyrfication brain abnormalities associated with adolescence and early-adulthood cannabis use . *Brain research* (2010) 297-304
- 38) Bava S., Jacobus J., Mahmood O., Yang T.T., Tapert S.F. Neurocognitive correlates of white matter quality in adolescentsubstance users. *Brain Cogn*. 2010 Apr; 72(3): 347-354. Epub 2009 Nov 22.
- 39) Serpelloni G., Diana M.; Gomma M.; Rimondo C., *Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento*. Gennaio 2011
- 40) National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders*, U.S. Department of health and human services, Bethesda, 2003
- 41) Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. *Addiction*. 2011
- 42) Lambert M, Conus P, Lubman DI et al. The impact of substance use disorder on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 141-8
- 43) Mauri MC, Volonteri LS, De Gaspari IF et al. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006; 23: 4
- 44) Ferdico M. Gli esordi psicotici in età giovanile e il rapporto con l'uso di sostanze. In: Giacolini T, Leonardi C. *Adolescenti e dipendenze*. Giovanni Fioriti Editore, Roma: 2016; pagg.145-167
- 45) Leonardi C. Le dipendenze patologiche nell'adolescente: una malattia della mente e del cervello. In: Giacolini T, Leonardi C. *Adolescenti e dipendenze*. Giovanni Fioriti Editore, Roma: 2016; pagg.55-60
- 46) Giacolini T, Leonardi C. *Adolescenti e dipendenze*. Giovanni Fioriti Editore, Roma: 2016
- 47) Addolorato G et al. Liver transplantation in alcoholic patients: impact of an alcohol addiction unit within a liver transplant center. *Alcohol Clin Exp Res* 2013; 37: 1601-8

- 48) Testino G et al. Acute Alcoholic hepatitis, end stage alcoholic liver disease and liver transplantation. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 14642-51
- 49) Addolorato G, Mirijello A. Management of alcohol dependence in patients with liver disease. *CNS Drugs* 2013; 27: 287-99
- 50) Testino G et al. Alcohol use disorders (AUDs) e trapianto di fegato. Position paper della società Italiana di Alcologia. Per lo sviluppo, il management e l'aggiornamento di linee guida e buone pratiche cliniche per il trapianto di fegato conseguente a disturbi da uso di alcol. Integrazione ospedale-territorio. UO Formazione, ASL3 (Sistema Sanitario Regione Liguria), 20 Aprile 2018
- 51) Position paper per l'organizzazione di base degli interventi sui problemi e le patologie alcol correlate (PPAC). Direttivo Nazionale Società Italiana di Alcologia. *Alcologia* 2015; 23:9-16
- 52) Fanucchi T, Patussi V. Il lavoro psicologico in alcologia, 2018, in press
- 53) Sussman S, Reynaud M, Aubin HJ, Leventhal AM. Drug addiction, love, and the higher power. *Evaluation and Health Professions* 2011; 34: 362-70
- 54) Savulescu J, Earp BD. Neuroreductionism about sex and love. *Think (Lond)* 2014; 13: 7-12
- 55) Zou Z, Song H, Zhang Y, Zhang X. Romantic love vs. drug addiction may inspire a new treatment for addiction. *Front Psychol* 2016; 7: 1-12
- 56) Dermatis H, Galanter M. The role of twelve step related spirituality in addiction recovery. *J relig Health* 2016; 55: 510-21
- 57) Galanter M. Alcoholics anonymous and twelve step recovery: a model based on social and cognitive neuroscience. *Am J Addict* 2014; 23: 300-7
- 58) Kingston S, Knight E, Williams J, Gordon H. How do young adults view 12 step programs? A qualitative study. *J Addict Dis* 2015; 34: 311-22
- 59) Balbinot P, Testino G. Adolescenza e dipendenze: non solo chimica, ma anche spiritualità. *Gazz Med Ital – Arch Sci Med* 2018; doi: 10.23736/S0393-3660.17.03607-5
- 60) Testino G et al. Alcohol and liver transplantation: the 6-month abstinence rule is not a dogma. *Transpl Int* 2016; 29: 953-4
- 61) Balbinot P, Bottaro LC, Testino G. Educazione a corretti stili di vita. ASL3 (Sistema Sanitario Regione Liguria); 207; scaricabile www.asl3.it
- 62) Muskin PR. DSM-5 Self-exam questions. Domande e risposte sui criteri diagnostici (Traduzione: Amenta A, Nardelli N). Raffaello Cortina Editore, Milano:2016
- 63) Kaminer Y, Winters KC. DSM-5 criteria for youth substance use disorders: lost in translation? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2015; 54: 350-51
- 64) Brunette MF, Mueser KT, Babbin S et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2018; 194: 4-12
- 65) Alcol e problemi e patologie alcolcorrelate. Indirizzi generali per l'organizzazione di base e orientamento delle offerte. *Alcologia* 2011; 11: 43-8
- 66) Relazione al Parlamento sui Problemi Alcol Correlati. Osservatorio Nazionale Alcol ISS. Dicembre 2017 (presentazione 2018)
- 67) Craighero L. *Neuroni specchio*. Il Mulino, Bologna 2010
- 68) Cerrato V. I programmi alcolologici territoriali e l'empatia. In: Patussi V, Marcomini F. *Mysterium Fidei*. Editrice CRT, Pistoia 2003
- 69) Forray A. Future pharmacological treatments for substance use disorders. *Br J Clin Pharmacol* 2012; 77: 382-400
- 70) Panlilio LV, Justinova Z. Preclinical studies of cannabinoid reward, treatments for cannabis use disorder, and addiction-related effects of cannabinoid exposure. *Neuropsychopharmacol* 2018; 43: 116-41
- 71) Antonelli M et al. Alcohol addiction. The safety of available approved treatment options. *Expert Opin Drug Saf* 2018; 2: 169-72
- 72) Guerzoni S et al. Drug-drug interactions in the treatment for alcohol use disorders. *Pharmacol Res* 2018; 133: 65-76
- 73) Platone (1987). *La Repubblica* (2a edizione riveduta, D Lee, Trans). Hamondsworth. Regno Unito: Penguin Classics (Opera originale pubblicata circa 360 ac)
- 74) Platone (1970). *Le Leggi* (TJ Saunders, Trans). Hamondsworth. Regno Unito: Penguin Classics (Opera originale pubblicata circa 345 ac)
- 75) Jetten, Y., Haslam, C, e Haslam, A. (2011). *La cura sociale: identità, salute e benessere*. Stampa di psicologia. Allen, L. (4 agosto 2016) Oltre la droga: la guerra contro le malattie legate allo stile di vita ha bisogno di nuove tattiche. *The New Scientist*, 231, 3085. Estratto il 5 agosto 2016 da https://www.newscientist.com/article/2099950-beyond-drugs-the-war-on-lifestyle-disease-needs-new-tactics/?utm_medium=Social
- 76) Monbiot, G. (2016a, 12 ottobre). C'è una cosa come società. *Il guardiano*. Estratto il 5 dicembre 2016 da www.monbiot.com/2016/10/12/there-is-such-a-thing-as-society/
- 77) Alexander BK (2016a). Una visione storica globale della dipendenza e del futuro del trattamento delle dipendenze. Presenza alle nuove direzioni nello studio del gruppo di alcolici riunitosi a Bradford, nello

Yorkshire. Recuperato il 19 novembre 2016 da www.fead.org.uk/video/bruce-alexander-a-global-historical-view-of-addiction-and-the-future-of-addiction-treatment/

- 78) Alexander, BK (2016b). Sostituire la vista ufficiale della dipendenza. In Davis, JE & Gonzales, AM (Eds.). Fissare o guarire: cura del paziente, salute pubblica e limiti della biomedicina. New York, NY: NYU Press, pp. 208-237.
- 79) Tim Lang and Geof Rayner Ecological public health: the 21st century's big idea? An essay BMJ 2012; 345
- 80) Quartini A, Fanucchi T, Patussi V. "Alcologia: paradigma di una rivoluzione possibile in ambito sociale e sanitario", Editoriale Rivista Alcologia, 2014, n. 19
- 81) Thomas Fuchs Ecology of the brain, Oxford University Press 2017
- 82) Evan Thompson Waking, Dreaming, Being, Columbia University Press, 2017
- 83) Wendy Hasenkamp, Janna R. White, The monastery and the microscope, Yale University Press, 2017
- 84) Marc Lewis, Niology of desire, Scibe Publications, 2015
- 85) Francisco J. Varela, Evan Thompson, Eleanor Rosch, The Embodied Mind, MIT Press. 2016
- 86) Zdravko Radman, Before consciousness, Imprint Academic, 2017
- 87) Roger Penrose, Stuart Hameroff, Subhash Kak, Consciousness and the universe, Cosmology Science Publishers, 2017
- 88) Fanucchi T (2015). "Alcolismo: definizioni e terminologia", revisione critica del capito 3 – parte I del Manuale di Alcologia di V.Hudolin (1992), Ed. Centro Studi Erickson di Trento
- 89) Hudolin VI. 'Introduzione', Annuario 1994, Trento, Centro Studi Erickson, 1993. Hudolin VI. 'Introduzione', L'attività alcologica territoriale, Castelfranco Veneto, Noumen, 1993
- 90) Hudolin VI. Vincere l'alcolismo, Casale Monferrato, Edizioni Piemme, 1993

