

The logo for FeDerSerD, featuring the text 'FeDerSerD' in a blue, stylized font with a thin blue line underneath.

VIRTUAL CONGRESS

LA **CLINICA** DELLE  
**DIPENDENZE**

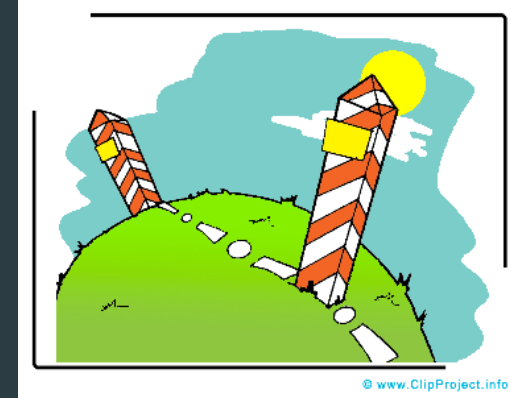
*Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia*

# La nuova frontiera per i trattamenti delle dipendenze

Dr. Edoardo Cozzolino  
Medico Internista  
Direttore UOC Dipendenze  
ASST Fatebenefratelli Sacco  
Membro Direttivo Nazionale FeDerSerD  
Membro Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD  
Past President FeDerSerD Lombardia

# Frontiere tecnologiche

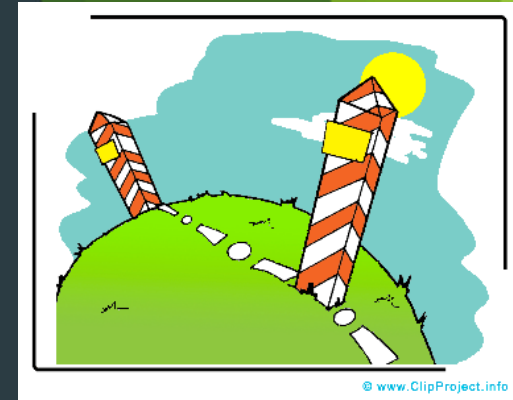
- ▶ Software specifici per la cognitive remediation
- ▶ Apparecchiature per il Neurofeedback
- ▶ rTMS
- ▶ Test salivari per HCV e HIV
- ▶ Macchinari e test su goccia di sangue periferico per HCV e HIV-RNA
- ▶ Telemedicina elettrocardiografica (allungamento tratto QT)
- ▶ Tecnologie informatiche



# Frontiere farmaceutiche

Nuovi farmaci in una logica globale di miglioramento della qualità di vita del paziente

- ▶ Levometadone
- ▶ Buprenorfina/Naloxone sublinguale film
- ▶ Buprenorfina innesti sottocutanei long acting
- ▶ Farmaci PAMORA per il trattamento della OIC (ultimo arrivato la Naldemedina)  
Ridefinizione della nota 90 che permette la rimborsabilità dei farmaci PAMORA per il trattamento di qualunque patologia trattata con oppiacei



# Frontiere trattamentali

- ▶ Trattamenti psicoterapeutici
  - ▶ Cognitivo comportamentali
  - ▶ Mindfulness
  - ▶ DBT
- ▶ Consultazioni da remoto
- ▶ Uso di piattaforme social per monitoraggio e brevi consultazioni puntuali (giovani)



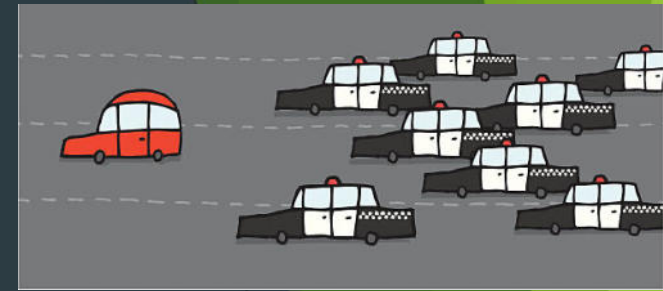
# Frontiere culturali

- ▶ Vision rispetto al fenomeno

- ▶ Aperta e flessibile rispetto alla sua evoluzione
- ▶ Maggiormente ancorata alle Dipendenze «classiche»
- ▶ Matrice culturale che fa riferimento a Dipendenze in soggetti svantaggiati socialmente, culturalmente, economicamente e che vede in questi i pazienti principali dei Servizi

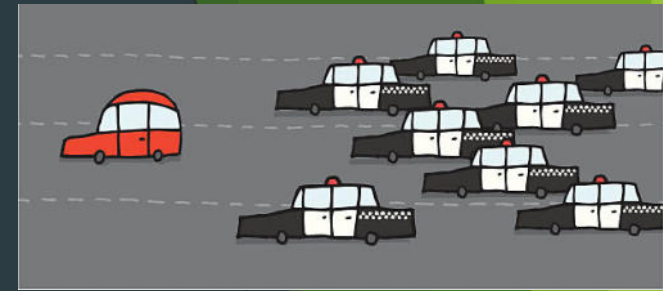


# All'inseguimento del fenomeno



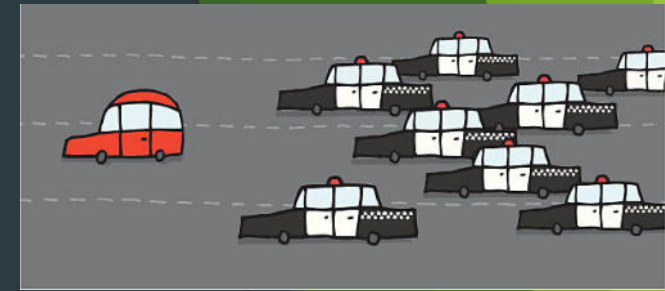
- ▶ Nasciamo per far fronte a una Dipendenza grave che riguarda molte persone che versano in condizioni complessive di abbandono
  - ▶ In quel tempo la percezione era che o non eri tossicodipendente o, se lo eri, lo eri totalmente
- ▶ Il campo si allarga con la comparsa di Ecstasy e droghe ricreative
- ▶ La percezione di partenza si trasforma gradualmente e radicalmente, i consumatori sono sempre di più e diventano molti di più dei Dipendenti
- ▶ Compare Cocaina che invade il mercato e supera Eroina
- ▶ L'abuso di Alcol vira verso il modello «asciutto» e i binge drinking diventano modalità abituale soprattutto tra giovani e giovanissimi
- ▶ Si aggiunge, nel tempo, il Gioco d'Azzardo
- ▶ Arrivano le NPS, mercato online, consumo che sfugge quasi totalmente ai Servizi

# All'inseguimento del fenomeno



- ▶ Il Sistema d'intervento insegue da presso tutto questo e si diversifica
  - ▶ NOA
  - ▶ UO per le nuove droghe
  - ▶ Sedi per il Gioco d'Azzardo
  - ▶ Sedi per la presa in carico dei giovani
- ▶ Si perfeziona approfondendo modelli d'intervento adeguati alle nuove categorie di pazienti e di consumi
- ▶ ... e questo genera due situazioni polarizzate

# All'inseguimento del fenomeno



- ▶ Servizi piccoli, con poche risorse e in difficoltà e esserci su così numerosi fronti
- ▶ Servizi grandi, con molta utenza ma anche con più risorse, che si sdoppiano o triplicano o più in sedi specifiche per le varie dipendenze
- ▶ Aumento della complessità generale che pone difficoltà crescenti nella gestione organizzativa del «tutto»
- ▶ Complice la carenza di risorse umane, complessivamente, in non pochi casi, Servizi meno presenti sul territorio e più asserragliati nella gestione della loro complessità. La medicina più specializzata tende a essere anche più d'attesa
- ▶ Il tutto immerso in modelli di remunerazione regionali che tendono a riconoscere di più le azioni direttamente rivolte al pz e meno o per nulla le azioni che danno linfa a un sistema socio-sanitario così complesso (reti, gruppi di lavoro inter-servizi, visite in CT di più operatori, etc)



# Ogni tanto un bagno di realtà



- ▶ In questo quadro, talvolta, il passato irrompe drammaticamente
- ▶ Situazioni come il «Bosco di Rogoredo» a Milano ci ricordano che la base dura, violenta, disperata della Dipendenza, dello spaccio e del mercato illegale non è mai scomparsa ... è solo più nascosta, meno facile da vedere
- ▶ O forse dimenticata, almeno in parte, da spinte sociali e anche professionali che, con il loro specializzarsi, rischiano di finire per essere più orientate a determinati tipi di pazienti e di fenomeni ma meno o per nulla ad altri
- ▶ Su questo ci dobbiamo interrogare ...

# La nuova frontiera della medicina delle Dipendenze è nell'integrazione



- ▶ Sempre più di sistema
- ▶ Integrazione inter-Servizi
- ▶ La rete con i Consultori (giovani e TM)
- ▶ Ma soprattutto con la NPIA e CPS sono essenziali per ben agire sui pazienti complessi in comorbilità psichiatrica
- ▶ Da evitare assolutamente un processo di «psichiatricizzazione» delle Dipendenze, in qualche luogo sta già manifestandosi, che sarebbe disastroso per i nostri pazienti

# Pro e contro

- ▶ Nei 30 e più anni di separazione dalla Psichiatria è nata e si è sviluppata cultura delle Dipendenze autonoma e strutturata
- ▶ Si è compiuto un irreversibile processo d'individuazione dei Servizi per le Dipendenze dal punto di vista scientifico, metodologico, clinico e organizzativo
- ▶ All'interno di questo percorso lo sviluppo dell'intervento socio-sanitario in équipe integrata multiprofessionale, ha permesso la nascita di un modello d'intervento multimodale:
  - ▶ Patologie da «Disturbo da uso di ...»
  - ▶ Patologie internistiche
  - ▶ Patologie infettivologiche e a trasmissione sessuale (HIV e HCV)
  - ▶ Problematiche sociali, lavorative, di studio
  - ▶ Problematiche psicologiche e relazionali con la famiglia e il contesto esterno
  - ▶ Problematiche riabilitative ed educative
  - ▶ Prevenzione universale, selettiva e indicata



# Pro e contro

- ▶ Un modello d'intervento che evidenzia come l'attività complessiva dei SerD vada inquadrata anche nell'ambito della Sanità Pubblica oltre che, in una visione specialistica, in quella del Disturbo da uso di sostanze o di Dipendenza Comportamentale
  - ▶ Una cosa è curare il Disturbo da uso di ...
  - ▶ Altro e ben di più è curare la Patologia da Dipendenza, intesa come quella complessa dinamica patologica e disfunzionale che si sviluppa tra assunzione di sostanze, marginalità, patologie correlate, patologie associate, problematiche sociali (economiche, lavorative, legali), problematiche psicologiche relazionali e affettive e comportamenti devianti



# Un'integrazione che parte dalle Società Scientifiche (24/10/2017)



**CARTA DEI SERVIZI DEI PAZIENTI NELLE CONDIZIONI CLINICHE  
DI COMORBILITÀ TRA DISTURBI MENTALI E DISTURBI  
DA USO DI SOSTANZE E ADDICTION ("DOPPIA DIAGNOSI")**

# Un'integrazione che parte dalle Società Scientifiche

## SUPERAMENTO DEL CONCETTO

### DI DOPPIA DIAGNOSI

Si ritiene necessario superare, alla luce dello sviluppo delle conoscenze sul tema e della definizione di più appropriati criteri diagnostici, le definizioni del quadro clinico che rischiano di indurre una visione "frammentaria e segmentata per competenze" della stessa persona che ne è affetta. A tal proposito, l'evoluzione delle conoscenze disciplinari, l'esperienza clinica maturata dai professionisti e le storie dei pazienti impongono una necessaria evoluzione culturale nei diversi Servizi, a partire dalla condivisione di un diverso linguaggio.

# Un'integrazione che parte dalle Società Scientifiche

## DIAGNOSI E VALUTAZIONE DIAGNOSTICA MULTIDIMENSIONALE

I pazienti hanno diritto ad una valutazione diagnostica accurata, multiprofessionale e approfondita rispetto alle diverse aree funzionali. La persona è una ed indivisibile: l'approccio diagnostico deve pertanto essere integrato ed orientato a definire una valutazione specialistica interdisciplinare.



# Un'integrazione che parte dalle Società Scientifiche

## **PRESA IN CARICO INTEGRATA**

### **DA PARTE DEI SERVIZI**

I pazienti hanno diritto, in coerenza con la valutazione diagnostica effettuata, ad una presa in carico terapeutico-riabilitativa integrata da parte dei Servizi per le Dipendenze, dei Servizi Psichiatrici e dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Tale percorso di cura dovrà svilupparsi nel tempo in linea con la complessità e l'intensità del bisogno. All'interno di questa strategia risulta essenziale il seguente approccio:

- Case Manager unico, individuato nel Servizio il cui intervento è prevalente;
- Diagnosi integrata multimodale come prima fase della presa in carico;
- Gestione dei casi con periodici confronti in équipe integrata.



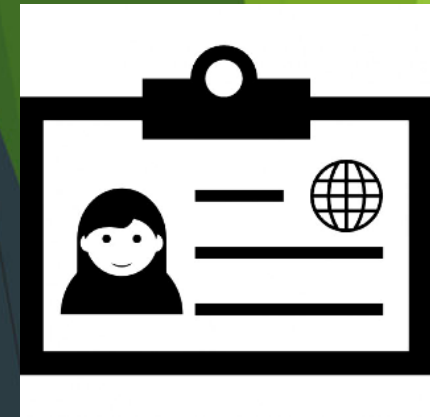
# Integrazione, non assimilazione

- ▶ Meticciare culture
- ▶ Confrontare saperi
- ▶ Allontanarsi dalla visione monospecialistica, rassicurante ma inadeguata per la complessità della clinica che sia noi che i Servizi della Psichiatria dobbiamo affrontare
- ▶ Richiede apertura mentale e propensione esplorativa in campi sconosciuti
- ▶ Ci sentiamo pronti per tutto questo?
- ▶ e i Servizi Psichiatrici si sentono pronti?



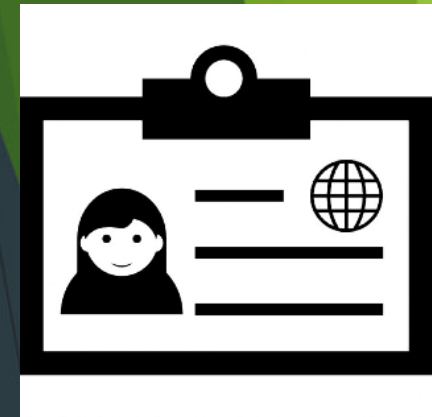
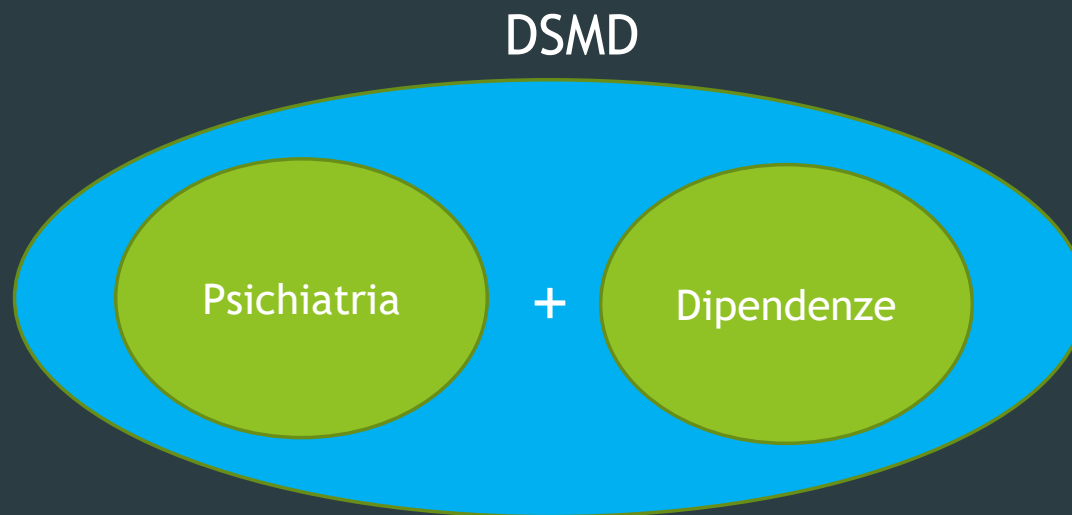
# Integrazione e identità

- ▶ La Legge 23/2015 di riordino del SSR e la successiva Legge 15/2016
  - ▶ Ha cancellato i Dipartimenti delle Dipendenze
  - ▶ Ma ha anche cancellato i Dipartimenti di Salute Mentale
- ▶ La nascita del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze viene accompagnata dalla sua assegnazione alla Direzione Socio Sanitaria, non più alla Direzione Sanitaria
- ▶ La legge ha come pilastro fondamentale l'integrazione Ospedale-Territorio
- ▶ Questi fondamentali cambiamenti sono stati compresi nella loro portata?
- ▶ I professionisti delle varie discipline sono culturalmente pronti ad affrontare un cambiamento di questo genere?



# Integrazione e identità

- ▶ Oppure rischia di prevalere una visione del DSMD come di un insieme in cui si sommano componenti tenendosi ben separate perché poco intenzionate a miscelarsi?



# Integrazione e identità

- ▶ L'identità è il core del problema
- ▶ La Psichiatria ha lottato a lungo per identificarsi come ambito di cura della salute mentale e non più come contenitore indistinto, anche fisico, delle diversità e marginalità sgradite alla società «civile»
- ▶ Il suo timore è di perdere questa conquista, di tornare a essere, almeno in parte, qualcosa di indistinto e aspecifico, timore di perdere la «purezza» disciplinare conquistata
- ▶ I Servizi per le Dipendenze hanno una forte identità interna che non trova ancora riconoscimento ufficiale (mancano Disciplina e Specialità); temono che qualunque »associazione» con altri ambiti specialistici possa interferire o interrompere questo processo di identificazione



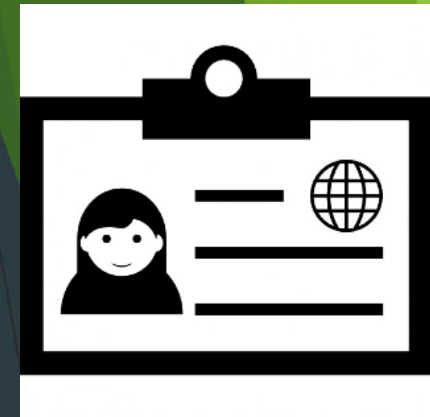
# Integrazione e identità

- ▶ Esistono situazioni virtuose in cui l'integrazione è praticata e vissuta in modo positivo e senza alcuna minaccia di perdita di qualcosa, in un operare che amplifica le potenzialità e l'efficacia dell'intervento dei singoli professionisti e dei servizi
- ▶ Ma ... in una situazione in cui si confrontano Sistemi che temono la perdita di ciò che hanno raggiunto o, al contrario, temono di perdere la possibilità di raggiungere ciò che altri già hanno
- ▶ La cosa più probabile è che molti pensino sia meglio stare a casa propria senza «inquinarsi» con altri
- ▶ Insomma, queste premesse non sembrano incoraggiare cambiamenti di grande impatto



# Integrazione e identità

- ▶ Ma non è solo colpa dei professionisti o dei Servizi
- ▶ Siamo immersi in un sistema sanitario che esibisce costantemente una visione di questo tipo
- ▶ L'insegnamento universitario è costruito in modo coerente con una visione specialistica
- ▶ Gli ospedali sono organizzati per aree disciplinari
- ▶ Però esistono iniziali sperimentazioni di ospedali organizzati per intensità di cura (per es. in Emilia Romagna)



# Organizzazione per intensità di cura



- ▶ Organizzazione non più articolata in Reparti o Unità Operative in base alla patologia e alla disciplina medica
- ▶ Articolata in aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di **complessità assistenziale**
- ▶ Alta intensità di **relazioni**, che favorisce l'**interprofessionalità**, l'**interdisciplinarietà**, il dialogo e si propone di garantire la più completa **integrazione delle diverse competenze professionali**
- ▶ Parole chiave che ci ricordano qualcosa, appartengono ai paradigmi che noi abbiamo sempre usato sul territorio per costruire i nostri modelli d'intervento e la modalità per gestirlo
- ▶ Non è che corriamo il rischio di essere superati dall'Ospedale proprio su un terreno che ci è assolutamente consono?

# Come se ne esce? Identità e integrazione senza assimilazione



- ▶ A fronte di un sistema ospedaliero che, con i tempi necessari, si avvia sulla strada dell'integrazione interdisciplinare
- ▶ Noi rischiamo di faticare a trovare la strada per mantenere la nostra fondamentale matrice culturale non solo all'interno da anche quando interagiamo con Servizi e organizzazioni esterne a noi
- ▶ Si possono integrare solo realtà ben individuate tra loro

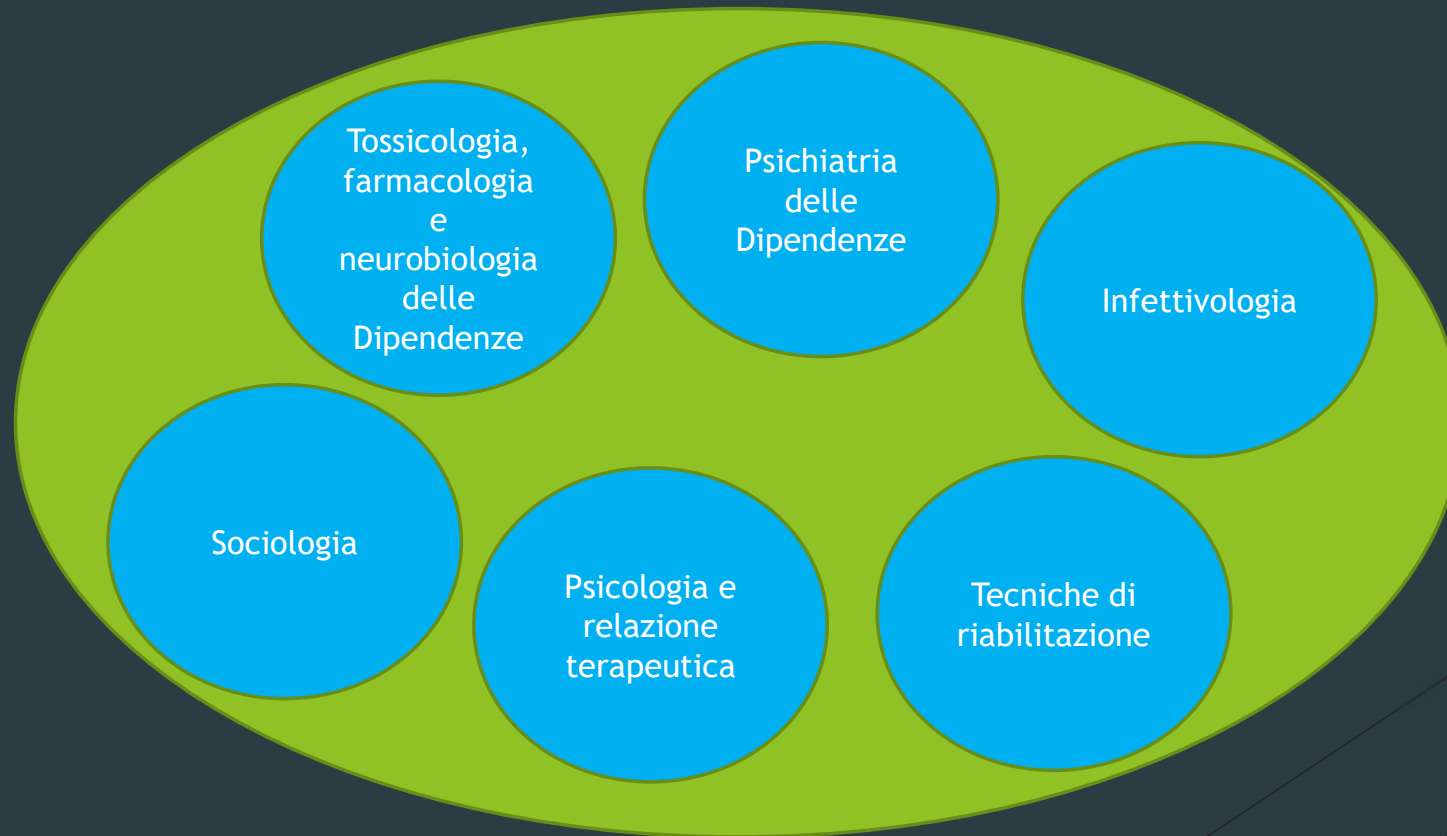


# Come se ne esce? Identità e integrazione senza assimilazione



- ▶ Va completato il percorso d'individuazione clinico-professionale e disciplinare nelle Dipendenze, superando il rischio di un'assimilazione verso altre aree disciplinari
- ▶ Per superare questo rischio è necessaria l'istituzione di Disciplina e Specialità in Medicina delle Dipendenze
- ▶ Una Specialità che a mio parere dovrebbe essere organizzata su paradigmi nuovi, allargando il suo campo d'insegnamento su diversi aspetti

# Medicina delle Dipendenze



# Trovare un'identità specialistica

- ▶ Ma in chiave moderna
- ▶ Orientata alla diagnosi e trattamento di una patologia complessa, multifattoriale
- ▶ In cui il sapere necessario non è puro e monotematico
- ▶ Ma è il prodotto di competenze specifiche declinate nel contesto del paziente e del quadro patologico complessivo che presenta
- ▶ Quindi una Disciplina-Specialità che rispetti nei suoi contenuti le effettive molteplici problematiche dei pazienti che afferiscono ai nostri Servizi



# Conclusioni

- ▶ La nuova frontiera nel trattamento delle Dipendenze è rappresentata dal completamento di un'integrazione multidisciplinare e inter-Servizi all'interno dell'approccio «Integrazione Ospedale-Territorio»
- ▶ Il processo d'identificazione delle Dipendenze è ormai compiuto e irreversibile; ma il suo processo di sviluppo e perfezionamento non può continuare indefinitamente solo all'interno dei Servizi specifici



# Conclusioni

- ▶ L'incontro e la sintesi con altre competenze è fonte di arricchimento e porta forza ai sistemi
- ▶ Medicina di Sistema
- ▶ Lo sguardo al futuro deve andare oltre i confini che ci sono noti
- ▶ La solidità dell'identificazione professionale, tramite l'istituzione di Disciplina/Specialità, è una leva fondamentale per tale scopo



Grazie per l'attenzione

[edoardo.cozzolino@asst-fbf-sacco.it](mailto:edoardo.cozzolino@asst-fbf-sacco.it)