

Editoriale Il guanto di sfida

Sarah Vecchio

Direttore Responsabile

Nell'antichità, per sfidare qualcuno a duello, si gettava un guanto ai suoi piedi oppure lo si lanciava in modo sprezzante in faccia all'avversario, che poteva scegliere se accettare il combattimento o considerarsi disonorato. Quella di cui parlerò è una sfida più che mai moderna e attuale: quella tra le dipendenze e i Servizi che hanno le competenze in campo scientifico, oltre che il mandato istituzionale, per prevenirle e curarle.

Perché parlarne qui? I Servizi per le Dipendenze (Ser.D) rappresentano uno dei naturali e principali sbocchi professionali dei medici specialisti in Farmaco-Tossicologia clinica all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, per il quale si preparano durante gli anni di specializzazione grazie alla formazione accademica affiancata da tirocini pratici presso i Ser.D. Vi arrivano quindi, nella maggior parte dei casi, per scelta e per interesse verso la medicina delle dipendenze. Elemento da non sottovalutare, se si considera che lavorare con persone affette da dipendenze sempre più complesse richiede specifiche competenze professionali, oltre che la volontà di studiare e comprendere una patologia che può complicare il rapporto medico-paziente e la relazione terapeutica in generale. Insomma, la prima ragione che deve muovere a lavorare in un Servizio per le Dipendenze deve essere la voglia di averci a che fare, di studiare la materia, la volontà di sapere cos'è una dipendenza, cosa significa per il

paziente esserne affetti e per il professionista curarla.

Inoltre la Farmaco-Tossicologia clinica si applica in modo importante e imprescindibile alla cura delle dipendenze anche nell'ambito della ricerca pre-clinica (basti pensare ai diversi modelli utilizzati per lo studio della neurobiologia e dei comportamenti legati all'*addiction*) e del trattamento delle fasi acute di intossicazione, grazie ai Centri Antiveneni italiani i cui specialisti ogni anno supportano i colleghi della rete ospedaliera e pre-ospedaliera nella gestione di migliaia di pazienti che afferiscono al sistema dell'emergenza-urgenza per quadri di intossicazione acuta.

Quale luogo migliore insomma del Giornale Italiano di Tossicologia per parlare della nostra sfida? Torniamo appunto all'inizio e vediamo chi sono i contendenti.

È un compito arduo riassumere in poche righe cosa sia una dipendenza. In modo molto didattico possiamo partire da quella che è la descrizione che ne dà il NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) americano: "La dipendenza è definita come un disturbo cronico e recidivante caratterizzato dalla ricerca e dall'uso compulsivo di droghe nonostante le conseguenze negative. È considerata un disturbo cerebrale, perché comporta cambiamenti funzionali nei circuiti cerebrali coinvolti nella ricompensa, nello stress e nel comportamento motivato. Questi cambiamenti possono durare

a lungo dopo che una persona ha smesso di assumere droghe. La dipendenza è molto simile ad altre malattie, come quelle cardiache. Entrambe alterano il normale e sano funzionamento di un organo del corpo, entrambe hanno gravi effetti dannosi ed entrambe sono, in molti casi, prevenibili e curabili. Se non trattate, possono durare tutta la vita e portare alla morte.” A prescindere dai meccanismi con i quali la dipendenza si sviluppa e si mantiene, dai fattori di rischio e dai fattori protettivi, quello che interessa dire ai fini della nostra sfida è che la patologia dipendenza si è evoluta moltissimo negli anni, anche recenti, ed è tuttora in costante evoluzione. Molto brevemente la storia delle dipendenze in Italia ha visto negli anni ‘60 e ‘70 la diffusione di allucinogeni, psichedelici, empatogeni e cannabis. Tra la metà degli anni ‘70 e gli anni ‘80 hanno fatto la loro comparsa in modo esplosivo l’eroina prima e la cocaina poi, che sono andate ad affiancarsi alle sostanze già conosciute. Interessantissimi i libri e i documenti dedicati all’intrecciarsi tra storia civile e politica dell’Italia di quegli anni e la storia delle droghe, a cui vi rimando in caso fosse di vostro interesse. Facendo un salto in avanti fino ai nostri giorni, possiamo così riassumere i numerosi e fondamentali mutamenti rispetto al passato: l’enorme numero di tipologie di sostanze attualmente disponibili sul mercato, la diversificazione dei mercati di spaccio, l’ampia diffusione del consumo di cocaina in forma di crack, il fenomeno dell’abuso di farmaci, la comparsa o l’affermazione di dipendenze comportamentali in assenza di sostanza, la prevalenza di quadri di polia-buso, la riduzione dell’età di primo contatto con le sostanze e i comportamenti patologici e, non da ultimo, la rappresentazione del consumatore non più inquadrabile nelle vecchie e stigmatizzate tipologie.

Solo per toccare alcuni temi, quelle che sino a pochi anni fa erano definite “Nuove Sostanze Psicoattive” (cannabinoidi e catino-

ni sintetici, fenetilamine per citarne alcune) hanno ora acquisito la “dignità” di sostanze stupefacenti vere e proprie, ricercate per il loro effetto e non più come alternativa alle droghe “classiche”. Comparse agli inizi degli anni 2000, per lo più sintetiche, vengono facilmente prodotte in laboratori che possono avere anche le dimensioni di uno scantinato e vendute online, in particolare nel *dark web*, per un fatturato di milioni di euro all’anno. Oppure vengono utilizzate per adulterare (“tagliare” per utilizzare una forma gergale) sostanze da strada come eroina, cocaina, cannabis e amfetamine, per lo più all’insaputa del compratore. Il quale si espone a molecole che sono, nella maggior parte dei casi, più potenti rispetto alle altre sostanze e gravate da una tossicità acuta ancora maggiore anche per singole assunzioni. Esempio emblematico sono i nuovi oppioidi sintetici, come nitazeni e derivati dei fentanili, causa di una riduzione dell’aspettativa di vita negli Stati Uniti e che stanno facendo la loro comparsa in modo strisciante anche in Italia. Si è quindi verificato quello che Henderson, precorrendo i tempi, aveva ipotizzato quasi 40 anni fa: “Le future droghe d’abuso saranno sintetiche piuttosto che vegetali. Saranno sintetizzate da sostanze chimiche facilmente reperibili, potranno essere derivati di farmaci, saranno molto potenti e saranno commercializzate in modo molto intelligente. Il problema delle *designer drugs* potrebbe diventare un problema internazionale. Un singolo grammo di qualsiasi droga molto potente potrebbe essere sintetizzato in un luogo, trasportato in siti di distribuzione in tutto il mondo e poi formulato in molte migliaia, forse un milione, di dosi”. Ma il presente sono anche gli abusi di protossido d’azoto, il fenomeno della *pink cocaine*, l’epidemia di consumo di ketamina, i derivati della cannabis sempre più concentrati e le nuove modalità di consumo come il *vaping*. E chi sono oggi i consumatori? Persone estremamente variabili per tipolo-

gia e motivazioni (leggi fattori di rischio), di età anche molto giovane che si avvicinano alle sostanze a partire da quelle legali (nicotina e alcol) per poi, in alcuni casi, sviluppare una traiettoria di malattia che li porterà alla dipendenza vera e propria da sostanze. Oltre che alle dipendenze cosiddette “comportamentali”, vale a dire quelle *addiction* (Disturbo da Gioco d’Azzardo, *Gaming*, *Sex addiction*, *Internet addiction* e così via) che rappresentano l’archetipo della malattia perché non influenzate dall’effetto di una sostanza chimica sul cervello. Il tutto spesso in quadri di poliabuso dove le sostanze, legali e illegali, vengono associate e consumate contemporaneamente, in sequenza o alternate durante il decorso della malattia, potendosi affiancare anche ai comportamenti patologici.

Ma veniamo al secondo sfidante del nostro duello, i Servizi per le Dipendenze. L’ultima Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze ne ha censiti 570 sul territorio italiano, articolati in 614 sedi. I Ser.D sono nati tra gli anni ‘80 e ‘90, dall’evoluzione normativa degli allora esistenti Nuclei Operativi Tossicodipendenze (N.O.T.), Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS) e Presidi di Diagnosi e Cura (geralmente identificati come Centri Metadonici). Oltre a questi, esistevano già anche sedi specifiche per il trattamento di problemi alcolologici quali i Nuclei Operativi Alcolologia (N.O.A.) e servizi mirati al contesto penitenziario. In quegli anni l’esigenza era quella di dare risposte alla sanità pubblica relativamente alla diffusione dell’eroina e, in seguito, all’epidemia di HIV, risposte che in quel momento praticamente nessuno aveva, resistendo a tentativi di boicottaggio e allo stigma legato a quella che, allora, non si sapeva ancora fosse una malattia. Lo studio della legislazione italiana relativa alla strutturazione dei Servizi deputati alla cura delle tossicodipendenze, la cui interessantissima analisi esula tuttavia dall’obiettivo di questo mio scrit-

to, evidenzia alcuni passaggi fondamentali (Legge 685/1975 e decreti attuativi, DPR 309/90, Decreto 444/90, Legge 45/99) che hanno segnato cambiamenti sostanziali nell’approccio alle dipendenze. Si è infatti passati nel corso del tempo da una situazione in cui la norma prevedeva che la cura e la riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti fossero affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici, ad una in cui è previsto che le attività di prevenzione e cura siano esercitate da specifiche strutture accreditate e multidisciplinari pubbliche (i moderni Ser.D) e private. Nel mentre, si assisteva all’introduzione del metadone come terapia per la dipendenza da oppiacei, inizialmente vittima di un pensiero scientifico arretrato che lo vedeva come terapia “sostitutiva” all’eroina, in un quadro generale in cui il trattamento farmacologico era considerato come alternativa alla disintossicazione e la persona affetta da dipendenza non come portatore di patologia ma come soggetto deviante, meritevole di salvezza grazie all’inserimento in comunità terapeutiche, allora perlopiù prive di un approccio clinico. Sono stati commessi errori grossolani in quegli anni, che hanno mietuto molte vittime tra i cittadini italiani. Basti pensare al bando del trattamento metadonico da parte dell’allora Ministro Anselmi, corretto rapidamente con un secondo decreto per regolamentarne l’uso. Da allora la ricerca scientifica internazionale ha permesso il corretto inquadramento della dipendenza come malattia e ha confermato l’efficacia dei farmaci agonisti per il trattamento del Disturbo da Uso di Oppioidi (bandiamo definitivamente la parola “sostitutivi” per favore, che non ha alcun significato farmaco-tossicologico) nella riduzione della mortalità e dell’uso di oppioidi illeciti, nel miglioramento della qualità di vita e, in definitiva, nel raggiungimento della *recovery* del paziente. Senza dimen-

ticare che oggi i Ser.D affrontano e curano tutte le tipologie di dipendenza e che i farmaci agonisti rappresentano solo una parte degli strumenti messi in campo per la cura dei soggetti in trattamento.

Ritengo che conoscere la storia dei nostri Servizi sia fondamentale e imprescindibile per chi di noi lavora nella cura delle dipendenze. Ma quello che, più di tutto, mi preme sottolineare qui è la capacità che i Ser.D hanno dimostrato nell'evolversi e nello strutturarsi in nuovi modelli di cura, parallelamente all'evoluzione e ai mutamenti della patologia "dipendenza". Non si è trattato solo di un cambio di consonante, da Ser.T a Ser.D per includere tutte le tipologie di dipendenza, ma della crescita di centri specialistici che oggi hanno in carico, oltre a soggetti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze illegali, consumatori di nuove sostanze, tabagisti (nei C.T.T. o Centri di Trattamento per il Tabagismo), alcolisti (nei servizi o Strutture Semplici di Alcolologia), giocatori patologici (per la cura dei quali lo stato eroga specifici fondi vincolati), persone affette da altre dipendenze comportamentali e poliabusatori. Solo per quanto riguarda le tossicodipendenze, l'ultima Relazione annuale al Parlamento ne ha contati 132.200, in aumento rispetto all'anno precedente. Grazie all'identificazione di specifici percorsi di cura, alla multidisciplinarietà del proprio personale e alla volontà di garantire cure adeguate basate su evidenze scientifiche, in un ambiente che cerca il più possibile di differenziarsi per tipologia di utenza. Il tutto in stretta collaborazione con enti del terzo settore e del privato accreditato, oltre che con le altre strutture territoriali e ospedaliere per la cura delle comorbidità organiche. Senza considerare le attività svolte nelle strutture penitenziarie per i detenuti affetti da dipendenza (26.268 nel 2023), i progetti di misure alternativa alla pena, la necessità di collaborare con i Tribunali Ordinari e per i Minori, gli accertamenti relativi ai lavorato-

ri con mansioni a rischio, il ruolo nelle commissioni legali e le attività di prevenzione, selezionate sulla base delle popolazioni target. Grande importanza riveste l'attenzione, in senso preventivo e trattamentale, rivolta ai soggetti più giovani e alle persone affette dalla cosiddetta "doppia diagnosi", vale a dire dalla presenza contemporanea di due disturbi, uno di tipo psichiatrico e la dipendenza. Se la maggior parte degli utenti in carico ai Ser.D non è affetto da un disturbo psichiatrico (disturbo bipolare, psicosi, schizofrenia, depressione maggiore, disturbo di personalità per citarne alcuni), ma bensì mostra una psicopatologia propria della dipendenza che chi lavora nei Ser.D conosce bene, la presa in carico congiunta e condivisa tra Ser.D, Servizi di Neuropsichiatria Infantile o Centri di Salute Mentale è sicuramente necessaria in caso di effettiva "doppia diagnosi", in modo da evitare la cosiddetta "sindrome della porta sbagliata", che vede il paziente rimbalzato da un Servizio all'altro e investito dell'onere di farsi portatore di informazioni e prescrizioni da uno specialista all'altro. Da sottolineare che i Ser.D, nella loro accezione più moderna, sono fortemente connotati dalla capacità di integrare la loro anima specialistica con la capacità di strutturare reti di cura con gli altri Servizi ospedalieri e territoriali, sanitari e sociali, rappresentando quindi il punto nodale del percorso di cura di tutti i soggetti affetti da dipendenze finalizzato alla presa in carico globale della persona. Caratteristica che si manifesta, ad esempio, anche nell'efficacia delle azioni messe in campo nell'ambito dello *screening* nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV, che ha visto il fiorire di nuovi percorsi, condivisi tra sanità territoriale e ospedaliera, per la diagnosi rapida e la facilitazione del *linkage to care* dei soggetti affetti da epatite C.

Oggi nei Ser.D lavorano medici con formazione specialistica differente (oltre ai sopracitati farmaco-tossicologici clinici, psichia-

tri, infettivologi, medici internisti e altri), a stretto contatto con plurime professionalità quali psicologi, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri. Il tutto in un sistema storicamente organizzato in *équipe*, in modo da strutturare intorno alla persona il miglior progetto terapeutico-riabilitativo possibile sulla base dei singoli bisogni. Le sfide moderne, all'interno della più ampia sfida di cui si sta discutendo, riguardano l'adeguamento delle capacità diagnostiche dei Servizi in tema di nuovi consumi (come ketamina, nitazeni e altri oppioidi) e la necessità di organizzarsi per contrastare il fenomeno, la partecipazione con ruolo attivo all'interno del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, la strutturazione dei Ser.D all'interno della nuova cornice del DM 77, che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, al fine di implementare aggancio precoce e presa in carico, la necessità di incastrare l'efficienza delle aziende sanitarie con il diritto dei Ser.D e dei pazienti all'accesso a nuovi strumenti terapeutici, farmacologici e non.

Come ho già avuto modo di dire, i Ser.D rappresentano la principale barriera che il Servizio Sanitario Nazionale mette tra il cittadino e i rischi derivanti dal consumo di sostanze e dall'acquisizione di comportamenti patologici. I pazienti in carico presso questi Servizi hanno diritto ad un'offerta terapeutica moderna, appropriata ed efficace, in un contesto specialistico che abbia tutte le competenze necessarie, comprese quelle farmaco-tossicologiche, e non solo una parte di esse. Forse abbiamo sbagliato, forse avremmo dovuto sottolineare con maggior forza i passaggi storici che hanno portato i Ser.D ad essere quello che sono oggi, dando magari più risalto alle svolte legislative in modo che fosse chiaro a tutti che c'è stato "un prima" e che c'è "un dopo". E mi auguro che in questo dopo, che in questa sfida, tutti stiano dalla parte dello sfidato, il sistema pubblico dei Ser.D,

che da sempre raccoglie il guanto lasciato cadere dalle dipendenze, a difesa della salute pubblica e di ogni singolo cittadino.

Detto questo, vi lascio alla lettura di questo nuovo numero del Giornale Italiano di Tossicologia, interamente dedicato all'anima clinica di SITOX, con il quale presentiamo il frutto di un importante lavoro condiviso con le altre società scientifiche di settore per la stesura delle "Linee di Indirizzo inter societarie su diagnosi e cura del Disturbo da Uso di Alcol (DUA)" in applicazione delle "Linee Guida Trattamento del Disturbo da Uso di Alcol" pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), alla cui composizione SITOX ha parimenti collaborato. Pubblichiamo inoltre un contributo relativo all'esperienza *real world* nell'utilizzo delle nuove formulazioni di farmaci agonisti oppioidi per il trattamento del Disturbo da Uso di Oppiacei e un terzo contributo relativo alle violazioni degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada.