

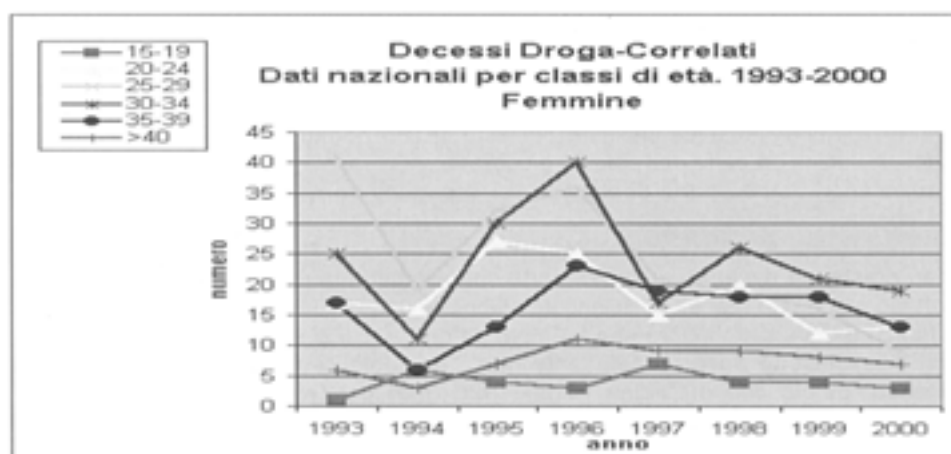
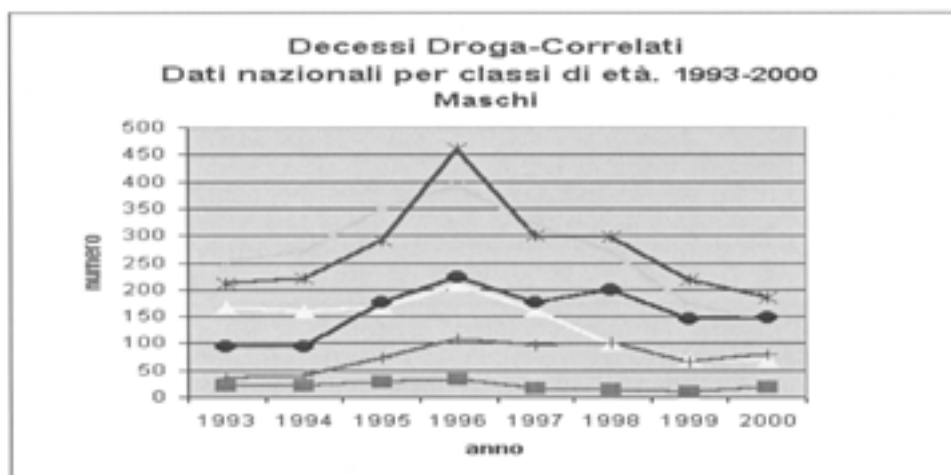
Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Lo studio europeo a cui l'Italia ha partecipato, ha dimostrato una validazione crociata tra i due Registri italiani ed ha fornito indicazioni in merito all'opportunità di usare il Registro Speciale come riscontro del numero di DDC forniti dal RGM per la "selezione B".

Decessi Droga-Correlati in Italia nell'anno 2000.

Tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre 2000, il Registro Speciale della DCSA ha riportato 1016 decessi, 931 maschi e 85 femmine, circa il 2% in più rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente. In effetti i decessi di cittadini italiani sono stati 979 (897 maschi e 82 femmine) contro i 966 del 1999 (+1,3%), in quanto 37 decessi (34 maschi e 3 femmine) sono di cittadini stranieri che rappresentano il 3,6% del totale.

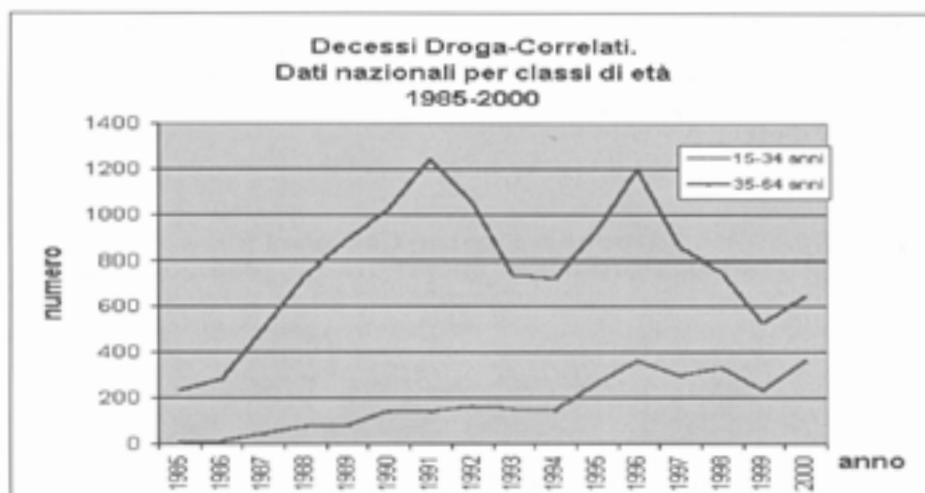
Le figure che seguono riportano i trend dei DDC tra il 1993 ed il 2000 in base al sesso ed alle classi di età.



Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Leggeri incrementi si osservano a carico delle fasce più elevate di età soprattutto tra i maschi. Per quanto riguarda le donne, una tendenza al rialzo sembra osservarsi nella fascia 20-24 anni.

Nella figura successiva, dove sono riportati i dati relativi ai decessi per le fasce di età 15-34 e 35-64 (i due grandi raggruppamenti delle classi di età), relativamente agli ultimi quindici anni, si evidenzia abbastanza chiaramente il globale progressivo innalzamento di età dei deceduti per droga.

**Gruppo Tossicologi Forensi (GTF).**

In questa sezione si riportano i dati esclusivamente e direttamente acquisiti dal GTF. Hanno partecipato alla rilevazione 2000 le sezioni di Tossicologia Forense di Ancona, Bari, Brescia, Catania, Ferrara, Firenze, Macerata, Messina, Milano, Modena, Napoli 1 e Napoli 2, Padova, Parma, Pavia, Perugia, Pisa, Roma Sapienza, Roma Cattolica, Roma TorVergata, Siena, Trieste, Verona. Queste strutture rappresentano più dell'82% di quelle esistenti. I dati raccolti non riportano la totalità della casistica dal momento che:

- non tutto il territorio nazionale è "coperto" da sedi universitarie in cui operi attivamente una sezione di Tossicologia Forense;
- manca una sistematica capillare richiesta di accertamenti autoptici con consulenza tossicologica da parte dell'autorità giudiziaria;
- mancano i dati da parte di alcune sedi importanti tra cui Torino, Bologna, Genova, Venezia.

I dati presentati risultano quindi in parte sottostimati, ma uniformemente distribuiti sul territorio e pertanto ritenuti sufficienti ad elaborare una statistica nazionale.

E' fondamentale sottolineare che le "morti da droga" cui ci si riferisce sono quelle nelle quali l'assunzione dello stupefacente gioca un ruolo causale nel determinismo del decesso, quelle che il Codice Penale (art. 586) considera reato come "morte in conseguenza di altro delitto" in quanto la sostanza che ha determinato il decesso è stata necessariamente ceduta alla vittima da "terzi" (art. 73 T.U. Sugli Stupefacenti).

La criteriologia classica medico-legale adottata per l'approccio diagnostico fa sì che i dati riportati si riferiscono a "morti da droga" certe, ad avvelenamento acuto letale da droga. I dati del GTF sono stati raccolti mediante 4 schede nelle quali si richiedeva:

- il numero di decessi suddivisi per mese;
- il numero di decessi suddivisi per sesso ed età;

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

- la sostanza stupefacente rilevata nell'accertamento analitico e responsabile del decesso (da sola o in associazione con alcool, o con altre sostanze o contemporaneamente con alcool ed altre sostanze. Venivano considerate alcoolemie superiori a 0,5 g/l);
- le eventuali altre sostanze rinvenute, non responsabili del decesso.

L'esame dell'andamento mensile non evidenzia concentrazioni in particolari periodi dell'anno; ad una media di 60 decessi al mese si affiancano fluttuazioni contenute entro il 10% ad eccezione del mese di maggio con 77 morti.

Analogamente al 1999, novembre è il mese con il minor numero di decessi da droga. Circa il 90% dei decessi nell'intero periodo è a carico del sesso maschile ed il 51,4% del totale di età compresa tra i 31 ed i 40 anni con un ulteriore incremento di 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

I soggetti con più di 30 anni rappresentano il 63,9% dell'intera casistica del 2000.

La morfina (fondamentale metabolita dell'eroina) è stata rilevata come sostanza a sé nel 42% dei casi analizzati; morfina-alcool, morfina-altre sostanze stupefacenti/psicofarmaci oppure morfina-alcool-altre sostanze stupefacenti/psicofarmaci sono stati rilevati nel 17%, 28% e 13% dei casi rispettivamente.

Un particolare interesse continua a rivestire la cocaina. Questa sostanza si ritrovava nella maggior parte dei casi (72,9%) come sostanza unica nel '99, nella casistica del 2000 si ritrova nella metà dei casi (50%) presente contemporaneamente ad altre sostanze.

Pur essendo l'eroina la causa della maggior parte dei decessi (84,5%) anche nell'ultimo anno, la cocaina è la sostanza responsabile in più di 9 casi su 100 (9,2%) segnalando un ulteriore incremento rispetto allo scorso anno (7,9%) ed ancor più rispetto alla casistica GTF del periodo 1991-1996 (2,8%).

Questo trend sembra confermare come la cocaina giuochi un ruolo sempre più decisivo nel determinismo dei decessi.

Tale considerazione è sostenuta anche dall'esame delle sostanze ritrovate unitamente allo stupefacente responsabile del decesso: la cocaina, assieme alle benzodiazepine, è la sostanza più frequentemente rilevata seguita subito dopo dai cannabinoidi (26%, 29%, 16% rispettivamente). Non è superfluo sottolineare che le amfetamine sono state rilevate in circa il 3% dei casi.

Questi dati suggeriscono di rivolgere maggiore attenzione sul consumo di cocaina, dimostrando al contempo, la indispensabilità, per il nostro Paese, di operare uno sforzo per implementare le fonti informative dei dati sui Decessi Droga-Correlati.

Ogni punto di osservazione, infatti, rileva aspetti differenti e complementari del fenomeno fornendone una possibile reciproca chiave di lettura.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Parte terza: Argomenti di approfondimento

A01: ESPAD 2000 – Uso di alcool, tabacco e sostanze illecite tra gli adolescenti e i giovani in Italia

A02: La prevalenza e l'incidenza di patologia psichiatriche nei soggetti tossicodipendenti

A03: Tossicodipendenti in carcere e misure alternative alla detenzione

A04: La riabilitazione sociale e la comunità terapeutica

A05: Lo sviluppo della ricerca, la valutazione di efficacia degli interventi

A06: La “evidence based medicine” nel campo delle tossicodipendenze

A07: Aspetti legislativi europei ed elementi comuni dei “piani di azione” nazionali

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Parte terza: Argomenti di approfondimento**A01: ESPAD 2000 – Uso di alcool, tabacco e sostanze illecite tra gli adolescenti e i giovani in Italia**Lo strumento di indagine

La Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento degli Affari Sociali -, in accordo con il Ministero della Pubblica Istruzione e con il supporto tecnico operativo del CREAS – IFC del Consiglio Nazionale delle Ricerche ha permesso la realizzazione dello studio ESPAD per l'anno 2000.

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è stato promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'Alcool e altre Droghe (CAN), in collaborazione con il "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa.

Dal 1995, lo studio viene contemporaneamente condotto in circa 30 Paesi europei.

I risultati dell'indagine, che vengono successivamente messi a disposizione dalle nazioni partecipanti, rappresentano un'importante base di dati e rendono possibile un confronto, tra gli atteggiamenti ed i comportamenti che i vari studenti europei mostrano d'avere in relazione alle varie sostanze d'abuso.

L'Italia ha partecipato al progetto sia nel 1995, sia nel 1999 con finanziamento e coordinamento del C.N.R. (Istituto di Fisiologia Clinica).

Sin dall'inizio, la rilevazione italiana, diversamente da quella europea che riguarda solo i sedicenni, ha compreso l'intero ciclo della scuola superiore.

Ciò è stato possibile, grazie anche al coinvolgimento del Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità, di molte Regioni, dei servizi territoriali per le tossicodipendenze, di molti Presidi e Professori delle scuole campionate.

Lo studio italiano è stato condotto, anche per il 2000, con le stesse modalità degli anni precedenti ed ha coinvolto un campione di scuole, tale da permettere di effettuare le stime su un numero di alunni analogo a quello degli anni passati (circa 250 Scuole campionate tra Licei Classici, Scientifici, Magistrali, Istituti tecnici, Istituti professionali e artistici per circa 20.000 ragazzi e ragazze partecipanti).

Nel campione, rappresentativo del totale degli studenti italiani, sono inclusi giovani di entrambi i sessi, compresi tra i 15 e i 19 anni di età,

Questo tipo di studi permette di rispondere alle richieste informative dell'Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze, in merito all'indicatore epidemiologico chiave sulle stime di prevalenza dell'uso di sostanze illegali nella popolazione studentesca e rappresenta uno dei debiti informativi dell'Osservatorio permanente italiano che è soddisfatto attraverso la collaborazione con il Ministero della Pubblica Istruzione e con il Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Dal punto di vista delle ricadute informative nazionali, lo studio rappresenta uno strumento d'indagine standardizzato e ben conosciuto nelle sue capacità descrittive.

Si consideri, che lo stesso studio è attivo negli Stati Uniti da circa 25 anni.

Nei prossimi anni si dovrebbe poter assistere ad un ulteriore sviluppo di questa rilevazione nel nostro Paese, in modo tale da poter realizzare delle stime a carattere regionale.

In altri termini sarà necessario aumentare il campione ad almeno 40.000 soggetti, distribuiti in tutte le Regioni e Province Autonome.

Di seguito, vengono esposti i risultati preliminari dell'indagine.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Il commento sulle tendenze in atto nella popolazione di adolescenti e giovani in Italia, viene condotto, per l'anno 2000, attraverso un'analisi comparativa dei dati riferita anche all'anno precedente e, in alcuni casi, alla rilevazione ESPAD 1995.

Opinioni ed atteggiamenti in rapporto alle varie droghe

Analogamente agli anni precedenti, l'indagine del 2000 prende, inizialmente, in considerazione il quadro degli atteggiamenti di approvazione o disapprovazione rispetto all'uso delle varie droghe, nonché la percezione dei rischi a queste correlati.

Come evidenziato dai dati della tab. 1, l'atteggiamento dei giovani per quanto riguarda la disapprovazione dell'uso di tabacco, è rimasto quasi invariato nel 2000 rispetto al 1999.

Per altre sostanze, come i cannabinoidi e l'alcol, emerge, in generale, un aumento dell'approvazione dell'uso ed una diminuzione della percezione di rischio.

Per i cannabinoidi, infatti, la percentuale di disapprovazione dell'uso passa dall'84% (nel 1999) all'82% (nel 2000); di contro, l'approvazione passa dal 12% nel 1999 al 14% nel 2000, nonostante una leggera diminuzione della percezione d'assenza di rischio (dal 2.2% a 1.8%).

Tab. 1 - Approvazione dell'uso e percezione del rischio

Approvazione dell'uso e percezione del rischio	Italia 1999	Italia 2000
Non disapprovo fumare sigarette occasionalmente	78%	76%
Non disapprovo fumare 10 o più sigarette al giorno	37%	37%
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	75%	74%
Disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	76%	72%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	18%	20%
Percezione del rischio correlato a bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	82%	81%
Percezione di assenza di rischio nel bere 5 o più bicchieri quasi ogni giorno	2,8%	3,3%
Disapprovo fumare cannabis occasionalmente	63%	64%
Disapprovo fumare cannabis regolarmente	84%	82%
Non disapprovo fumare cannabis regolarmente	12%	14%
Nessun rischio nel fumare cannabis regolarmente	2,2%	1,8%

Per l'alcol, diminuisce la percentuale di giovani che disapprova ubriacarsi almeno una volta la settimana (da 76% a 72%) ed aumenta (da 18% a 20%) la percentuale di quelli che approvano farlo.

Contestualmente, diminuisce la percezione del rischio per la salute legato al bere, espresso da un calo (da 82% a 81%), della percezione di rischio nel bere 4-5 bicchieri di alcolici, uno di seguito all'altro, quasi ogni giorno e da un aumento della percezione di assenza di rischio nel bere 5 o più bicchieri (da 2.8% a 3.3%).

Circa il 10% del campione degli studenti intervistati (tab. 2) non disapprova l'uso di LSD, cocaina, anfetamine ed ecstasy, confermando, sostanzialmente, i dati dello scorso anno.

La stessa cosa avviene per l'assenza di percezione del rischio legato al comportamento, che non mostra significativi cambiamenti nel periodo considerato.

Appaiono degni di rilievo i dati riguardanti la disapprovazione dell'uso di LSD (incremento di due punti percentuali e contemporanea diminuzione della frequenza dei giudizi d'approvazione) e la disapprovazione dell'uso di ecstasy (più 1%).

Preoccupa, invece, la leggera variazione positiva dell'approvazione all'uso sia del crack sia dell'eroina.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Tab. 2 - Approvazione dell'uso e percezione del rischio correlato all'uso di droghe

Provare 1 o 2 volte	Italia 1999				Italia 2000			
	Approvo	Disapprovo	Non so	Nessun rischio	Approvo	Disapprovo	Non so	Nessun rischio
LSD	11%	84%	5%	2%	10%	86%	4%	2%
Cocaina	10%	87%	3%	2%	11%	86%	3%	2%
Amfetamine	10%	85%	5%	3%	10%	86%	4%	2%
Ecstasy	10%	86%	4%	2%	9%	87%	4%	2%
sedativi e tranquillanti	9%	85%	6%	-	10%	84%	7%	-
Crack	7%	89%	4%	2%	8%	88%	4%	2%
Eroina	6%	90%	4%	-	7%	89%	4%	-

L'esperienza del consumo

Nel mondo studentesco, si registra, relativamente all'esperienza dell'uso (tab. 3), un aumento dell'uso d'alcolici (più 2,9% rispetto ai dati dello scorso anno), un aumento degli episodi di ubriachezza (più 2,3%), una riduzione dell'uso di tabacco (meno 2,5%), di cannabinoidi (meno 2,4%), di alcool più cannabinoidi (meno 1,1%) e di anfetamine (meno 1,6%). E' da notare, in particolare, un aumento dell'uso d'eroina fumata (più 1,1%). Le altre sostanze considerate rimangono con percentuali più o meno analoghe a quelle dello scorso anno. Il dato più significativo è quello che indica un aumento del numero di studenti che riferiscono di aver fumato eroina e della contestuale bassa percentuale di studenti che utilizzano droghe per via iniettiva. Questo dato appare in sintonia con la tendenza a considerare l'uso non endovena come "non rischioso" (si pensi al rischio della trasmissione dell'HIV) e, comunque, reversibile.

Tab. 3 - Uso nella vita delle diverse sostanze

	Italia 1999	Italia 2000
USO NELLA VITA	si	si
alcolici	86,5%	89,4%
tabacco	70,4%	67,9%
ubriacarsi	52,7%	55,0%
cannabinoidi	33,3%	30,9%
alcool e cannabinoidi	32,0%	30,9%
sedativi e tranquillanti	7,4%	7,5%
inalanti	6,4%	6,1%
cocaina	4,8%	4,2%
alcool insieme a pasticche	3,9%	2,5%
lsd	3,4%	2,7%
amfetamine	3,1%	1,5%
ecstasy	3,1%	3,1%
eroina fumata	3,1%	4,2%
funghi allucinogeni	1,6%	1,4%
eroina assunta in via diversa dal fumo	0,8%	0,8%
steroidi anabolizzanti	0,7%	1,1%
crack	0,7%	0,9%
droghe iniettate	0,2%	0,3%

Sempre in relazione all'uso di droghe (tab. 4), analizzando comparativamente i risultati delle indagini ESPAD degli anni 1995-1999-2000, si nota un incremento, costante negli anni, degli episodi di ubriachezza negli ultimi 12 mesi (dal 36% del 1995 al 41% del 2000).

Rispetto al consumo di sigarette nel corso della vita, si osserva un aumento tra il dato del 1995 e quello del 1999, mentre si registra una diminuzione nell'anno 2000 rispetto al 1999. Lo stesso andamento è visibile per quanto riguarda le sigarette fumate negli ultimi 30 giorni. Per l'uso di cannabis, mentre appariva notevole l'incremento dal 1995 al 1999 (più 8%), nel 2000 si assiste ad un decremento, pari al 2%.

Le altre sostanze illecite mostrano un trend in ascesa (passando dall'8% del 1995 al 10% del 2000).

In direzione opposta si muove, invece, il trend relativo al consumo di "alcool e pillole", che passa dal 5% del 1999 al 3% del 2000.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Questi dati rivestono particolare importanza se utilizzati, come ad esempio accade negli Stati Uniti, per la valutazione e la programmazione degli interventi di prevenzione, realizzati e da realizzare, sulla popolazione generale.

In particolare, sia i dati della percezione del rischio, sia i dati relativi ai consumi riferiti nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, possono essere utilizzati per stimare gli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione primaria, che vanno ad incidere, ad esempio, sulla percezione del rischio individuale, legato ai comportamenti d'assunzione di alcol, tabacco e droghe.

Tab. 4 - Diffusione dell'uso di droghe: analisi comparativa

	ESPAD 1995	ESPAD 1999	ESPAD 2000
Consumo di alcolici negli ultimi 12 mesi	76	79	82
Ubriacato negli ultimi 12 mesi	36	39	41
Fumato sigarette nella vita	66	70	68
Fumato sigarette negli ultimi 30 giorni	39	45	43
Ha usato cannabis nella vita	25	33	31
Altre sostanze illecite	8	9	10
Tranquillanti e sedativi	10	7	8
Alcol + pillole	5	4	3

In relazione all'età di prima assunzione (Tab. 5), si osservano importanti evidenze riguardo all'assunzione di alcool. Infatti, osservando i dati, e considerando il picco degli 11 anni o meno come il riferito di un'esperienza di iniziazione "d'uso in famiglia", la classe modale delle distribuzioni indica, come periodo più critico per l'iniziazione, quello dei 13-14 anni, cui fa seguito la prima ubriacatura, in un'età leggermente più spostata nel tempo (15-16 anni). Se messo in relazione con il fatto che è proprio questa l'età in cui i ragazzi cominciano a guidare mezzi di trasporto a motore, questo dato sottolinea la necessità di mettere in atto delle incisive campagne di prevenzione.

Ad esclusione della presenza di una precoce induzione da parte dei genitori, uguale distribuzione mostra il dato riferito dell'iniziazione al fumo di sigarette. Il fumo di sigarette, come classe modale, sembra consolidarsi più tardivamente (verso i 16 anni), rispetto al momento dell'iniziazione, che appare avvenire tra i 13 e i 14 anni. Verso i 15-16 anni, al consolidarsi dell'uso quotidiano di tabacco, sembra associarsi la prima esperienza d'uso di cannabis. Tutte le altre sostanze, ad esclusione di tranquillanti e sedativi, mostrano essenzialmente una iniziazione riferibile a classi di età più avanzate.

Un'eccezione sembra evidenziarsi in relazione agli allucinogeni, che mostrano, anche se in percentuale molto bassa, una prima esperienza d'uso nella fase dei 15-16 anni.

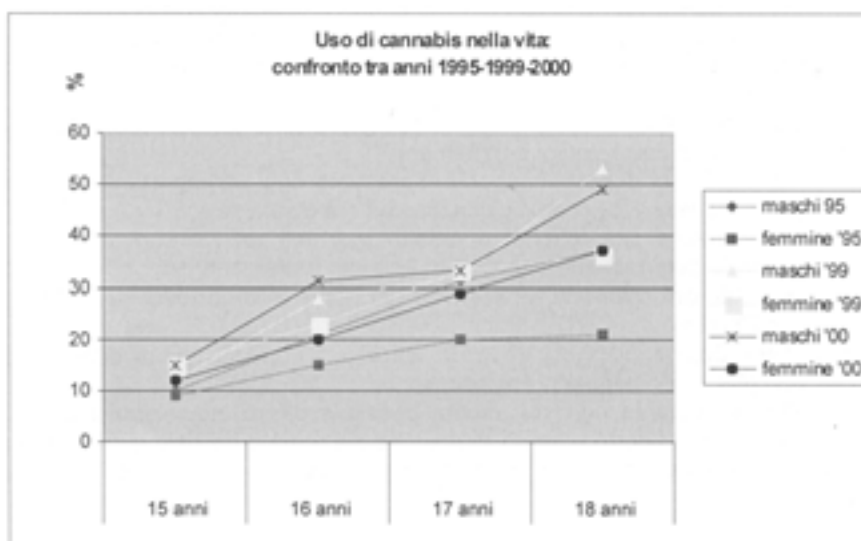
Tab. 5 - Età di prima assunzione

	A 11 anni o meno		A 12 anni		A 13 anni		A 14 anni		A 15 anni		A 16 anni o più	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Bere birra	18%	18%	14%	14%	16%	15%	17%	18%	10%	12%	8%	8%
Bere vino	23%	25%	11%	11%	12%	12%	12%	14%	8%	8%	7%	7%
Bere liquori	5%	5%	7%	6%	10%	10%	15%	19%	14%	15%	14%	14%
Ubriacati	1%	1%	2%	2%	5%	6%	12%	13%	14%	14%	18%	19%
Fumare la prima sigaretta	7%	6%	11%	10%	13%	13%	17%	18%	12%	12%	10%	10%
Fumare sigarette quotidianamente	1%	0%	2%	2%	4%	4%	10%	8%	9%	10%	12%	12%
Provare amfetamine	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	2%	1%
Provare sedativi o tranquillanti	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	1%
Provare cannabinoidi	0%	0%	1%	0%	2%	2%	7%	6%	9%	9%	12%	10%
Provare LSD o altri allucinogeni	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	2%	2%
Provare crack	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Provare cocaina	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	3%	3%
Provare ecstasy	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%
Provare eroina	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%
Provare alcol insieme a pillole	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	2%	1%

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Il grafico mostra il confronto tra le indagini ESPAD 1995, 1999 e 2000, relativamente all'uso di cannabis nel corso della vita.

Vi è la tendenza ad una maggiore prevalenza d'uso tra i ragazzi e le ragazze più grandi, risetto a quelli più giovani.



In ciascun studio ESPAD, i consumi delle ragazze risultano sempre inferiori, rispetto a quelli dei coetanei di sesso opposto.

Dal confronto tra gli studi ESPAD (1995-1999-2000), emerge un complessivo aumento dei consumi, sia per le ragazze che per i ragazzi; al contempo, però, mentre i ragazzi confermano il trend in crescita sia in relazione all'età, sia nel tempo, i consumi delle ragazze di ESPAD 2000, ad eccezione delle diciottenni, risultano in diminuzione rispetto allo studio precedente.

Parte terza: Argomenti di approfondimento**A02: La prevalenza e l'incidenza di patologia psichiatriche nei soggetti tossicodipendenti**

Il fenomeno della "doppia diagnosi", ovvero della concomitante presenza di disturbi psichici e di dipendenza da sostanze lecite (alcol) o illecite, appare in netta crescita. In relazione alla complessità della patologia addittiva, risulta inopinabile l'importanza di definire se i sintomi psichiatrici, molti dei quali soddisfano i criteri diagnostici secondo il DSM IV, rappresentino disturbi psichiatrici indipendenti o condizioni organiche indotte dall'uso di sostanze.

A tal proposito, sono state proposte varie linee-guida, che utilizzano diverse regole decisionali rispetto a modalità, tempi e trattamenti.

Nell'ambito dei Ser.T., la doppia diagnosi rappresenta oggi un'importante sfida per il recupero di una dimensione psicopatologica, fino ad ora disattesa.

Di contro, il constatare che, anche in ambito psichiatrico, i fattori di comorbidità influenzano in modo determinante decorso ed esiti dei trattamenti, suggerisce l'utilità di una rilettura degli orientamenti operativi, alla ricerca di nuove opportunità di integrazione tra i Servizi.

Il problema della doppia diagnosi trova, in letteratura, una cospicua serie di studi, condotti in particolar modo nei paesi anglosassoni.

Anche in Italia, nonostante non sia ancora possibile offrire indicazioni sicure circa l'entità del fenomeno, un certo numero di ricerche sul tema offre dati, sufficientemente approssimati, circa la frequenza di doppia diagnosi tra l'utenza dei Ser.T. e dei Servizi di Salute Mentale.

I risultati degli studi.

Diversi studi, condotti negli anni '60-'70, sottolineano la rilevante prevalenza di disturbi mentali nelle popolazioni di tossicodipendenti: Rosenberg e Sheppard indicano rispettivamente una percentuale del solo 10 e 15% di pazienti esenti da tali disturbi. Studi più recenti, indicano tassi di comorbidità che variano dal 50 al 93%.

In Italia, i dati disponibili in relazione a pazienti tossicodipendenti, mostrano una prevalenza del 30,1% dei disturbi dell'Asse I (sindromi cliniche) e del 59,3% dei disturbi dell'Asse II (disturbi di personalità).

Ricerche, svolte su pazienti in trattamento metadonico, indicano una prevalenza del 53,8% dei disturbi sull'Asse I e del 43,5% di quelli sull'Asse II.

I dati circa la presenza di disturbi psichiatrici generici, nella popolazione tossicodipendente, segnalano una percentuale di prevalenza intorno al 47%.

Ricerche condotte sull'utenza dei Ser.T., rilevano la presenza di una percentuale di soggetti affetti da disturbi mentali (sindromi cliniche – Asse I – e disturbi della personalità – Asse II) superiore al 70%: solo il 25% degli utenti dei Ser.T. può essere considerato portatore di un disturbo da uso di sostanze "puro". Si tratta di dati confermati nel tempo, con studi condotti a Milano, Roma, Cagliari e Pavia.

Allo stesso tempo, tra l'utenza dei servizi psichiatrici e, in particolar modo, dei servizi ospedalieri di diagnosi e Cura (SPDC), si nota un'altrettanto rilevante concomitanza d'uso o abuso di sostanze psicoattive.

I risultati ottenuti nel corso di una recente ricerca, condotta presso un servizio psichiatrico dell'area metropolitana milanese, confermano questo dato.

L'indagine è stata fatta su un campione di oltre 100 pazienti, ricoverati in SPDC nel corso di un semestre. Il 51% dei pazienti in esame ha dichiarato di avere (o aver avuto) problemi correlati all'uso di sostanze.

Dati analoghi sono offerti da indagini epidemiologiche circa la frequenza di problemi d'abuso-dipendenza da sostanze, in pazienti con diagnosi di schizofrenia.

Una prevalenza media del 47% dei casi ha, o ha avuto, problemi di questo tipo, con una frequenza maggiore rispetto all'abuso di alcool (33,7%) e minore per quanto riguarda l'abuso di tutte le altre sostanze (13,3%).

Parte terza: Argomenti di approfondimento

In relazione alla comorbidità per disturbi dell'umore, si è osservata una familiarità nel 19% dei soggetti che abusano di cocaina, e nel 7.5% tra coloro che abusano di oppiacei.

La depressione è certamente un fenomeno psicopatologico molto frequente nel tossicodipendente da eroina e cocaina.

Vari studi la attribuiscono a circa 1/3 della popolazione esaminata, documentando almeno una situazione di depressione maggiore nel 25% dei casi post-terapia di disintossicazione e nel 62% dei casi durante il disimpegno da un programma metadonico.

Gli oppiacei, per la loro azione farmacologica, non indurrebbero depressione ma, al contrario, potrebbero alleviarla, facendo ipotizzare che molti tossicodipendenti siano potenzialmente dei depressi che si autocurano con la sostanza (ipotesi dell'automedicazione o "endorfinergica" delle distimie).

All'opposto, altri studi ipotizzano che le modificazioni neuroadattive prodotte dall'uso cronico di eroina, costituiscano un fattore di vulnerabilità ai Disturbi dell'Umore e che possano persistere per molti mesi dopo la disintossicazione ed essere alla base di residue manifestazioni astinenziali ("ipoforia").

Per quanto riguarda i quadri espansivi, si sono riscontrati manifestazioni ipomaniacali in circa il 7% di pazienti, mentre il 55% si distribuisce nei disturbi bipolari I e II.

Altri studi, ancora, indicano un uso di oppiacei variabile fino al 20% nei depressi e al 25% nei pazienti con episodio maniacale, mentre in altre ricerche quest'ultima percentuale si abbassa al 5%.

Le spiegazioni avanzate circa lo sviluppo della comorbidità tra sindromi psichiatriche e disturbi correlati all'uso di sostanze, poggiano - soprattutto per quanto riguarda la schizofrenia - sul modello della "vulnerabilità".

Tale modello ipotizza che l'impiego di sostanze possa slatentizzare la patologia psichiatrica, o incrementare la possibilità di un'espressività sintomatologica in soggetti a questa già predisposti.

Rispetto alla tipologia delle sostanze, diverse ricerche hanno ipotizzato la possibilità di evidenziare una qualche relazione tra disturbo psicopatologico e selezione della sostanza.

Le sostanze più ricercate, dai soggetti con diagnosi di schizofrenia, sono (in modo più rilevante rispetto agli altri gruppi psichiatrici, in cui prevarrebbe la scelta di alcool, sedativi ed ipnotici) amfetamine, cocaina, cannabinoidi, allucinogeni ed inalanti.

Tanto per i Ser.T., quanto per i Servizi di Salute Mentale, la doppia diagnosi rappresenta un fenomeno che solleva numerose ed evidenti problematiche, sia di carattere clinico, che di natura organizzativa.

Un primo problema clinico, costantemente osservabile nella pratica quotidiana dei servizi, è quello legato all'impiego dei farmaci nel trattamento dei sintomi psicotici.

I soggetti che abusano di sostanze necessitano, in media, di un dosaggio di neurolettici doppio, rispetto a quello sufficiente ai pazienti che non ne fanno uso.

Questo dato della pratica clinica riconduce ad almeno due ordini di problemi: quello dell'impegno clinico richiesto, e quello dei costi.

I costi del trattamento farmacologico soggetti con "doppia diagnosi" sono molto elevati; e, ancor più, lo sono i costi connessi alla complessità della presa in carico, alle diverse tipologie dei programmi terapeutici, alle frequenti interruzioni dei trattamenti, alle molteplici interazioni necessarie con le diverse strutture coinvolte a causa dei problemi di tossicodipendenza, alla frequente eccezionalità ed irregolarità dei piani terapeutici, spesso eccentrici rispetto agli standard assistenziali.

Oltre a ciò, occorre tener presente il problema della spinta indiretta alla ricerca automedicatoria di sostanze antagoniste (o talvolta anche agoniste) rispetto agli effetti prodotti dai farmaci.

Nei casi di doppia diagnosi spesso si determina una spirale perversa, con un crescendo, talora molto rischioso, dei dosaggi degli psicofarmaci e dell'uso

Parte terza: Argomenti di approfondimento

autoprescritto di antagonisti (tipico l'uso di anticolinergici per contrastare gli effetti collaterali dei neurolettici) e/o di altre diverse sostanze.

A tal proposito, sempre in tema di costi terapeutico-assistenziali, un dato ci viene dagli USA (dove, peraltro, vige un sistema sanitario e assistenziale strutturalmente e funzionalmente molto diverso dal nostro).

Negli Stati Uniti, infatti, sono stati condotti degli studi, che hanno mostrato come, in media, la gestione dei pazienti con "doppia diagnosi" costi alla famiglia il quadruplo.

Un dato, reperibile in letteratura, ci assicura che, contro un costo (medio per intervento terapeutico), di 2.500 dollari per un utente tossicodipendente senza problematiche di doppia diagnosi, si ha, in media, un costo di quasi 10.000 dollari quando si è in presenza di questa problematica.

In tema di conseguenze cliniche, i dati a disposizione in letteratura evidenziano:

- una riduzione della compliance terapeutica e, in particolare, di quella psicofarmacologica
- un maggior ricorso ai ricoveri ;
- un maggior rischio suicidario ;
- un maggior rischio di potenziale contagio HIV-correlato (superiore del 18.57% in media, con valori di prevalenza per sieropositività accertata dal 5 al 9%, ossia 1-4 volte superiore ai gruppi di controllo).

Nei tossicodipendenti, il rischio di suicidio è maggiore in presenza di disturbi dell'umore: studi condotti negli USA, indicano una frequenza di suicidio 11 volte maggiore rispetto a quella presente nella popolazione generale.

Sempre negli USA, i tossicodipendenti rappresentano il 67% delle persone suicidatesi prima dei 30 anni.

Questi dati trovano riscontri leggermente inferiori nella popolazione italiana.

Tra le modalità specifiche d'intervento si colloca il trattamento farmacologico, volto a stabilizzare i sintomi psichiatrici e quelli legati all'uso di sostanze.

Per quanto riguarda, in particolare, il trattamento farmacologico in pazienti eroinomani, risultano necessari maggiori dosaggi di metadone per stabilizzare i sintomi depressivi ed i comportamenti violenti all'inizio del trattamento.

Sempre in pazienti in trattamento metadonico, è stata evidenziata la progressiva attenuazione della sintomatologia depressiva in un periodo compreso tra la prima settimana e l'ottavo mese di terapia.

Per questo motivo, l'orientamento prevalente è quello di limitare l'uso di antidepressivi solo ai casi che non rispondono ai farmaci agonisti per gli oppioidi e ai casi con notevoli rischi di ricaduta.

Dosi medie di 150 mg al giorno di metadone sono risultate in grado di risolvere gli episodi depressivi in pazienti eroinomani con disturbi dell'umore; gli antidepressivi triciclici possono essere invece usati con maggior successo nella fase di disimpegno dal programma di mantenimento metadonico e nei successivi sei mesi di follow-up.

Pochissime ricerche sono state condotte sull'uso dei serotoninergici, anche se gli stessi appaiono fortemente raccomandabili per gli scarsi effetti collaterali e per la relativa sicurezza in caso di overdose.

Nei soggetti bipolari e nelle personalità borderline, nei quali è frequente l'uso di sostanze stupefacenti, appare indicato l'impiego di stabilizzanti dell'umore.

Pazienti con disturbo dell'umore, soprattutto Bipolari I, appaiono necessitare di un dosaggio maggiore di metadone; negli stessi il mantenimento metadonico sembra influire positivamente anche come stabilizzatore dell'umore.

Rispetto ai quadri espansivi, alcuni dati indicano una minore efficacia del mantenimento naltrexonico sui propositi suicidari e sui comportamenti aggressivi dei pazienti, rispetto al mantenimento metadonico, soprattutto in trattamenti a lungo termine.

Parte terza: Argomenti di approfondimento**La presa in carico del problema**

Come sottolineato alla Conferenza di Genova (novembre 2000), il tema della doppia diagnosi sollecita riflessioni in relazione al riconoscimento stesso del problema, alla sua dimensione epidemiologica ed alle indicazioni esistenti circa il significato clinico del termine.

La complessità della presa in carico dei casi con doppia diagnosi, oltre a riflettersi direttamente e indirettamente sui costi, evidenzia la necessità d'interventi organizzativi per i servizi. Ciò s'impone a differenti livelli, e richiede:

- programmazione e pianificazione strategica dei servizi;
- aggiornamento e formazione permanente degli operatori;
- sviluppo dell'integrazione fra i diversi servizi coinvolti;
- accreditamento e valutazione dell'operatività.

La programmazione strategica dei servizi implica, in primo luogo, la capacità di lettura dei trend generali di modificazione dei bisogni dell'utenza, nonché la conseguente pianificazione puntuale dell'organizzazione e delle risorse.

In secondo luogo, si collega strettamente ad una verifica, realistica e non consolatoria, dell'efficacia dell'intervento, che l'organizzazione sanitaria riesce a mettere in atto.

Questi aspetti vanno concepiti come strettamente correlati: definizione di strategie, problemi connessi alla riorganizzazione dei Servizi e al reperimento delle risorse, capacità d'attrazione dei Servizi stessi e capacità di identificare le cosiddette "nuove utenze" sono diverse facce del medesimo problema organizzativo.

Il tema della doppia diagnosi ripropone i problemi legati all'assenza di piani di studio specialistici nel campo della medicina e della psichiatria delle tossicodipendenze.

In tale contesto culturale, aggiornamento e formazione permanente degli operatori diventano un'esigenza imprescindibile.

Dal punto di vista clinico, uno dei trend più rilevanti, che gli operatori si trovano oggi ad affrontare, è quello della necessità di uscire dalla logica generalista del Ser.T., per entrare in una logica di specializzazione, caratterizzata dalla definizione di un'identità di servizio più solida rispetto a quella sin qui presente.

La professionalizzazione del Sert è un obiettivo da raggiungere in tempi rapidi anche al fine di riqualificare la clinica, oggi spesso appiattita su politiche di controllo sociale, che spesso riducono le strategie terapeutiche a mero contenimento o stabilizzazione farmacologica.

L'integrazione tra servizi, tra identità e ruoli professionali diversi, tra modelli di intervento terapeutico, è oggi, di fatto, una prospettiva necessaria per affrontare la gran parte dei problemi.

Anche in tema di doppia diagnosi, la "rete" (unitamente alla capacità di renderla operativa e non solamente virtuale) diviene elemento indispensabile nella costruzione di percorsi di salute.

L'accreditamento dei servizi va visto quale occasione di verifica in progress della qualità dell'operato, in presenza di bisogni dell'utenza in rapida e continua modificazione: il tutto, in una logica di costante attenzione al rapporto tra efficacia dell'intervento ed efficiente impiego delle risorse.

In un futuro prossimo, dunque, i servizi dovranno essere in grado di bilanciare in maniera armonica il proprio intervento, non dimenticando l'utenza "tradizionale" (spesso molto danneggiata sotto l'aspetto psicofisico e quindi fortemente disabile), ma anche sapendo riconoscere i segni delle nuove "patologie di confine" e delle nuove forme d'uso ed abuso delle diverse sostanze.

In quest'ottica, dovrà esserci risposta anche ai bisogni derivanti da una complessità psicopatologica, quale quella della doppia diagnosi, con utilizzo di modelli di trattamento più idonei e aggiornati, con maggiori possibilità terapeutiche.

In relazione alla strutturazione dell'intervento, risulterà importante pensare a programmi articolati a lungo termine, che includano il sostegno farmacologico, il

Parte terza: Argomenti di approfondimento

counselling individuale, di gruppo, familiare, trattamento in day-hospital o residenziale, se necessario.

Sarà opportuno, inoltre, rivalutare periodicamente i programmi per introdurre dei cambiamenti o per progettare nuove fasi, focalizzandosi sui risultati raggiunti, attraverso precisi e molteplici indici di outcome.

Questo tipo d'approccio sarà possibile, qualora si verifichi l'opportunità di creare una rete tra le realtà preposte al trattamento (servizi per le dipendenze, servizi psichiatrici, comunità terapeutiche) e si realizzi la disponibilità di staff operativi - integrati sulla base di specifica formazione - capaci di offrire un ventaglio di proposte flessibili e diversificate rispetto alle specifiche caratteristiche cliniche dei singoli casi.

A tal fine, la Conferenza di Genova ha lanciato alcune proposte concrete, per cominciare ad affrontare il problema:

- progettazione d'incontri di verifica, studio e scambio a livello nazionale;
- istituzione di workshop regionali, per il confronto delle esperienze;
- realizzazione di una rete informatica di coordinamento e diffusione delle esperienze, sotto l'egida di un ente coordinatore (resource book informatico);
- allocazione di risorse per progetti finalizzati nell'area epidemiologica, clinica e di accompagnamento, a carattere regionale e nazionale, possibilmente coordinati con analoghi progetti europei.