

NOTA EDITORIALE - Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: l'integrazione necessaria



L'attuale, più diffusa forma di organizzazione dei servizi per le dipendenze patologiche e per la salute mentale vede nel nostro Paese la presenza di due strutture separate, talvolta dipartimentali, funzionalmente interagenti o meno, talvolta impegnate in un indecente rimpallo di competenze a spese di pazienti che – per la difficile collocazione esclusiva nell'una o nell'altra struttura, o peggio ancora per il gravoso carico assistenziale che comportano – vengono rinviati a guisa di pallina da ping pong da un servizio all'altro.

La differenziazione dei percorsi assistenziali, sancita da precise norme che precludevano l'accesso agli ospedali psichiatrici e promuovevano la costituzione di Centri Medici e di Assistenza Sociale per la prevenzione, cura e recupero sociale delle persone tossicodipendenti (legge 685/75), si è accentuata con la promulgazione della legge 180 poi ripresa nella 833/78, che sanciva la chiusura degli ospedali psichiatrici e prevedeva la creazione della rete di servizi territoriali per la salute mentale.

Origine storica differente, marcata da una mai sanata assenza di specificità disciplinare per la medicina delle dipendenze, a fronte invece di una ambiziosa e ben definita specialità di psichiatria che, affrancatasi dalla neurologia, ha fatto delle sue divisioni interne la propria forza epistemologica. La validità del modello bio-psico-sociale, quale matrice interpretativa del rapporto tra salute e malattia, ha trovato in psichiatria una sintesi esemplare delle componenti organiche, psicodinamiche e socio-ambientali che in misura variabile la caratterizzano. Anche il rapporto pubblico-privato ha assunto connotazioni differenti: più prossimo al mondo delle comunità e del privato sociale il settore delle dipendenze; più vicino al privato imprenditoriale delle case di cura, ma in rapporto quasi sempre di governo il settore della salute mentale.

Se l'evoluzione storica, appena tratteggiata, dei servizi per la salute mentale e per le dipendenze è utile per comprendere la condizione di separatezza che tuttora caratterizza il modello assistenziale nella maggior parte delle regioni italiane, le evidenze epidemiologiche di un ampio "overlap" tra i pazienti che fanno riferimento ai servizi per le dipendenze e per la salute mentale, ci interrogano sulla validità di tale assetto organizzativo.

La fortuna che i temi della "doppia diagnosi", della comorbidità, della "concurrent diagnosis" hanno riscosso, riflette questa consapevolezza e al tempo stesso mostra tutti i limiti della separatezza. Valga per tutti quanto rilevato nell'ambito dello studio COSMIC (1), condotto nel Regno Unito, ove il miglioramento della comorbidità tra disturbi psichiatrici e uso di sostanze è riconosciuto come priorità dal National Health System. Il 44% dei pazienti afferenti ai servizi di salute mentale presentava, nell'anno precedente l'intervista, un uso di sostanze o alcool. D'altro canto, il 74.5% dei pazienti tossicodipendenti e l'80.6% degli alcolodipendenti aveva avuto, nell'anno precedente l'intervista, un disturbo psichiatrico. Tuttavia, il dato più preoccupante rilevato dagli autori, riguardava l'inefficacia di meccanismi consulenziali tradizionali tra i due tipi di servizi e soprattutto la significativa quota di pazienti che *non* venivano identificati come "doppia diagnosi" dai servizi semplicemente per l'assenza di uno specifico approfondimento diagnostico.

Anche da un punto di vista patogenetico, l'evoluzione delle conoscenze scientifiche ha dimostrato che la presenza contemporanea di disturbi psichiatrici e da uso di sostanze è ben più significativa di una condizione di "semplice" comorbidità, come l'approccio ateoretico del DSM-IV pretenderebbe. Pani et al, (2) hanno efficacemente argomentato come la relazione tra sintomi psichiatrici e addiction sia molto stretta e che l'uso di sostanze possa modificare caratteristiche psichiche pre-esistenti, come il temperamento, e condurre all'addiction come vero e proprio disturbo psichiatrico specifico, comprensivo di sintomi attinenti alle dimensioni dell'ansia o dell'umore, o a quella del controllo degli impulsi. Nel sottolineare la sovrapposizione tra il substrato biologico e neurofisiologico dei processi di addiction e dei sintomi psichiatrici, gli autori sostengono che le dimensioni dell'umore, dell'ansia e del discontrollo degli impulsi costituiscono il "nocciolo duro" dell'insorgenza e delle manifestazioni cliniche delle dipendenze patologiche (2). D'altro canto, anche i più datati sostenitori dell'"ipotesi morale" della tossicodipendenza sono ormai consapevoli che l'addiction è una malattia del cervello, in buona parte associata ad una vulnerabilità genetica, per molti aspetti sovrapponibile a quella per i disturbi psichiatrici, caratterizzata dalla distruzione o dalla disfunzione di neurotrasmettitori e circuiti cerebrali coinvolti nei processi di gratificazione, di apprendimento, di inibizione degli impulsi, di consapevolezza cognitiva (3).

E' oggi universalmente accettato che quello delle neuroscienze è il modello teorico che accomuna dipendenze patologiche e psichiatria, interventi per l'addiction e per i disturbi psichiatrici, a partire dallo studio delle cellule e dei sistemi neurali, sino alle scienze cognitive e alla filosofia della mente. A questo modello ed alle discipline cui attinge occorrerà sempre più collegare la formazione e le prassi nella cura dell'addiction e dei disturbi psichiatrici. Ed appaiono francamente deboli ed anacronistiche le argomentazioni di chi, a partire dalla consueta affermazione di specificità della patologia trattata (si tratta di una premessa che precede qualsiasi richiesta di categoria) invoca la necessità di una disciplina tecnico-scientifica sui generis e da ciò fa discendere l'esigenza di un'organizzazione altrettanto specifica.

Le difficoltà a procedere in tale direzione e la misura della resistenza al cambiamento sono ben rappresentate in un recente documento del dipartimento antidroga del governo Berlusconi (4) che, nel sostenere l'opportunità di una struttura organizzativa autonoma dal dipartimento di salute mentale (quindi anche dal distretto o dal dipartimento di cure primarie, tanto per intenderci), testualmente recita "E' quindi da evitare, in quanto palese errore strategico ed organizzativo, l'accorpamento dei Dipartimenti delle Dipendenze nei Dipartimenti di Salute Mentale con i quali andrà comunque ricercata la collaborazione di una sinergia, ma all'interno di uno sviluppo delle attività nell'ambito dell'addiction 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 medicolegali correlati, sia dal punto di vista degli accertamenti tossicologici, sia dell'attività in carcere, sia nei tribunali. Le esperienze di accorpamento tra Dipartimenti delle Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale fino ad oggi portate avanti in alcuni isolati contesti, 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".

Riteniamo che la più semplice ed appropriata replica a tali autarchiche argomentazioni sia contenuta nel documento di programmazione della Regione Emilia Romagna (5): "E' importante che le politiche di salute mentale e quelle per le dipendenze patologiche vengano determinate ed attuate in armonia tra loro, garantendo una visione

strategica unitaria sia per i numerosi ambiti di sovrapposizione (promozione della salute, prevenzione, inclusione e comunicazione sociale) sia per le numerose aree in cui la stretta sinergia è requisito per il successo degli interventi (attività sulla adolescenza, sull'alcolismo, sui disturbi del comportamento alimentare e sulla doppia diagnosi). Si tratta di una necessaria integrazione tra settori per i quali in passato separatezze culturali ed amministrative hanno prodotto serie difficoltà nel garantire interventi realmente integrati ed usi razionali di risorse. Per fare questo è indispensabile il pieno rispetto delle finalità e delle metodologie proprie di ciascun settore, secondo quanto le rispettive culture professionali nel corso dei decenni sono venute elaborando. Psichiatria e dipendenze patologiche hanno raggiunto oggi un livello di matura elaborazione che poggia su solide prove di efficacia e scongiura ogni ipotesi di imposizione reciproca di modelli di intervento propri di un solo settore

Appare qui evidente che il presupposto di un'integrazione efficace è costituito dalla consapevolezza di una definizione identitaria, di una "matura elaborazione" che si alimenta nel confronto e nella condivisione di obiettivi e metodi con gli altri settori omogenei (salute mentale, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica) del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche. E non vi sono argomenti corporativi che tengano fermo l'orologio della storia.

References

- 1. T.Weaver, P.Madden, V. Charles et Al, *Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services*, BJ Psych, 183 (2003) 304 - 313.
- 2. P Pani, I Maremmani, E Trogu, GL Gessa, P Ruiz, H Akiskal, *Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included?* Journal of Affective Disorders 122 (2010) 185–197.
- 3. N.Volkow, *Unites States House of Representatives*, 2010. 4. Il Dipartimento delle Dipendenze. *Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2011 5. Piano attuativo salute mentale anni 2009-2011.