

# Conferenza Nazionale

“Oltre il sovraffollamento: la pena della salute e degli affetti”  
Assemblea Nazionale del Volontariato Giustizia

ROMA, 7-8 Giugno 2013

**“La pena della salute, la  
chiusura degli OPG”**

Dr. Sandro Libianchi - Roma

***Follia***  
***Droghe***  
***Alcol***  
***reato***

# Comorbilità fra disturbi da sostanze psicoattive ed altri disturbi mentali

(Studio ECA effettuato dal NIMH (USA) su 20.000 persone, con valutazione life-time sulla popolazione generale (Regier e coll.1990))

Il 22.5% della popolazione USA presentava

Disturbi Mentali dei quali:

- 1) solo Disturbi Mentali: 12,6%
- 2) D. Mentali + D. Uso di sost. psicoattive: 1,5
- 3) D. Mentali + D. Uso di alcol: 3,1%
- 4) D. Mentali + D. Uso alcol + D. Uso Psicoat.: 1,7%

# Comorbilità fra disturbi da sostanze psicoattive ed altri disturbi mentali

Il Disturbo da Uso di alcol e/o D. da Uso di Sostanze Psicoattive è associato:

- 1) alla Schizofrenia nel 33,7%,
- 2) al Disturbo Antisociale nell'83,6%,
- 3) al D. d'Ansia nel 23,7%,
- 4) al D. Umore nel 32%.

# Droga e follia

(First et al., 1993)

1. l'abuso di sostanze può essere la conseguenza di disturbo psichiatrico (autoterapia)
2. le sostanze stupefacenti possono slatentizzare, causare o precedere un disturbo di tipo psichiatrico
3. l'abuso di sostanze stupefacenti ed il quadro psichiatrico possono procedere parallelamente e le cause di essi possono essere del tutto indipendenti

# Droga e follia

“La dipendenza da sostanze è dovuta ad una sofferenza individuale e familiare, della quale rappresenta un tentativo regolatorio o di autoterapia; parlare in quest’ottica di doppia diagnosi appare *un’espressione discutibile*”.

(Cancrini, 1982; Lo Russo, 2000)

# Droga e follia

Esiste un'elevata incidenza , tra i soggetti in carico ai Ser.T., di diagnosi di disturbo di personalità ed in particolare borderline ed antisociale (Sperandeo et al.,1987; Cancrini et al., 2000; Clerici et al.,2000), entrambi i quadri clinici appartengono al cluster “impulsivo” dell'Asse II del DSM IV (*DSM IV, 1994*) che, a grandi linee, corrisponde all'organizzazione borderline di personalità secondo Kemberg (1987).

# Droga e follia

L'elevata incidenza di comorbidità psichiatrica nei soggetti con disturbo da sostanze (Clerici, 1993, 2000; Maremmani et al., 2000), e la notevole frequenza del consumo di sostanze stupefacenti (fino al 47% degli schizofrenici - Rieger et al., 1990) tra i pazienti con diagnosi psichiatrica grave, rende difficoltoso l'utilizzo del termine "*doppia diagnosi*" (Zanda et al., 2000).



# Droga e follia

Nell'ipotesi "neurochimica", la droga rompe i sistemi endorfinergici, causando craving e alterazioni comportamentali anche gravi.

La presenza di aspetti tratti psicopatologici non è ritenuta necessaria per l'instaurarsi della dipendenza.

(Dole et al., 1968,1978; Maremmani et al., 1990, 2002)

# Droga e follia

“L’ indipendenza etimologica e fisiopatologica delle due condizioni morbose, le rende ben differenti ed autonome sul piano clinico, meritevoli di specifiche diagnosi, prognosi e terapie”.

Clerici, 1993, 2000; Gerra, 2000, 2002, et al.)

# Droga e follia

In Liguria , dal 1977 al 1994, il  
CSM trattava le  
tossicodipendenze; idem dal 2010

In Sicilia, il trattamento delle  
dipendenze è passato dalla  
Neurologia, alla Psichiatria, al  
Dipartimento Delle Dipendenze  
Patologiche. Ora sembra ritornare  
ai DSM. In Emilia è a carico del  
DSM

# Studio Multicentrico

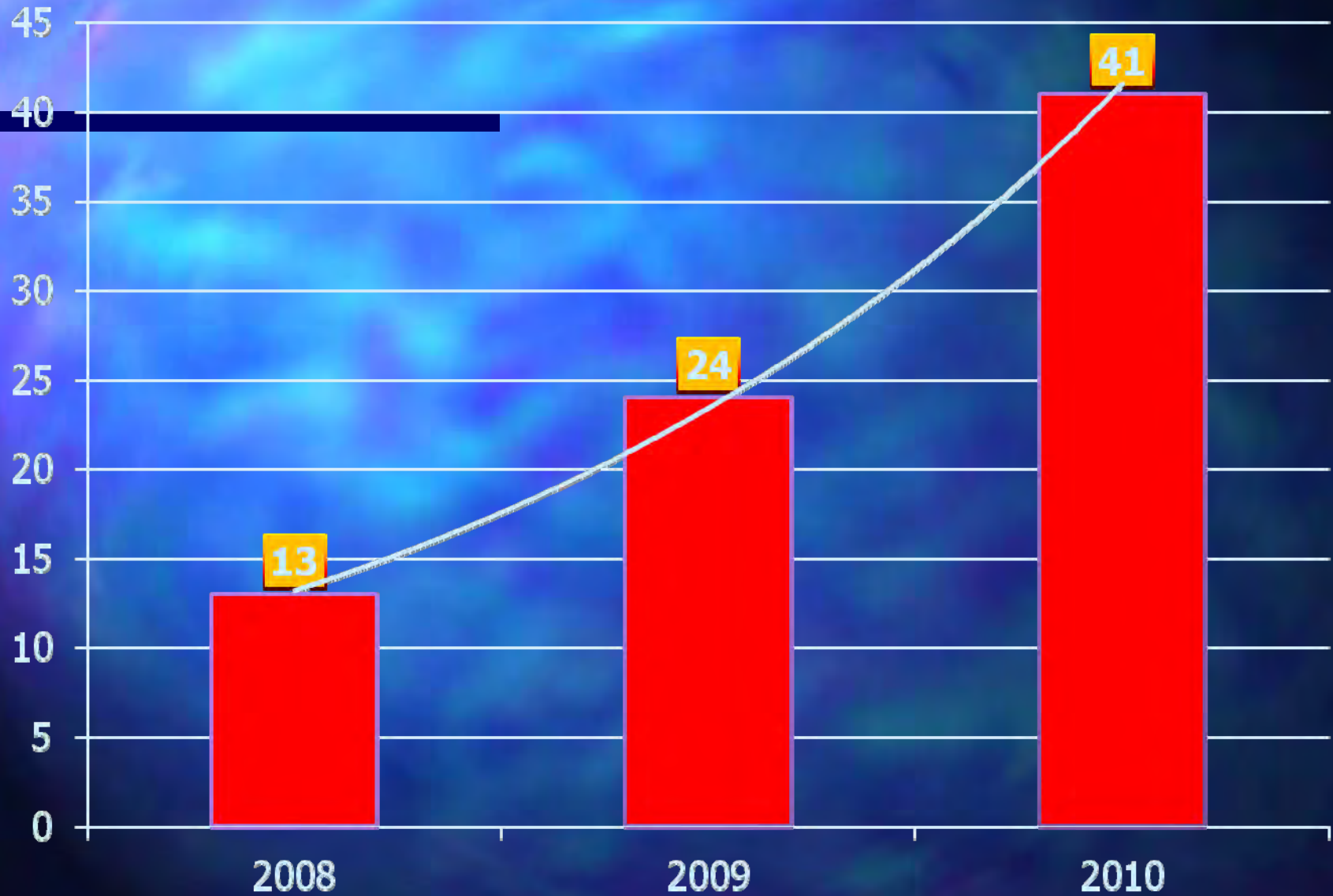
## Ministero della Giustizia - 2005

- Coordinatori scientifici:

GERRA – LIBIANCHI – FIASCO – BERTO – GRECO - GROSSO

- Tossicodipendenti comorbili detenuti: **53,7%**

## New Drugs notified for the first time EWS



SPDC/DSM

Ser.T.

Co.N.O.S.C.I. onlus

**Comorbilità  
Psichiatrica**

Carcere  
OPG

CHILD CARE SERVICES

FAMILY SERVICES

VOCATIONAL SERVICES

INTAKE PROOESSING / ASSESSMENT

HOUSING / TRANSPORTATION SERVICES

MENTAL HEALTH SERVICES

BEHAVIORAL THERAPY AND COUNSELING

TREATMENT PLAN

SUBSTANOE USE. MONITORING

CLINIOAL AND CASE MANAGEMENT

PHARMACOTHERAPY

SELF-HELP/PEER SUPPORT GROUPS

FIN ANCIAL SERVICES

MEDICAL SERVICES

CON TINUING CARE.

LEGAL SERVICES

EDUCATIONAL SERVICES

AIDS/HIV SERVICES

# Principi per una Buona Pratica Clinica - I

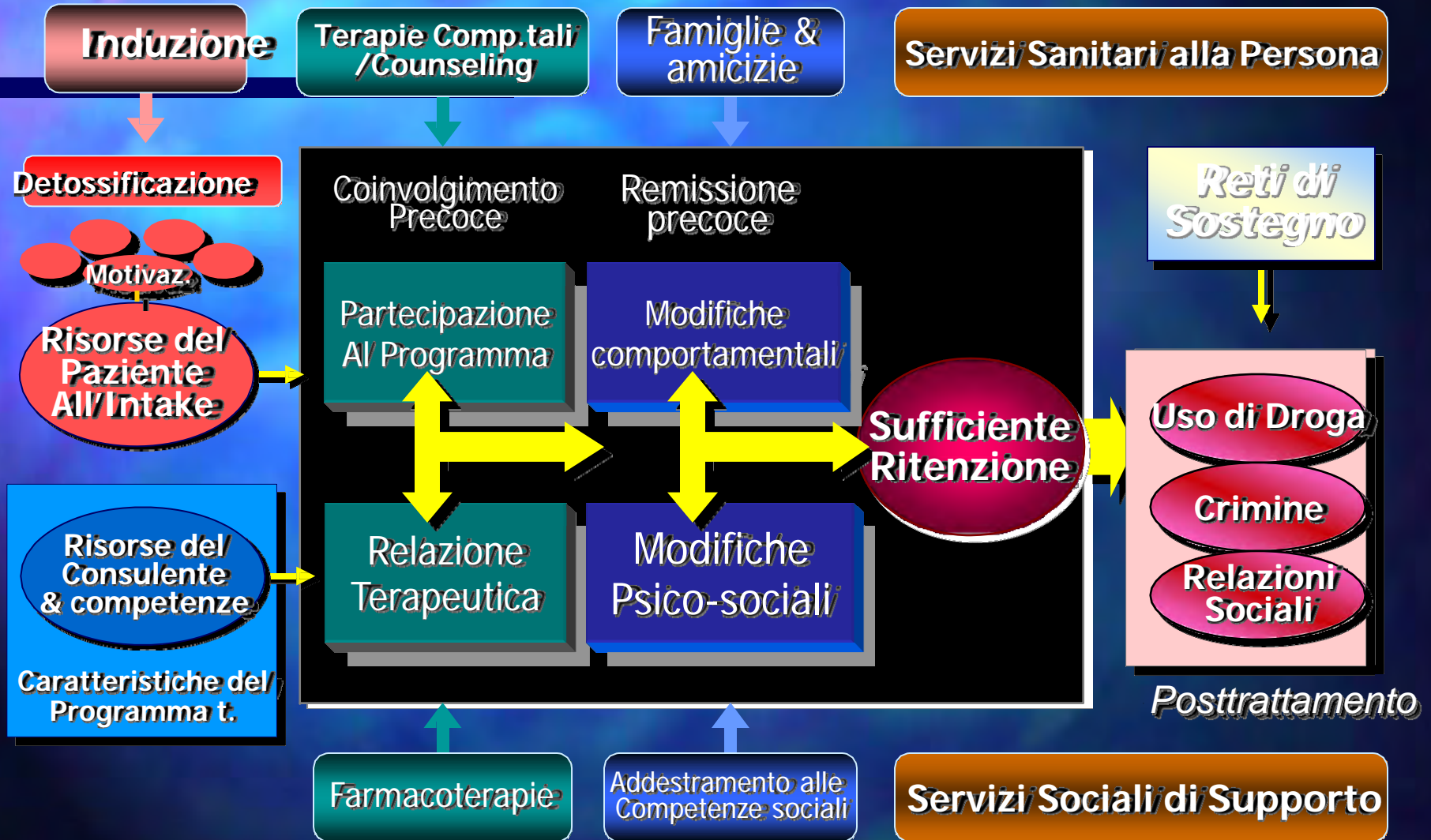
- Non disponiamo ancora di trattamenti specifici per la comorbidità; è necessario adattare gli specifici trattamenti evidence-based dei diversi sintomi.
- L'assistenza deve essere programmata a lungo termine con un forte aggancio terapeutico.  
Empatia (fenomeno della 'revolving door');
- Il piano terapeutico dovrà essere personalizzato (multimodale, integrato) anche nella previsione degli obiettivi (astinenza, meth. long term,...)
- Precoce presa in carico intarcarceraria con stabilizzazione della fase acuta e trattamento postcarcerario long-term;



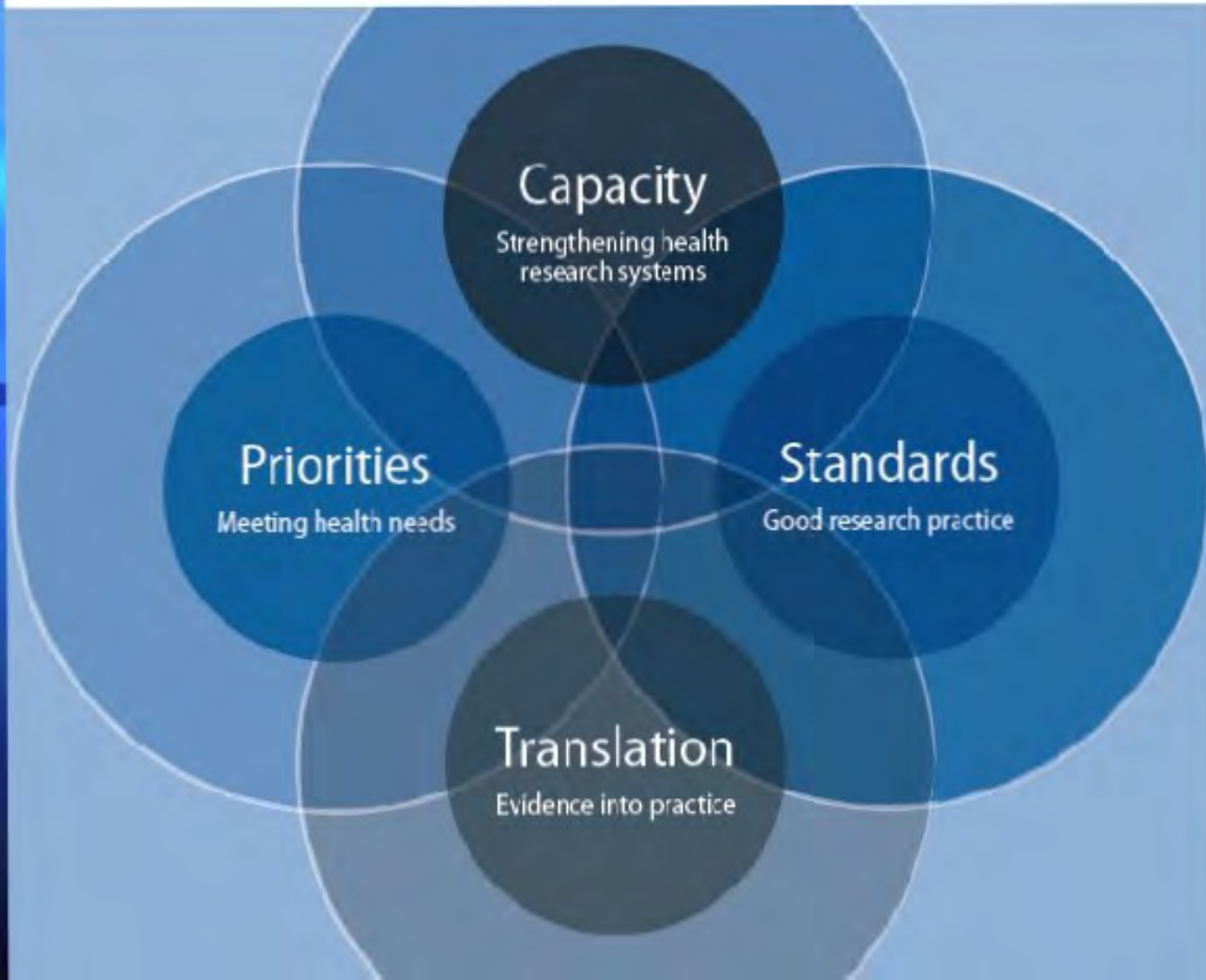
# Principi per una Buona Pratica Clinica -II

- Centralità del paziente: Case Manager;
- Coinvolgimento delle famiglie e delle risorse locali (lavoro, peer-support,...);
- Individuazione di efficaci indicatori di valutazione terapeutica (ricadute, abbandoni, reati,..) con cui calibrare le modifiche terapeutiche;
- La Formazione degli operatori dovrà essere congiunta e condivisa.

# Il Processo di Trattamento e gli esiti



# The WHO strategy on research for health



# CONSIDERAZIONI

- **Diagnosi complessa**
- **Sovra/Sottostima delle diagnosi, talora improprie**
- **Una diagnosi precisa induce migliori scelte terapeutiche e minore incidenza di ricadute tossicomaniche**
- **Lo stato giuridico non può avere relazioni dirette con la diagnosi od il trattamento**
- **Troppo spesso si osservano arresti domiciliari presso strutture non abilitate o presso strutture abilitate di persone che non hanno una diagnosi precisa. In tali casi la ricaduta tossicomanica diventa certezza.**

# **La “Doppia Diagnosi”**

## **CONCLUSIONI - 1**

**Lo sviluppo di una progettazione unitaria implica lo specificare ed il realizzare, attività trattamentali e terapeutiche che esiteranno in un cambiamento misurabile della capacità di un sistema sanitario (nazionale) di migliorare lo stato di salute della popolazione tossicodipendente detenuta, specialmente se portatrice di doppia patologia.**

# **La “Doppia Diagnosi”**

## **CONCLUSIONI - 2**

**Una buona strategia operativa deve prevedere l'avvio di una collaborazione diretta e strutturata tra operatori dei Ser.T., dei D.S.M. e delle strutture penitenziarie per attuare interventi altamente qualificati e con l'adozione di indicatori di esito, di qualità, di attività**

“There is nothing a government hates more than to be well informed; for it makes the process of arriving at decisions much more complicated or difficult”.

**(J. M. KEINES, 1932)**

[sandrolibianchi@hotmail.com](mailto:sandrolibianchi@hotmail.com)