



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**QUALITÀ DI VITA DELLA PERSONA CON DOPPIA
DIAGNOSI: DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE E
CONCOMITANTE DISTURBO MENTALE.
UNA REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatore Prof. Alessandro Ditadi

Correlatore Dott.ssa Ornella Bonso

Laureando Francesca Bonaldo

Matricola 1228418

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

Il termine doppia diagnosi viene utilizzato nella pratica clinica per indicare persone con una dipendenza da sostanze psicoattive ed un concomitante disturbo mentale. Queste situazioni cliniche sono ritenute molto complesse, con ripercussioni importanti sulla qualità di vita.

Scopo e obiettivi

In particolare, con questa revisione di letteratura si vuole analizzare la qualità della vita della persona che convive con questa condizione clinica, ponendo una particolare attenzione su come l'aderenza al trattamento influisca proprio su molti aspetti della qualità della vita. Verranno evidenziati gli elementi di complessità nell'approccio e nel trattamento dei pazienti con doppia diagnosi, da parte dell'equipe di assistenza, per comprendere le strategie assistenziali più adeguate atte a migliorare la qualità della vita ed accrescere l'autonomia .

Metodologia

Per questo lavoro di tesi è stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) e Google Scholar. Per facilitare la ricerca è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PICO (Patient, Intervention, Comparison e Outcomes).

Risultati

Dalla ricerca condotta è emerso come la qualità di vita delle persone con doppia diagnosi sia correlata a condizioni di vita complessivamente peggiori rispetto alle persone affette da uno solo dei due disturbi, soprattutto nelle aree di salute generale, funzionamento sociale, benessere emotivo e salute mentale e come sia in stretto rapporto con l'aderenza al trattamento terapeutico. Per favorire quest'ultima diventa essenziale coinvolgere la persona nel processo di trattamento che, come in modo omogeneo indica la letteratura, necessita di coerenza all'interno dell'equipe di cura, dove è presente anche l'infermiere, maggiore collaborazione tra i servizi che trattano la dipendenza ed i problemi di salute mentale per determinare continuità della presa in carico.

INDICE

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1. DOPPIA DIAGNOSI: DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE E CONCOMITANTE DISTURBO MENTALE.

- 1.1 Dipendenza e Disturbo mentale: definizioni
- 1.2 La condizione clinica “doppia diagnosi”
 - 1.2.1 La situazione italiana
- 1.3 Dati epidemiologici
 - 1.3.1 Eziologia
 - 1.3.2 Teoria dell'automedicazione
 - 1.3.3 Comorbilità più comuni
- 1.4 Qualità di vita della persona con doppia diagnosi
 - 1.4.1 Il trattamento
 - 1.4.2 L'alleanza terapeutica

CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI

- 2.1 Metodologia
 - 2.1.1. Stringhe di ricerca
 - 2.1.2 Ricerca narrativa

CAPITOLO 3. QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE CON DOPPIA DIAGNOSI

- 3.1 Aspetti della qualità di vita
 - 3.1.1 Le risorse sociali
 - 3.1.2 Doppia diagnosi e criminalità
 - 3.1.3 La percezione di auto-efficacia
- 3.2 L'aderenza al trattamento
 - 3.2.1 La difficoltà di diagnosi
 - 3.2.2 Fattori che influenzano l'aderenza
- 3.3 Strategie per il trattamento
 - 3.3.1 Obiettivi del trattamento
 - 3.3.2 Il “recupero” come strategia di trattamento
 - 3.3.3 Il modello di trattamento integrato
 - 3.3.4 L'opinione degli operatori sanitari

3.4 Strategie di trattamento attuali

3.4.1 Utilizzo della tecnologia

3.4.2 Il modello della comunità terapeutica

3.5 Accesso ai trattamenti

3.6 Discussione

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATO

INTRODUZIONE

Con questa revisione di letteratura si vuole approfondire il problema dell'assistenza alle persone affette da una condizione che in clinica viene denominata doppia diagnosi, ossia concomitanza di una patologia psichiatrica ed una condizione di dipendenza da sostanze psicoattive. Situazione clinica complessa, sottostimata che impatta fortemente sulle persone e sulle famiglie.

Nella società permane un pregiudizio verso entrambe le situazioni cliniche, le persone che ne sono affette vengono stigmatizzate, giudicate e considerate pericolose per la società. Il tossico, il pazzo, l'ubriaccone sono aggettivi sprezzanti e umilianti che danneggiano, o distruggono completamente la personalità di chi li riceve.

Non è facile immaginare la sofferenza di queste persone e non è altrettanto facile aiutarle ed assisterle, anche per la scarsa aderenza al trattamento che le caratterizza.

La doppia diagnosi è una malattia complicata, una condizione che comporta immensi cambiamenti sia nelle persone che ne soffrono, sia nelle persone che le circondano.

Questo lavoro di tesi vuole evidenziare le caratteristiche di questa condizione, l'impatto sulla qualità di vita, i margini di trattamento, il ruolo dell'equipe di assistenza, le criticità che permangono, sia a livello di singola persona che di servizio sanitario ed evidenziare esperienze che hanno documentato risultati utili, le migliori strategie per aiutare e sostenere i pazienti affetti da doppia diagnosi nell'ottenere e mantenere una migliore qualità di vita.

CAPITOLO 1

DOPPIA DIAGNOSI: DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE E CONCOMITANTE DISTURBO MENTALE.

Il termine doppia diagnosi, pur non essendo una denominazione ancora unicamente accettato dall'autorità scientifica, è utilizzato per indicare persone con una dipendenza da sostanze psicoattive ed un concomitante disturbo mentale. Queste situazioni cliniche sono ritenute molto complesse, di difficile gestione ed incidenti, in misura notevole, sulla qualità di vita delle persone. In questo elaborato di tesi il termine doppia diagnosi, comunemente utilizzato nella pratica clinica, verrà comunque utilizzato. Il termine doppia diagnosi e il termine COD (Disturbi mentali e uso di sostanze concomitanti) sono entrambi utilizzati nella letteratura per identificare lo stesso quadro clinico, ma in questa revisione verrà utilizzato solo il termine doppia diagnosi.

1.1 Dipendenze e disturbo mentale: definizioni

L'OMS definisce la "dipendenza patologica" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, e la dipendenza da nuove tecnologie.

Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Una reazione prevedibile o

culturalmente approvata a un fattore stressante o a una perdita comuni, come la morte di una persona cara, non è un disturbo mentale. (1)

1.2 La condizione clinica “doppia diagnosi”

L’OMS, definisce la doppia diagnosi come la coesistenza ,nello stesso individuo, di abuso di sostanze psicoattive e un disturbo psichiatrico.

Con il termine doppia diagnosi, meno comunemente, ci si riferisce anche alla co-occorrenza di due disturbi psichiatrici o di abuso di due o più sostanze. (2)

Il problema della doppia diagnosi è emerso nella pratica clinica agli inizi degli anni ’80.

Nel 1993 nasce il modello di First e Gladis; questo modello divide i pazienti affetti da doppia diagnosi in tre gruppi.

Il primo gruppo corrisponde a quello formato dai pazienti con disturbo psichiatrico primario e dipendenza secondaria, al secondo appartengono i pazienti con dipendenza primaria e disturbo psichiatrico secondario, e infine al terzo gruppo, secondo il modello di First e Gladis, appartengono quei pazienti con disturbo psichiatrico e dipendenza entrambi primari.

Per stabilire che il disturbo psichiatrico sia emerso prima della dipendenza da sostanze o alcol è necessario valutare il criterio temporale, la causalità, l’autonomia, la rilevanza clinica, la sintomatologia e la familiarità. In alcuni pazienti la gravità della sintomatologia permette un facile inquadramento del disturbo psichiatrico come primario, in altri casi, come nei disturbi di personalità è invece più difficile.

Nella maggior parte dei casi non si tratta di due diagnosi separate, bensì di due condizioni co-esistenti che si influenzano tra loro. Diversi autori preferiscono parlare di comorbidità psichiatrica o co-occorrenza di malattia mentale e disturbi da uso di sostanze, termini che indicano la coesistenza di due patologie nella stessa persona.

(3)

1.2.1 La situazione italiana

In Italia le problematiche relative ai Disturbi Correlati all'uso di Sostanze (DCS), alla loro comorbidità con altri disturbi mentali e, in senso lato, alla cosiddetta “doppia diagnosi” sono state condizionate da un peculiare sviluppo storico che ha differenziato, sostanzialmente, l'organizzazione del sistema di intervento dalla maggioranza degli altri paesi europei e dagli USA. (3)

Il 13 maggio 1978 entra in vigore la legge 180 (“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”), promossa dallo psichiatra Franco Basaglia ed espressione del movimento di deistituzionalizzazione italiano che ha tendenzialmente portato la psichiatria a privilegiare la gestione dei problemi di salute mentale rispetto ai problemi correlati all'abuso ed alla dipendenza.. (4)

1.3 Dati epidemiologici

A causa della diffusa separazione dei sistemi di intervento (servizi per le dipendenze e servizi psichiatrici) sul territorio nazionale, non risulta facile ottenere disponibilità di dati epidemiologici comparativi e quindi esaustivi sui carichi di lavoro reciproci, né una precisa indicazione delle possibilità di reale integrazione terapeutica tra le due aree coinvolte, ritenuta indispensabile ai fini dell'efficacia dell'intervento terapeutico. (3)

In accordo con la relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, gli utenti in trattamento nei Ser.D. nel 2021 erano 123.871 mila, di cui il 13% composto da nuovi utenti. (5)

Gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2020 ammontano a 728.338 unità. Di questi i pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta durante l'anno (utenti al primo contatto) con i Dipartimenti di Salute Mentale ammontano a 253.164 unità. (6)

I primi dati relativi alla situazione clinica di Doppia Diagnosi in Italia risalgono a una serie di studi nei Ser.D. e Comunità Terapeutiche (CT) di tre città campione (1989, 1991, 1995), quali Roma, Milano e Cagliari, dai quali emergeva che il rischio

di sviluppare un disturbo mentale o di abuso di sostanze si potenziano a vicenda. Il 35% di coloro che abusano di sostanze riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo dell'umore e viceversa, il 32% di coloro che hanno un disturbo affettivo e il 47% di coloro che hanno un disturbo schizofrenico presentano anche un abuso di sostanze. (7)

Secondo il National Survey on Drug Use and Health del SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration) del 2018, circa 9,2 milioni di adulti negli Stati Uniti soffrono di DD. (8)

1.3.1 Eziologia

Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti non portano a conclusioni univoche: i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente. Da alcune ricerche emerge che i disturbi psichiatrici e della personalità spesso si manifestano prima dei disturbi derivanti dall'uso di sostanze. D'altra parte le particolari caratteristiche farmaco-dinamiche delle sostanze d'abuso le rendono potenti manipolatori chimici dei circuiti neuronali che governano l'espressione della tonalità emotiva della persona. (9)

Solo di recente la connessione biologica tra malattia mentale e dipendenza è stata riconosciuta o intesa come un problema causale bidirezionale. Mentre è noto da decenni che l'uso di alcol e droghe può indurre sintomi psichiatrici in persone altrimenti sane, o peggiorare la malattia mentale, è meno chiaro se e come accade il contrario, ovvero come la malattia mentale stessa altera la progressione della dipendenza patologia. Tuttavia, la modellazione animale e le prove di neuroimaging umano accumulate dagli anni '90 hanno chiarito che la malattia mentale e la dipendenza sono inestricabilmente legate a livello anatomico e fisiopatologico. I neuro-circuiti anormali presenti nella malattia mentale, anche prima dell'esposizione al farmaco, modificano le soglie per diventare dipendenti e aumentano la velocità di progressione della malattia e la gravità della malattia. (10)

1.3.2 Teoria dell'automedicazione

Tra le ipotesi eziologiche più accreditate per spiegare il bisogno di far uso di sostanze è quella teorizzata, negli anni '70, da Edward Khantzian e David F. Ducan chiamata 'Ipotesi dell'Automedicazione'. Khantzian fu dell'idea che le persone con una dipendenza fossero individui caratterizzati da un deficit nelle funzioni dell'Io e che la ricerca della sostanza stupefacente rappresentasse un tentativo di potenziarne i meccanismi di difesa, solo in seguito, considerando i soggetti trattati, si chiese se la scelta della sostanza psicoattiva fosse casuale. Giunse alla conclusione che il tipo di droga veniva selezionato in base alle proprietà farmacologiche della sostanza, cioè venivano scelte quelle sostanze in grado di alleviare i sintomi che opprimevano la persona. (10)

Secondo Khantzian la dipendenza non riguarda la ricerca del piacere; né si tratta dell'auto-distruttività umana o della dipendenza orale, come suggeriscono alcune formulazioni ben accettate. [-]

Il potere della dipendenza risiede nell'interazione della droga con il terreno interno della persona che ne fa uso e ne scopre gli effetti analgesici, se suscettibile.(11)

Altri due autori, Bonetti e Bortino, definiscono il concetto di auto-terapia, in psichiatria come l'impegno da parte di una persona, di cercare di risolvere i propri problemi psichici, a volte in modo spontaneo o ingenuo con proprie risorse psicologiche, che loro chiamano resilienza, altre volte in modo consapevole. (12)

1.3.3 Comorbilità più comuni

Secondo i sopra citati, Bonetti e Bortino, le persone maggiormente colpite da questa condizione di DD sono i pazienti psicotici e di tipo Borderline in quanto la droga funge da difesa verso gli impulsi deliranti di tipo distruttivo o come protezione dalla depressione. (12)

Secondo un altro articolo sono i disturbi psichiatrici quali i disturbi d'ansia e dell'umore, ad essere i più comuni nella condizione di DD e generalmente si verificano in concomitanza con dipendenza da alcol. La co-occorrenza di questi disturbi è associata a maggiore gravità e prognosi peggiore rispetto a quando si manifestano da soli, compreso un rischio molto elevato di suicidio. (13)

Con riferimento ad una dipendenza da alcol, nel National Epidemiologic Survey on

Alcohol and Related Condition è stato evidenziato che nei soggetti con qualsiasi disturbo da uso di alcol il 18,85% presentava almeno un disturbo dell'umore (13,70% depressione maggiore e 2,93% distimia) e i soggetti con dipendenza da alcol il 27,55% presentava almeno un disturbo dell'umore (20,48% depressione maggiore e 4,63% distimia).

Nei soggetti con qualsiasi disturbo dell'umore nei 12 mesi precedenti il 17,30% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 11,38% dipendenza da alcol; nei soggetti con depressione maggiore il 16,40% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 11,03% dipendenza da alcol; nei soggetti con distimia il 13,54% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 9,62% dipendenza da alcol. (14)

1.4 Qualità di vita del paziente con Doppia Diagnosi

Per qualità di vita l'OMS intende " il modo in cui l'individuo percepisce la sua posizione nella vita. Il concetto di qualità di vita comprende la salute del corpo, le condizioni psicologiche, il grado di autonomia, le relazioni sociali, le idee personali e il rapporto con l'ambiente."

Negli ultimi due decenni c'è stato un crescente interesse per la qualità della vita e la qualità della vita correlata alla salute come misura di valutazione degli interventi di cura, degli effetti avversi del trattamento e dell'impatto della malattia nel tempo, specialmente nella popolazione psichiatrica. La valutazione della qualità di vita nei pazienti con Doppia Diagnosi può aiutare a identificare aree di attenzione specifica e clinica, date le caratteristiche speciali di questa popolazione: recidive più rapide, tassi più elevati di ri-ospedalizzazione e reclusione, minore partecipazione nei servizi sanitari, maggiore perdita di supporto sociale e problemi finanziari. (15)

I pazienti con Doppia Diagnosi richiedono un numero maggiore di ricoveri in pronto soccorso e ricoveri nei servizi di psichiatria. Presentano anche tassi di suicidio più elevati e comportamenti più rischiosi associati a mortalità e malattie infettive, come l'HIV e i virus dell'epatite. Oltre a episodi più frequenti di comportamenti violenti, tali pazienti hanno maggiori problemi sociali (tassi di disoccupazione più elevati)

. Di conseguenza, i pazienti con Doppia Diagnosi presentano un rischio maggiore di cronicità e gravità della dipendenza. (16)

1.4.1 Il trattamento

A fronte delle evidenze descritte in precedenza il trattamento delle persone affette da D.D. è più difficile, complesso e costoso ed hanno una prognosi peggiore rispetto alle persone con il solo disturbo psichiatrico. (16)

Inoltre, la presenza di D.D. è stata associata a maggiori difficoltà nell'impegno terapeutico, nello sviluppo di un'alleanza terapeutica e nell'adesione ai regimi terapeutici. La tipologia di sintomi associati a malattie mentali e disturbo da uso di sostanze concomitanti possono esacerbare la vulnerabilità individuale e fungere da barriere all'accesso al trattamento. Ad esempio, le persone con Doppia Diagnosi, inclusa la psicosi, sono estremamente vulnerabili perché il loro uso di sostanze spesso peggiora i sintomi della salute mentale, crea instabilità psicosociale, riduce la motivazione e diminuisce la loro capacità di cercare e accedere a cure. (17)

Inoltre come sostiene un articolo italiano la difficoltà nel trattamento di queste persone risiede nella carenza di modelli specialistici dovuta alla mancanza in un'ampia fascia di operatori di quelle competenze/"abilità" diagnostiche e di trattamento peculiari della cultura psicopatologica e dell'identità psichiatrica di servizi, peraltro, sostanzialmente svalutati da un'opinione pubblica scarsamente sensibile al tema. (3)

1.4.2 L'alleanza terapeutica

E'ormai consolidato come il focus del trattamento nelle persone che soffrono di malattie mentali deve essere sull'alleanza terapeutica, su una assistenza centrata sulla persona e su un processo decisionale condiviso. L'alleanza è una componente delle relazioni terapeutiche che è stata esaminata empiricamente ed è stata descritta come la capacità dinamica di lavorare insieme nell'interesse della risoluzione dei problemi, con tre elementi: obiettivi, compito e legame. È stato costantemente dimostrato che è uno dei principali fattori predittivi di risultati positivi in psicoterapia.

Per altro il concetto di assistenza centrata sulla persona sta diventando sempre più comune nel panorama sanitario in evoluzione. L'assistenza centrata sulla persona non ha una definizione o standard di misurazione univoca, ma si può descrivere come un approccio globale alla comprensione e alla risposta a ciascun individuo e alla sua famiglia nel contesto della sua storia, bisogni, punti di forza, speranze e sogni di recupero, cultura e spiritualità. Questo approccio porta ad un processo decisionale condiviso; contrariamente a modelli più direttivi di erogazione dell'assistenza sanitaria, il processo decisionale condiviso è un processo collaborativo, dinamico e interattivo tra due parti ugualmente coinvolte. In questo modello, operatore e paziente partecipano entrambi ad uno scambio di informazioni che porta più facilmente ad una decisione concordata per il trattamento. (18).

Nella cura delle persone con malattie psichiatriche, compreso lo stato clinico che si sta trattando, è stata rilevata la necessità di identificare i compromessi emergenti di origine emotiva o dovuti al ricovero e alla malattia, insieme ai dati dell'esame obiettivo, per supportare e migliorare la cura globale di ciascun paziente secondo necessità, consentendo così una ricerca mirata del loro benessere.

Quindi anche l'infermiere che lavora in ambito psichiatrico ha una sfida crescente e complessa che implica la capacità di un'azione efficace insieme ad altri professionisti.

Deve essere in grado di conoscere molto bene i pazienti in modo che la sua performance sia effettivamente etica, obiettiva, affidabile, flessiva, creativa ed umana. (19)

Ad esempio, i principi fondamentali su cui si basa il funzionamento delle comunità terapeutiche per disturbi psichiatrici gravi in associazione a disturbi da uso di sostanze, mantengono il focus sui principi descritti in precedenza. Prevedono infatti il fornire una quotidianità adeguatamente strutturata, l'enfatizzare la responsabilità personale e l'auto aiuto, l'utilizzo del gruppo dei pari come modello ed elemento terapeutico, il portare ad un processo graduale di cambiamento, nel quale si attraversano diverse fasi; l'implementazione della capacità di lavorare e badare a sé

stessi attraverso lo sviluppo delle proprie inclinazioni e delle capacità di vivere in maniera indipendente; la promozione di capacità sociali per mantenere un buon funzionamento , accanto a un costante lavoro sul piano psicoterapico e a una terapia psicofarmacologica. Tali obiettivi si raggiungono attraverso un'organizzazione complessa, che vede la collaborazione di diverse figure professionali, psichiatri, psicologi, educatori, operatori socio-assistenziali, infermieri, che lavorano in ambito sia individuale sia di gruppo, monitorando contemporaneamente i bisogni del singolo paziente e del gruppo in cui è immerso. (20)

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

Gli obiettivi della ricerca sono evidenziare gli elementi di complessità nell'approccio e nel trattamento dei pazienti con Doppia Diagnosi (D.D.) , conoscere le strategie assistenziali per migliorare la qualità della vita ed accrescere l'autonomia e individuare, nell'ambito dell'equipe di cura, le connotazioni principali espresse dal ruolo dell'infermiere.

2.1 Metodologia

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche quali PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) e Google Scholar.

Per migliorare la strategia di ricerca è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PICO (Patient, Interventation, Comparison e Outcomes) come illustrato nella Tabella I.

Tabella I. Quesito formulato con metodo PICO

Quesito di prognosi	
P	Nei pazienti con DD
I	Che hanno difficoltà ad aderire al trattamento
C	Rispetto agli altri pazienti non affetti da DD
O	Quali sono i principali ostacoli

È stato adottato un limite di 12 anni considerando si inizia a parlare di DD nella pratica clinica solo negli anni 80 e la ricerca sul tema è quindi relativamente recente e non così frequente, con l'esclusione quindi degli articoli antecedenti al gennaio 2010.

Sono stati cercati articoli disponibili in lingua italiana o inglese, disponibili in full text, ma anche con solo abstract, con ricerche effettuate su popolazioni di maggiorenni.

2.1.1. Stringhe di ricerca

La ricerca è stata effettuata utilizzando una serie di filtri, limiti precedentemente elencati e utilizzando una serie di parole chiavi quali: Dual Diagnosis, Mental Disorder, Comorbidity, Substance Abuse, Quality of Life, Compliance, Difficulties, Outcome, Treatment.

Le stringhe ricerca utilizzate sono elencate in Tabella II, dove viene indicato anche il numero di articoli reperiti per singola stringa e quindi il numero di quelli considerati per questo elaborato.

Sono stati presi in considerazione gli articoli i cui abstract contenevano informazioni utili per la ricerca ed eliminati quelli non inerenti alla stessa ricerca, con i risultati riportati sempre in Tabella II.

Tabella II.

Parole chiave	Banca dati	Articoli reperiti	Articoli selezionati
“Dual Diagnosis and difficulties to treatment ”	PubMed	N° 158	N°5
“Dual Diagnosis and Quality of Life”	PubMed	N° 301	N°2
“Quality of life and measuring instruments”	Google scholar	N° 29,800	N°1
“Dual Diagnosis and Covid-19”	PubMed	N° 229	N°3
“Dual Diagnosis and difficulties to treatment”	Google scholar	N° 18,400	N°2
"Treatment and Dual Diagnosis and outcome”	Google scholar	N° 19,000	N°2

Una sintesi dei contenuti degli articoli selezionati, ai fini di una lettura più agevole, è posta in allegato (allegato 1).

2.1.2 Ricerca Narrativa

Al completamento della ricerca di letteratura come descritto in precedenza è stata condotta anche una ricerca narrativa approfondendo il testo “Follia, Tossicodipendenza e Bisogni della persona (La Doppia Diagnosi, tra psichiatria e dipendenza)” di Bonetti e Bortino del 2014, ritenuto un testo fondamentale per il tema trattato.

I due autori hanno, al momento della stesura del libro, trenta anni di esperienza in questo campo e i dati delle loro ricerche empiriche di follow-up sono basati sull'ipotesi che questa malattia debba essere considerata a partire dall'unicità della persona e dai bisogni che sostengono la sua motivazione.

CAPITOLO 3

QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE CON DOPPIA DIAGNOSI

3.1 Aspetti della qualità di vita

In genere gli strumenti di misura della qualità di vita prendono in considerazione i seguenti aspetti :

- funzione fisica,
- dolore fisico,
- salute generale,
- vitalità,
- funzionamento sociale,
- benessere emotivo e salute mentale.

Questi aspetti sono per altro quelli indagati dal 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) che è lo strumento più importante e più utilizzato per valutare la qualità di vita. (21) Premesso che dalla revisione emerge come la qualità della vita del soggetto con doppia diagnosi (DD) sia in stretto rapporto con l'aderenza al trattamento terapeutico che verrà approfondito nei prossimi paragrafi, in questo verranno trattati gli aspetti della qualità di vita ostacolati dalla presenza di questa condizione clinica.

La valutazione sia della qualità della vita che della qualità della vita correlata alla salute nei pazienti con DD può aiutare a identificare aree di attenzione specifica e clinica, date le caratteristiche specifiche di questa popolazione: recidive più rapide, tassi più elevati di ri-ospedalizzazione e reclusione, minore partecipazione nei servizi sanitari, maggiore perdita di supporto sociale e problemi finanziari. Tutti questi elementi determinano certamente una qualità di vita inferiore nei pazienti con DD e la loro individuazione e supporto assistenziale potrebbero migliorare l'efficacia degli interventi. (15)

3.1.1 Le risorse sociali

Uno studio risalente agli anni 2010-2011 ha studiato e valutato la qualità della vita attraverso lo Short Form – 36 Item Health Survey (SF-36) in un gruppo di pazienti con DD ed ha confrontato i risultati ottenuti con quelli di un gruppo di pazienti che

facevano uso di sostanze senza un concomitante disturbo psichiatrico e con un terzo gruppo di pazienti affetti da patologie psichiatriche senza concomitante uso di sostanze. Questo studio trasversale ha incluso 125 pazienti di sesso maschile di età compresa tra 18 e 60 anni, divisi nei tre gruppi. Per quanto riguarda i valori socio-demografici i gruppi non presentavano differenze importanti per età, numero di figli, anni di scolarizzazione e tipo di convivenza. Rispetto alle variabili cliniche invece, le differenze principali sono state riscontrate nel numero di farmaci assunti giornalmente. Il gruppo di pazienti con DD assumeva più farmaci rispetto agli altri due gruppi e tra questi farmaci i più assunti erano antipsicotici tipici e atipici, stabilizzatori dell'umore e ansiolitici. Nello stesso gruppo sono stati riscontrati anche più tentativi di suicidi e un consumo giornaliero più elevato di sigarette. Non sono emerse invece, differenze tra il primo gruppo DD ed il terzo, al quale appartengono i pazienti con sola malattia psichiatrica, per tipo di diagnosi psichiatrica, età di insorgenza della malattia mentale e anni di durata della malattia; e nemmeno per numero o tipo di assunzione, numero di sostanze utilizzate, tipo di sostanze utilizzate, mesi di astinenza, numero di ricadute, età di insorgenza dell'uso di sostanze o durata del disturbo. Nei confronti con il secondo gruppo, al quale appartenevano pazienti che facevano solo uso di sostanze stupefacenti, emerge come il gruppo con DD i punteggi ottenuti da questi ultimi nelle scale di funzionamento sociale, ruolo - emotivo, salute mentale, salute generale e vitalità erano al di sotto della norma. (15)

Altre fonti affermano come i pazienti affetti da DD spesso presentano sintomi quali ansia, depressione, disturbi della personalità e molto spesso abbiano una storia di senzatetto o incarcerazione. (17)

Queste persone soffrono di problematiche sociali e relazionali che vanno oltre quelle dei pazienti psichiatrici o dei tossicodipendenti, definendo quindi una situazione di particolare complessità non solo sul piano strettamente clinico, ma anche su quello sociale, lavorativo, familiare e di relazione. Per questo, talvolta, vengono definiti pazienti multiproblematici. (7)

Emerge come l'assistenza per questi pazienti deve essere una priorità perché caratterizzati in misura maggiore da scarsa compliance, ricaduta, suicidio, positività ad HIV, HCV, mancanza di risorse di base, disoccupazione e problemi legali. Inoltre, il peso per le famiglie è elevato e c'è un grande bisogno per le risorse sociali. (16)(22)

3.1.2 Doppia Diagnosi e criminalità

Nel 1939, Lionel Penrose pubblicò la sua teoria fondamentale secondo cui nelle nazioni industrializzate, un declino delle infrastrutture che trattano la salute mentale è legato al reciproco aumento delle incarcerazioni. Secondo l'autore, il ridotto numero di infrastrutture dedicate ai servizi psichiatrici ha costretto il sistema di giustizia penale ad assumere il ruolo di assistenza sanitaria mentale, gli individui non trattati e non protetti sono stati ribattezzati "criminali".

Una dinamica che potrebbe essere alla base dell'effetto Penrose è una maggiore etichettatura e categorizzazione dei comportamenti, risultanti da malattie mentali non trattate e non protette, come forme minori di attività criminale, che porterebbero a maggiori tassi di incarcerazione per i malati di mente. Il comportamento correlato alla malattia mentale viene etichettato come un crimine, idea sostenuta dal pubblico, inclusi i membri e le parti interessate del settore sanitario, così come la dipendenza viene definita come un problema morale e criminale, e non come problema legato alla salute. (23)

Secondo uno studio americano circa l'80% delle donne presenti nel sistema della giustizia penale con disturbi da uso di sostanze hanno anche problemi di salute mentale concomitanti. Il mantenimento del trattamento di queste situazioni configurabili come DD, è complicato dal fatto che la maggior parte delle donne incarcerate scontano pene brevi e tornano rapidamente nella comunità. La mancanza di assistenza post-scarcerazione è un ostacolo considerevole per queste donne che affrontano lo stress del rientro nella comunità, il quale contribuisce alla re-incarcerazione. (24)

3.1.3 La percezione di auto-efficacia

Sebbene la causalità non possa essere determinata, è possibile ipotizzare che, se una persona si sente coinvolta nei processi decisionali, possa avere maggiori probabilità di sentirsi in accordo riguardo alle potenziali opzioni di trattamento. Questa condizione vale nelle situazioni importanti più diversificate e diventa necessaria quando l'ambito è quello delle cure in persone con DD. Inoltre, la stessa auto-efficacia è stata associata ad un migliore esito clinico. Il risultato più importante del processo decisionale condiviso potrebbe non essere il punto di decisione effettivo, ma piuttosto il processo che ha luogo tra il paziente e l'equipe che lo assiste. Uno spazio aperto, esplorativo e non giudicante consente di creare fiducia e migliora idealmente la consapevolezza e quindi il coinvolgimento nel trattamento. (24)

Secondo un'indagine spagnola del 2013 i professionisti sanitari che lavorano con i pazienti affetti da DD sostengono che il 68,3% dei pazienti hanno un grado basso o molto basso di consapevolezza della malattia, in particolare il 60% dei medici e degli psicologi hanno ritenuto che il livello di consapevolezza dei loro pazienti con doppia diagnosi fosse molto basso. (22)

3.2 L'aderenza al trattamento

Per le persone che convivono con gravi malattie mentali intraprendere un qualsiasi trattamento è particolarmente difficile e l'interruzione/abbandono del trattamento è fin troppo comune. Secondo i dati del National Comorbidity Survey degli Stati Uniti e dell'Epidemiologic Catchment Area survey, mediamente metà delle persone con una grave malattia mentale non aveva ricevuto cure di salute mentale nell'anno precedente. (25)

La letteratura evidenzia come le persone con malattie mentali gravi abbiano maggiori probabilità di utilizzare sostanze stupefacenti rispetto a quelli senza tali malattie; alcuni studi riportano che il 50-60% delle persone con schizofrenia ha un disturbo da uso di sostanze in comorbidità. Come già evidenziato le persone con gravi malattie mentali e concomitante abuso di sostanze sono più difficili da coinvolgere rispetto ad

altre, e difficilmente i trattamenti tradizionali sono riusciti a coinvolgere efficacemente questa popolazione. (18)

Quando la compliance del paziente non è adeguata i rischi maggiori sono la ricaduta nell'abuso della sostanza stupefacente, seguita da un peggioramento della sintomatologia psicopatologica e dal peggioramento delle relazioni socio-familiari e quindi, più in generale, un deterioramento della qualità di vita . (22)

3.2.1 La difficoltà di diagnosi

In questo ambito, quello delle persone affette da DD, è frequente incontrare difficoltà nel diagnosticare la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi. Tra questi vengono indicati l'abitudine a diagnosticare il disturbo che si presenta più frequentemente in ambito clinico, la scarsa diffusione di operatori con esperienza in entrambi gli ambiti di indagine, la sottovalutazione dell'importanza della diagnosi in psichiatria, la frequente comparsa di sintomi psichici durante l'intossicazione e l'astinenza da sostanze, l'appartenenza di alcuni sintomi alle due classi di disturbi (apatia, disforia, astenia, turbe del sonno, crisi d'ansia acute), la scarsa abitudine dei servizi a collaborare durante il processo diagnostico, spesso molto lungo. In molti casi si può solo prendere atto che due diagnosi coesistono in un definito soggetto a un definito punto della sua storia. (7)

3.2.2 Fattori che influenzano l'aderenza

In genere, specie nell'ambito della salute mentale, uno scarso coinvolgimento nel processo di trattamento può portare all'esacerbazione dei sintomi, al ricovero in ospedale e alla non piena consapevolezza dei potenziali benefici del trattamento. (18) Secondo la Substance Abuse and Mental Health and Services Administration (SAMHSA) la condizione clinica della DD non trattata e/o non identificata è stata associata a maggiori difficoltà nell'impegno terapeutico, nello sviluppo di un'alleanza terapeutica e nell'adesione ai regimi di trattamento. (8)

Altri motivi che influiscono sulla compliance al trattamento di questo tipo di pazienti sono la mancanza di valori ed aspettative per il futuro e la difficoltà ad accedere ai servizi. (22)

In particolare le persone con DD rischiano di essere meno coinvolte nel trattamento per la frammentazione del relativo sistema assistenziale. Storicamente, e per parte ancora oggi, i servizi finalizzati al trattamento dell'uso di sostanze psicoattive e i programmi di trattamento psichiatrico sono completamente disconnessi, con flussi di finanziamento, formazione e approcci filosofici al trattamento diversi. Per questo motivo, le persone con DD che richiedono un trattamento rischiano di essere escluse da entrambi i programmi. Talvolta può accadere che ad una persona che cerca un trattamento per l'uso di sostanze venga data indicazione di trattare prima i sintomi psichiatrici e viceversa. Oltre a introdurre un ulteriore ostacolo all'erogazione delle cure, questo approccio di "trattamento sequenziale" non considera la natura interattiva e ciclica di questi disturbi.

Inoltre, l'angoscia e la disorganizzazione dovute a disturbi doppi possono influenzare la capacità di un individuo di impegnarsi e portare a termine un piano di trattamento. Ma anche la mancanza di fiducia nelle istituzioni, le convinzioni personali sugli operatori sanitari, le convinzioni culturali e lo stigma relativo all'abuso di sostanze e alle malattie mentali sono ostacoli al trattamento di questa condizione patologica. (17)

In Italia, le modalità di intervento dei servizi per le dipendenze e servizi psichiatrici sono parallele, ma distinte l'una dall'altra, sia dal punto di vista formale che pratico. (7)

Secondo i professionisti sanitari che gravitano intorno alle persone affette da questa condizione clinica e che sono coinvolti nella ricerca, la mancata compliance al trattamento influisce in modo importante sullo stato clinico, non solo perché condiziona il possibile miglioramento, ma anche perché aumenta i sintomi della malattia.

Molti professionisti hanno affermato che la causa principale della mancata aderenza al trattamento da parte di questi pazienti sia da attribuire agli effetti collaterali degli psicofarmaci. L'aderenza al trattamento però sembra non essere condizionata solo da fattori farmacologici, ma anche da fattori non farmacologici come la mancanza di aspettative per il futuro, il mancato sostegno familiare e l'assenza di una rete sociale solida e presente. (22)

3.3 Strategie per il trattamento

Poiché numerosi fattori contribuiscono a mantenere l'impegno e la volontà di qualcuno di impegnarsi in un trattamento, diventa una sfida delineare le componenti chiave per migliorare il coinvolgimento dei pazienti nel percorso terapeutico. Non esiste un approccio valido per tutti, poiché il coinvolgimento si verifica nel contesto della personalità unica di un individuo, delle circostanze sociali e di vita e del carico di sintomi.

Per alcuni autori si può presumere un'origine unitaria dei due tipi di disturbo, quello psichico e quello della dipendenza, considerando, entrambi i disturbi, delle modalità difensive per negare la percezione dei propri bisogni. Si tratta quindi, di due modi diversi di difendersi di fronte ad un unico problema: quello del riconoscimento e dell'accettazione dei bisogni. La questione centrale è quella di partire dal paziente e dalla comprensione dei suoi bisogni specifici, con l'individuazione di quelli che motivano la sua sofferenza; essi infatti costituiscono la matrice da cui sorgono le angosce, alle quali seguono i processi di elaborazione, di distorsione, di difesa, di resilienza e i tentativi di soluzione, da cui infine emergono le strutture psicopatologiche.(12)

In tema di personalizzazione, alcuni autori evidenziano, ad esempio, come fornire cure culturalmente sensibili e valutare il background culturale di un individuo possa aiutare a guidare la diagnosi e il trattamento. Uno strumento utile in tal senso è il Cultural Formulation Interview (CFI). Introdotto nel DSM-5, è un questionario di 16 voci, integrato da 12 moduli. Include anche una versione finalizzata ad ottenere

materiale da operatori sanitari e dai membri della famiglia . L'idea alla base del CFI è che la cultura e il background contestuale di una persona daranno forma al modo in cui percepisce la malattia mentale, il trattamento e il coinvolgimento con il team di trattamento. (18)

La letteratura evidenzia molto spesso sperimentazioni per misurare l'efficacia del trattamento, effettuate su persone con sola patologia di salute mentale o solo dipendenza da sostanze psicoattive; minori sono le evidenze finalizzate alla cura delle situazioni di doppia diagnosi. Verranno comunque illustrati alcuni di questi studi perché ritenuti comunque di interesse per l'ambito di ricerca.

3.3.1 Obiettivi del trattamento

Dal testo "Follia, Tossicodipendenza e Bisogni della persona (La Doppia Diagnosi, tra psichiatria e dipendenza)" di Bonetti e Bortino del 2014, emerge che non è consigliabile avere, con questo tipo di pazienti, un atteggiamento rigido e restrittivo rispetto al modo di definire le finalità dell'intervento e che è necessario concepire la guarigione non solo come ritorno ad una condizione di salute generale, ma in certi casi definiti intrattabili c'è la necessità di prendere in considerazione, per talune condizioni psicopatologiche, accanto alle terapie finalizzate alla "guarigione" anche interventi finalizzati all'accudimento e alla conservazione delle abilità raggiunte.

Nel testo viene proposto di cercare un'alleanza di lavoro tra pazienti e operatori per cui occorre una notevole attenzione, da parte degli operatori, per costruire le premesse di una collaborazione, fin dall'ingresso. L'esperienza psico-dinamica, in genere, suggerisce di non demolire le difese psicologiche di un paziente, pena il rischio di un suo rifiuto di collaborazione in quanto egli si sentirebbe psicologicamente disarmato. È ritenuto invece opportuno rispettare tali difese, almeno inizialmente, per consentire all'operatore di costituire l'alleanza e questo viene favorito da un atteggiamento di ascolto piuttosto che dal bisogno di intervenire per togliere i sintomi.

Gli autori parlano del concetto “dell’intermediario” che è un termine utilizzato nella pratica psichiatrica, che indica una specifica funzione dell’operatore psichiatrico, sia esso medico, infermiere, assistente sociale od altro operatore. Il termine etimologicamente sta ad indicare un qualcuno che “sta in mezzo” o serve da passaggio, da collegamento, fra due persone o cose. Esso può essere analogo al mediatore. La funzione di intermediario presuppone una specifica qualità nell’operatore, legata alla sua capacità empatica, in quanto egli deve intervenire, come mediatore appunto, tra istanze diverse presenti nello spazio mentale di un’altra persona.

L’esperienza clinica degli autori maturata nei trattamenti di questo tipo di pazienti, con psicopatologia grave e dipendenza da stupefacenti o alcol, ha dimostrato le difficoltà, talora insuperabili, a portare a termine un trattamento terapeutico. Accanto ai successi, ogni terapeuta ed ogni comunità hanno conosciuto anche molti risultati negativi.

Per evitare quindi di indurre nei pazienti, resistenze a cambiare, occorre stabilire una minima base di fiducia, che apra la strada sia a un maggior investimento sul Sé e quindi ad un aumento dell’autostima, sia ad un’aspettativa positiva nell’interazione. Al contrario il paziente cercherà di mantenere un equilibrio che, per quanto patologico, sarà più rassicurante di qualsiasi cambiamento, vissuto come pericoloso e sconosciuto. Durante il percorso terapeutico, i conflitti tra operatori e paziente ci devono far pensare a forme con le quali il paziente mostra la sua resistenza a cambiare e quindi si rende necessario trovare soluzioni alternative. (12)

3.3.2 Il “recupero” come strategia di trattamento

Il recupero, come definito dalla Substance Abuse and Mental Health and Services Administration (SAMHSA) negli Stati Uniti, è un processo di cambiamento attraverso il quale gli individui migliorano la propria salute e il proprio benessere, vivono vite auto dirette e si sforzano di raggiungere il loro pieno potenziale. Tra le dimensioni più importanti della pratica orientata al recupero ci sono:

- la promozione della cittadinanza,

- l'impegno organizzativo,
- il sostegno degli obiettivi definiti,
- una forte relazione lavorativa,
- una esplicita priorità all' 'autonomia,
- responsabilizzazione e rispetto per la persona.

Nell'orientamento al recupero, il focus del trattamento nelle persone che soffrono in genere di malattie mentali deve essere sull'alleanza terapeutica, su una assistenza centrata sulla persona e su un processo decisionale condiviso. L'alleanza è una componente delle relazioni terapeutiche che è stata esaminata empiricamente ed è stata descritta come la capacità dinamica di lavorare insieme per la risoluzione dei problemi. È stato oramai dimostrato che è uno dei principali fattori predittivi di risultati positivi in psicoterapia.

In realtà il concetto di assistenza centrata sulla persona dovrebbe essere proprio di ogni situazione caratterizzata da problemi di salute. L'assistenza centrata sulla persona non ha una definizione o standard di misurazione univoca, ma si può descrivere come "un approccio globale alla comprensione e alla risposta a ciascun individuo e alla sua famiglia nel contesto della sua storia , bisogni, punti di forza, speranze e sogni di recupero, cultura e spiritualità". Questo approccio richiede necessariamente un processo decisionale condiviso; contrariamente a modelli più autorevoli di erogazione dell'assistenza sanitaria, il processo decisionale condiviso è un processo collaborativo, dinamico e interattivo tra due parti ugualmente coinvolte. In questo modello, operatore e paziente partecipano entrambi ad uno scambio di informazioni che porta a una decisione concordata per il trattamento e quindi a maggiori possibilità di aderenza allo stesso. (18)

3.3.3 Il modello di trattamento integrato

I programmi integrati di trattamento delle persone affette da doppia diagnosi denominati Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) hanno cominciato a svilupparsi negli anni '90, nel tentativo di affrontare il trattamento frammentato e per questo inefficace, che stavano ricevendo le persone con DD. Questi programmi

hanno enfatizzato la sensibilizzazione, la completezza, la prospettiva a lungo termine e un approccio e una filosofia coerenti.

L'IDDT è ora un trattamento , indicato dalle evidenze come migliorativo di vari esiti clinici, tra cui la partecipazione al trattamento, possibili riduzioni dell'uso di sostanze, più giorni in alloggi stabili e maggiori riduzioni di ospedalizzazione nelle strutture di salute mentale ed arresti. (18)

Il modello di trattamento integrato, come già detto in precedenza, è stato identificato come una best practice per fornire cure alle persone con DD. Tuttavia, riconoscendo la natura complessa della DD e la moltitudine di combinazioni di disturbi mentali e uso di sostanze, sono emerse numerose modalità di trattamento per affrontare manifestazioni specifiche della DD. In una revisione di letteratura del 2016, ad esempio, viene applicato un programma di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) per il disturbo da stress post- traumatico (PTSD) adattato e di cui erano già stati valutati gli impatti, nei programmi di trattamento delle dipendenze. I risultati suggeriscono che i pazienti che hanno ricevuto CBT per PTSD hanno sperimentato riduzioni significative dell'uso di sostanze e dei sintomi del PTSD. (17)

Secondo alcuni professionisti sanitari spagnoli il fulcro del trattamento dei pazienti con DD deve risiedere negli interventi psico-educativi, motivazionali e nelle strategie di trattamento individualizzato. (22)

Anche la comunità terapeutica modificata (MTC), che è focalizzata a fornire alla persona un regime giornaliero altamente strutturato, a promuovere la responsabilità personale e l'auto-aiuto e utilizza una strategia di comunità come metodo, rientra negli interventi promettenti nell'assistenza al paziente con DD. (24)

Infatti una meta-analisi ha esaminato l'efficacia dell'MTC per le persone con DD (soggetti con problemi con la giustizia, pazienti ambulatoriali, senz'altro) e ha rilevato che l'MTC è associata ad effetti significativi sull'abuso di sostanze, sulla salute mentale, sull'occupazione, su comportamenti illegali. Il modello di trattamento integrato nell'approccio alle persone con DD rimane l'approccio più efficace per

questa condizione clinica, questo perché utilizzando un approccio bio-psicosociale, vede il miglioramento della motivazione, continuità della presa in carico, team multidisciplinari e programmi di sensibilizzazione, come componenti chiave del trattamento. (17)

Secondo un'indagine italiana svoltasi nel 2010 sui pazienti in carico al Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza e al Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Monza e Brianza, è stato evidenziato che i pazienti con DD, oltre a richiedere un maggior numero di prestazioni, richiedono trattamenti più diversificati rispetto ai pazienti che soffrono esclusivamente di una patologia psichica. Anche questa indagine italiana ha evidenziato come il carico e la tipologia di lavoro necessari per la cura dei pazienti con DD sia più articolato rispetto a quello associato al paziente con il solo problema psichiatrico o al paziente con soli problemi di abuso di sostanze e richiede, necessariamente, l'integrazione tra gli operatori coinvolti. (7)

3.3.4 L'opinione degli operatori sanitari

Conoscendo la grande complessità di gestione e trattamento delle persone con DD, conoscere il parere dei professionisti impegnati in questa tipologia di assistenza, la loro esperienza sulle difficoltà di aderenza al trattamento, appare indicato. Le azioni derivanti possono infatti influire proprio sull'aderenza al trattamento.

In merito a questo è stata svolta in Spagna nel 2010 un'indagine online rivolta a tutti i possibili operatori coinvolti nell'assistenza a persone con DD. Gli operatori che hanno partecipato a questa indagine sono 169; tra loro psichiatri, specialisti delle dipendenze, medici di medicina generale, infermieri, psicologi e assistenti sociali, a dimostrazione di come il trattamento di questa condizione clinica abbia un approccio multidisciplinare. Da questa indagine è emerso che secondo tutti i professionisti, indipendentemente dal loro profilo professionale, il 70% dei pazienti con DD non segue adeguatamente il trattamento.

Questa indagine conferma l'evidenza delle difficoltà di questi pazienti ad aderire sia al trattamento farmacologico, sia a quello non farmacologico. (22)

3.3 Strategie di trattamento attuali

3.3.1 Utilizzo della tecnologia

Anche in questi ambiti assistenziali sono stati sperimentati strumenti tecnologici che possono essere utili per l'implementazione del processo decisionale condiviso nelle strutture di trattamento. Uno studio olandese ha esaminato l'utilità di incorporare il computer come strumento a supporto di un processo decisionale condiviso in un'area di attesa di una clinica per persone con gravi malattie mentali. I partecipanti all'indagine hanno utilizzato questo strumento prima degli appuntamenti dal medico, che ha generato un foglio scritto che delineava i conflitti decisionali che avrebbero dovuto affrontare con i sanitari. I pazienti l'hanno trovato utile per chiarire i propri dilemmi, per consentire loro di sollevare argomenti difficili e per organizzare i propri pensieri.

Le conclusioni dell'indagine segnalano una motivazione per incorporare queste tecnologie nel trattamento della salute mentale, essa può servire come un modo naturale per espandere la portata dei servizi e ridurre le barriere all'assistenza. È stato proposto che varie piattaforme online e smartphone possano fungere da porta di accesso ai servizi di salute mentale, rimuovendo alcuni ostacoli al coinvolgimento iniziale e consentendo alle persone un'introduzione ai servizi in uno scenario confortevole e a basso rischio. Questo può essere utile anche per le persone che hanno abbandonato il trattamento e stanno

valutando la possibilità di re-impegnarsi, ma possono avere alcuni impedimenti, personali (autostigma) o pratici (difficoltà nel raggiungere la struttura o a coordinare gli appuntamenti). Le persone che manifestano sintomi o domande cercano maggiori informazioni in Internet e utilizzano i social media per ottenere risposte e supporto. In un recente studio sui giovani adulti in un programma di intervento

precoce per il trattamento di patologie psichiatriche, la stragrande maggioranza ha approvato l'utilizzo dei social media (97,5%), con una media di utilizzo di più di 2 ore al giorno. Il 30% dei partecipanti ha riferito di aver cercato informazioni e discusso sui propri sintomi. (18)

3.3.2 Il modello della comunità terapeutica

Dagli anni '70 è diventato progressivamente evidente come il modello della Comunità per tossicodipendenti, basato su principi di lavoro terapeutico quasi esclusivamente di gruppo con minore considerazione verso le caratteristiche individuali, un setting rigido, a volte inflessibile e ad alta stimolazione e richieste elevate nei confronti dei singoli, non fosse adatto al trattamento dei pazienti con DD. Per questo motivo sono stati gradualmente sviluppati modelli modificati delle comunità terapeutiche (CT) atte a trattare le persone con DD. Sono comunità caratterizzate da un setting più complesso, data la multi-problematicità e la multipla presa in carico della persona, caratterizzato da minore stimolazione, e maggiore flessibilità in relazione alle caratteristiche individuali, con un maggior ricorso alla psicoterapia individuale. (20)

In anni recenti si è prodotta molta letteratura sull'efficacia dei trattamenti comunitari dei pazienti in doppia diagnosi: vari studi di follow-up con durata variabile solitamente dai 6 ai 12 mesi, e condotti principalmente negli Stati Uniti, hanno messo in evidenza l'efficacia del modello residenziale in termini di riduzione del consumo di sostanze e, in alcuni casi, di miglioramento del disturbo psichiatrico associato. In merito a questo è stato svolto uno studio dal 2011 al 2014, in Italia, con il fine di valutare l'efficacia del trattamento in una CT italiana per pazienti affetti da disturbi psichiatrici concomitanti a disturbi da uso di sostanze, attraverso la valutazione di alcuni parametri di outcome, quali il funzionamento globale, la qualità di vita, la capacità di regolazione emotiva, la consapevolezza di malattia.

Questi parametri sono stati valutati all'inizio del trattamento e dopo 6, 12, 18 e 24 mesi. Degli 81 pazienti del campione, 53 (75,7%) erano affetti da disturbo da uso di sostanze in associazione al disturbo psichiatrico principale. Per valutare il

funzionamento globale sono state utilizzate lo strumento Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) con attribuzione di punteggio a seguito di un colloquio con uno psichiatra e la Sheehan Disability Scale (SDS) per l'autovalutazione del danno funzionale. Quest'ultimo è legato a tre domini interrelati: lavoro, relazioni, vita familiare. Nel campione totale il funzionamento globale misurato con VGF è significativamente migliorato dopo 6 e 12 mesi trascorsi in CT. È inoltre migliorato il funzionamento auto-valutato attraverso la SDS. La qualità di vita è stata valutata grazie al Short Form – 36 Item Health Survey.

Secondo i risultati ottenuti da questo studio la qualità di vita all'interno della CT migliora dopo 6- 12 mesi, in particolare nei seguenti item: ruolo e salute fisica, dolore fisico, attività sociali, ruolo, stato emotivo e salute mentale.

In questo studio sono stati valutati anche la regolazione emotiva e la capacità di coping. La prima è stata valutata attraverso il questionario Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) che indaga 6 aree critiche nella regolazione delle emozioni quali la non accettazione delle risposte emotive, la difficoltà a impegnarsi in comportamenti diretti alla meta, la difficoltà nel controllo degli impulsi, la mancanza di consapevolezza emotiva, il limitato accesso alle strategie di regolazione emotiva e la mancanza di chiarezza emozionale . La capacità di coping è stata valutata grazie al Coping Orientation to the Problems Experienced (COPE-NVI, nuova versione italiana), per valutare le strategie di coping usate per far fronte alle situazioni e agli eventi esterni stressanti. Per quanto riguarda la regolazione emotiva, al DERS si evidenzia un incremento dell'orientamento agli obiettivi, ma gli altri item non si modificano in maniera statisticamente significativa; mentre alla COPE risulta significativo un minor ricorso a strategie di evitamento.

Infine questo studio ha valutato anche l'area riguardante la consapevolezza di malattia e aderenza al trattamento utilizzando il questionario Schedule for Assessment of Insight (SAI), per la valutazione della consapevolezza di malattia, dell'aderenza al trattamento senza però trovare dei cambiamenti significativi a 6-12 mesi. (20)

Un altro studio italiano, condotto dal 2004 al 2010 dalla Comunità di Cascina Verde ha voluto focalizzarsi, in modo particolare, sulla valutazione dell'outcome nel trattamento residenziale della DD.

Per l'indagine sono stati utilizzati due test, Structured Clinical Interview I e II (SCID I e II); il primo è un'intervista strutturata, mentre il secondo consiste in un test di valutazione della personalità, entrambi finalizzati alla formulazione di una diagnosi standardizzata secondo i cinque assi del DSM-IV. Inoltre è stato usato l'Addiction Severity Index, (EuropASI), uno degli strumenti più diffusamente conosciuti e utilizzati nell'ambito delle dipendenze che comprende nella sua strutturazione il focus della diagnosi, della valutazione e del trattamento riabilitativo di pazienti con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive. Si tratta di un'intervista semi-strutturata che pone il focus su diverse aree di potenziale criticità:

- area medico-sanitaria
- area del lavoro e del sostentamento
- area dell'uso di sostanze psicoattive
- area della situazione legale
- area delle relazioni sociali e familiari
- area psichica

Sono stati confrontati i dati dell'EuropASI rispettivamente all'ingresso in comunità e al follow up a distanza di 12 mesi e da questo confronto sono emerse differenze significative per le seguenti aree: altre sostanze psicoattive, relazioni sociali e familiari e area psichica, con punteggi che indicavano miglioramento. La diminuzione maggiore è relativa all'area psichica. Le altre aree non mostrano differenze significative.

A questo proposito però, la cura per le persone affette da DD è un trattamento lungo e complesso di cui il periodo residenziale/comunitario non può che essere solo un capitolo.(14)

3.4 Accesso ai trattamenti

L'Istituto di Medicina Statunitense (IOM) oggi chiamato National Academy of Medicine (NAM) definiva, alla fine degli anni '90, l'accesso all'assistenza sanitaria come l'uso tempestivo dei servizi sanitari personali per ottenere i migliori risultati sanitari possibili. (17)

L'esame dei dati del National Comorbidity Survey ha mostrato che tra le persone con disturbi mentali e disturbo da uso di sostanze concomitanti, nel corso della loro vita, meno del 40% ha ricevuto cure professionali e meno del 20% delle persone a cui è stata diagnosticata di recente ha ricevuto cure nei dodici mesi precedenti. (8)

Inoltre l'indagine epidemiologica nazionale sull'alcol e le condizioni correlate condotta, agli inizi del secolo, negli Stati Uniti d'America, dal NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III) ha evidenziato che l'ingresso ed il conseguente utilizzo del trattamento possono essere influenzati dall'etnia e dal tipo di disturbo mentale. La ricerca suggerisce che gli individui con DD accedono al trattamento a tassi diversi rispetto agli individui senza tali comorbidità. Il 20% delle persone con un grave disturbo di salute mentale svilupperà un disturbo da uso di sostanze durante la loro vita, ma solo il 7,4% di questi individui riceve un trattamento per entrambi i disturbi e il 55% non riceve alcun tipo di trattamento.

L'elevata prevalenza di persone con DD, il basso accesso al trattamento in questo gruppo, i fattori di rischio noti e la complessità della relazione tra tipo di disturbo, sfide strutturali e utilizzo del trattamento indicano la necessità di un maggiore accesso al trattamento per questa popolazione vulnerabile. (17)

La letteratura identifica due grandi categorie di barriere all'accesso ai servizi per le persone con DD. La prima viene identificata nelle caratteristiche personali del soggetto, in particolare nella vulnerabilità e nelle convinzioni personali. Infatti i sintomi associati a malattie mentali e assunzione di sostanze psicoattive concomitanti possono esacerbare la vulnerabilità individuale e fungere da barriere all'accesso al

trattamento. Ad esempio, le persone con DD, inclusa la psicosi, sono estremamente vulnerabili perché l'uso di sostanze spesso peggiora i sintomi della malattia mentale, crea instabilità psicosociale, abbassa la motivazione e diminuisce la loro capacità di cercare e accedere a cure. Mentre alla seconda categoria di barriere, appartengono le barriere strutturali. Uno tra gli ostacoli principali all'accesso al trattamento per le persone con DD, in particolare negli USA, è la disponibilità del servizio. In generale, mancano servizi specializzati per il trattamento di persone con DD (programmi residenziali o riabilitativi, cure ospedaliere intensive, ecc.). Un'altro ostacolo all'accesso al trattamento per le persone con DD è l'identificazione del disturbo. È comune che i professionisti possano identificare un disturbo da uso di sostanze o un disturbo di salute mentale, ma non la co-occorrenza di entrambi. A contribuire alla sotto identificazione del DD è la mancanza di una formazione sufficiente per identificare sia i segni e sintomi legati alla malattia psichiatrica, sia quelli legati all'abuso di sostanze.

Per quanto riguarda l'accesso al trattamento ci sono inoltre, notevoli disparità razziali ed etniche nell'accesso al trattamento per le persone con DD. Un'indagine sui detenuti tossicodipendenti nelle strutture correzionali ha stabilito che alle persone non di colore era più probabile che fosse diagnosticato un disturbo di salute mentale concomitante e avevano maggiori probabilità di ricevere consulenza per la salute mentale e cure per l'uso di sostanze rispetto a persone di colore alle quali non veniva diagnosticato un disturbo concomitante. In alcune tipologie di servizio sanitario, come negli Stati Uniti d'America, un grande ostacolo al trattamento è la variabilità delle polizze assicurative, e anche tra le persone che hanno un'assicurazione, le prestazioni assicurative sono spesso più generose per i servizi di salute mentale che per il trattamento dell'uso di sostanze, situazioni che sono possono essere diagnosticate, ma non trattate adeguatamente. (17)

Analogamente ad altri ambiti che riguardano la salute, negli ultimi due anni e mezzo, in particolare tra il 2020 e 2021, il Covid-19 ha portato con sé ansie, preoccupazioni,

incertezza, isolamento sociale, stress cronico, difficoltà economiche e altri problemi psicosociali che hanno gravato ed esacerbato le difficoltà di tutti, ma in modo particolare dei pazienti con DD. (26-27)

3.5 Discussione

Il termine doppia diagnosi (DD), pur non essendo una denominazione ancora unicamente accettata dall'autorità scientifica, è utilizzata in clinica per indicare persone con una dipendenza da sostanze psicoattive ed un concomitante disturbo mentale. Queste situazioni cliniche sono ritenute molto complesse per diversi motivi, con un alto impatto sulla qualità di vita delle persone. Lo scopo principale di questa revisione di letteratura era quello di verificare il livello di qualità di vita delle persone che convivono con una patologia complessa come la DD e gli interventi più adeguati per farvi fronte; tali interventi sono tipicamente erogati da un'equipe di professionisti con competenze diversificate, equipe dove ha un ruolo sostanziale l'infermiere che, proprio per le sue connotazioni professionali è l'operatore che più di altri mantiene continuità nel rapporto con la persona e la sua rete familiare e sociale. Elemento che nelle situazioni di cronicità, come è quella della DD, rappresenta l'elemento indispensabile, ma al contempo più fragile.

La letteratura analizzata, seppur legata ad esperienze circoscritte in contesti geografici diversi, appare nelle sue conclusioni abbastanza omogenea.

Emerge, in modo diffuso, come questa condizione clinica sia correlata a condizioni di vita complessivamente peggiori rispetto alle persone affette da uno solo dei due disturbi.

Soprattutto nelle aree di salute generale, funzionamento sociale, benessere emotivo e salute mentale risultano le maggiori compromissioni. Inoltre anche i tentativi di suicidio risultano essere più frequenti nelle persone colpite da questa condizione clinica. (15)

I pazienti che convivono con la DD molto spesso sono persone che non hanno una situazione sociale stabile, anzi, molti di loro sono senz'altro o hanno problemi con la

giustizia. (15-17)

La loro situazione non favorisce le relazioni sociali e la stabilità lavorativa, causando così disagio non solo sul piano strettamente medico-clinico, ma anche e soprattutto su quello sociale e lavorativo. La famiglia non sempre riesce a capire e quindi a sostenere il paziente, di conseguenza egli si trova spesso solo e non adeguatamente aiutato. (7-16-22)

Emerge come la complessità maggiore di questo tipo di paziente risiede nella mancata consapevolezza della malattia e della sua gravità. Questo limita di molto l'adesione al trattamento e quindi le potenzialità ad esso collegate e talvolta lo invalida totalmente. (22)

La qualità di vita risulta essere strettamente dipendente dall'aderenza al trattamento. In merito a questo viene segnalato come l'adesione sia influenzata da molteplici fattori che devono necessariamente essere considerati nello strutturare il percorso di cura. La mancanza di valori, anche spirituali, e di aspettative per il futuro, la difficoltà di accesso ai servizi (8-18-22), ma anche la mancanza di fiducia nelle istituzioni, per le convinzioni personali sugli operatori sanitari, rappresentano i fattori più frequentemente evidenziati dalla letteratura (17). Appare evidente che nei Paesi dove non è presente un servizio per la salute di tipo universalistico, l'accesso ai servizi sia un fattore di maggior gravità.

Di contro, per molti operatori sanitari impegnati nel settore, una delle cause principali della mancata aderenza al trattamento da parte di questi pazienti è da attribuire agli effetti collaterali degli psicofarmaci. (22)

I due soggetti impegnati nel processo di cura, curante e curato, devono lavorare per un fine comune infatti la letteratura, in modo sostanzialmente omogeneo, conferma che per favorire e facilitare il trattamento dei pazienti con DD è indispensabile che questo sia personalizzato, ossia consideri la personalità dell'individuo, le circostanze sociali e di vita, il carico di sintomi e quindi più in generale il background culturale di ogni paziente. (18)

Per evitare quindi di indurre o rinforzare nei pazienti, resistenze al cambiamento, occorre stabilire una solida base di fiducia, quell'alleanza terapeutica che faciliti un processo decisionale condiviso, un maggior investimento sul sé e quindi un aumento dell'autostima, ed al contempo un'aspettativa positiva nell'interazione.(12)

Questa globalità nell'approccio denominato Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT), ad oggi sembra essere il miglior approccio al trattamento dei pazienti con DD, questo perché prende in considerazione tutti gli aspetti di vita del paziente e non si limita a trattare solo l'aspetto strettamente sanitario.

Questo richiede che ci debba essere una indispensabile collaborazione tra le figure professionali che cooperano, all'interno delle strutture, per un fine comune. A proposito dei luoghi di cura, la comunità terapeutica (CT), secondo gli studi analizzati, aiuta nell'ottenimento di buoni risultati nel trattamento dei pazienti con DD. Sembra, infatti, che i pazienti che partecipano ai trattamenti in una CT mostrino ai vari follow up e alla dimissione, punteggi migliori per quanto riguarda: funzionamento generale, qualità di vita (in particolare nella salute fisica, dolore, ruolo sociale, stato emotivo e salute mentale), nella capacità di coping (14-18) e anche nell'uso di sostanze (14).

In particolare la comunità terapeutica modificata è una articolazione dove si sono ottenuti risultati più che promettenti nell'assistenza e trattamento di questi pazienti (17). Sono comunità caratterizzate da un setting più complesso, data la multi-problematicità e la multipla presa in carico della persona, con minore stimolazione e maggiore flessibilità in relazione alle caratteristiche individuali, con un maggior ricorso alla psicoterapia individuale. (20)

Nonostante una certa efficacia dimostrata da queste strutture, permane la scarsa collaborazione tra i servizi per le dipendenze e i servizi psichiatrici, che ancora tendono a focalizzare l'attenzione diagnostica e terapeutica solo su uno dei due disturbi, quelli di loro competenza; il permanere di questa divisione, più culturale che

propriamente strutturale, appare determinante per la mancata presa in carico e dei pazienti con DD che rischiano di “perdersi” tra i due servizi.

Pur a fronte di approcci con i quali è possibile ottenere risultati anche per questi pazienti molto complessi, permane un ostacolo rilevante rappresentato dalla possibilità di accesso ai trattamenti. Due le barriere prevalenti che vengono segnalate, la prima è legata alle caratteristiche personali della persona, in particolare alla sua vulnerabilità e alle convinzioni personali, una seconda è rappresentata dalle barriere strutturali.

La mancata disponibilità del servizio, la non identificazione del disturbo doppio dovuto spesso alla carente formazione specifica degli operatori sono alcune delle motivazioni; inoltre nei Paesi dove la possibilità di accesso alle cure è legata alla tipologia di assicurazione posseduta, proprio le persone affette da DD, prive di occupazione, spesso non riescono ad accedere alle cure. Sembrano esserci anche disparità di tipo razziale, che favoriscono il trattamento delle persone non di colore, rispetto a quelle di colore. (18)

A partire dal necessario coinvolgimento del paziente nel processo decisionale che porta alla cura, la letteratura suggerisce l'utilizzo di strategie diversificate. Tra queste l'uso della tecnologia sembra essere buona alternativa.

Esistono molte modalità con cui le tecnologie dell'informazione e della comunicazione possono migliorare il coinvolgimento delle persone e migliorare il trattamento: bacheche di messaggistica aperte, siti web terapeutici chiusi, telefoni cellulari ed anche flaconi di farmaci intelligenti che possono migliorare l'aderenza ai farmaci. (18)

In base alla personale, seppur breve esperienza presso il Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura e il Centro di Salute mentale, entrambi di Venezia, si è potuto notare come, contrariamente a quanto segnalato in letteratura, i vari servizi collaborino tra loro. Nonostante questo, anche per il periodo Covid, viene segnalato come la gestione di questi pazienti sia complessa ed impegnativa, così come rilevato in letteratura, con l'ottenimento di risultati spesso temporanei. La collaborazione e

l'integrazione del lavoro tra diverse figure professionali si sono dimostrati gli aspetti più centrali nell'attività quotidiana di assistenza ai pazienti con i problemi trattati.

CONCLUSIONI

La comorbidità di disturbi psichiatrici e di disturbi da uso di sostanze non deve essere pensata come una realtà rara e distante, perché ormai risulta essere una condizione diffusa in tutto il mondo. Questi pazienti sono estremamente difficili da gestire e non sempre è possibile ottenere dei risultati dagli interventi che si mettono in atto. Molto spesso ci si ritrova davanti a numerosi fallimenti terapeutici che condizionano la motivazione di operatori e pazienti. Questo può essere dovuto a una moltitudine di variabili che sono state trattate nei capitoli precedenti.

L'aspetto che viene ritenuto fondamentale per l'assistenza a questo tipo di paziente è la relazione di fiducia che si instaura tra operatore e paziente. Se per molti pazienti, non affetti da questa condizione clinica, il rapporto di fiducia è importante, per i pazienti con DD risulta essere indispensabile per poter sperare in qualche risultato. Nella personale esperienza di tirocinio presso l'unità operativa di Servizio di Cura Psichiatrico di Venezia ho sperimentato direttamente quanto questi pazienti siano complessi, e quanto il ruolo di chi assiste, sia esso medico, infermiere o altro, possa agevolare il processo di cura quando tra il paziente e l'operatore è presente una solida relazione di fiducia e rispetto reciproco.

La sola relazione però non basta. Il trattamento di questi pazienti richiede la capacità, da parte di tutte le figure professionali, di saper lavorare in team, di saper essere in grado di unire le forze e le competenze per raggiungere un fine comune, il benessere maggiore possibile per il paziente.

Un'altra questione che emerge anche dalla letteratura e che viene ritenuta cruciale è la mancata collaborazione tra servizi, in particolare, in Italia, tra Servizio per le Dipendenze, Centro di Salute mentale, Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura. Nella maggior parte dei casi i singoli servizi tendono a considerare e prendere in carico solo la patologia di loro competenza e molto spesso si assiste ad una sorta di "scarica barile" tra servizi. La disputa riguarda quale sia la diagnosi primaria e dunque, quale sia il servizio più adeguato per la presa in carico della persona.

I pazienti con doppia diagnosi hanno tassi di ospedalizzazione maggiori, spesso sono dei senzatetto, molti di loro tendono a commettere reati ed avere comportamenti aggressivi.

Sono quindi spesso persone indesiderate, scomode, senza appoggio familiare, isolate, con frequenti fallimenti alle spalle sia sul piano della vita che del trattamento.

È ancora più rilevante quindi considerare questi pazienti come persone, e per questo degne di vivere un'esistenza della maggiore qualità possibile, lavorando quindi su tutti gli aspetti della vita affinché nulla venga trascurato e garantendo continuità di presa in carico.

BIBLIOGRAFIA

- (1) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5).
- (2) World Health Organization. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization.
- (3) Clerici M, Bellio G et al. (2013) *Tossicodipendenze, comorbilità e “doppia diagnosi”*. Gruppo di lavoro SIP, Società Italiana di Psichiatria.
- (4) Pessina R., Santoriello C., Rossetto I., Di Giacomo E., Placenti V., Pescatore F., ... & Clerici M. (2019). *Possibilità e limiti dei servizi di psichiatria forense: legislazione e organizzazione in un’ottica internazionale e nazionale*. *Rivista di Psichiatria*, 55(6), 21-81.
- (5) Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2022, (dati 2021 - On. Fabiana Dadone)
- (6) Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), Anno 2020, a cura del Ministero della salute italiano.
- (7) Giampieri E, Alamia A, Galimberti GL, Tinghino B, Resentini M, Clerici M. (2013). *“Dual diagnosis” and use of healthcare resources in psychiatric care services. The experience of Monza and Brianza*. *Journal of Psychopathology*, 19, 199-207.
- (8) SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration), (2018) USA
- (9) Cibir M., Hinnenthal I., Nava F., & Ferdico M. (2011). *Focus su disturbi di personalità, schizofrenia, paranoia e isteria: il modello Soranzo*. Torino: SEED 2011.
- (10) Khantzian E. J. (2018) *Treating Addiction: Beyond the Pain*, The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc. Maryland.
- (11) Khantzian E. J. (2012). *Reflections on treating addictive disorders: a psychodynamic perspective*. *The American journal on addictions*, 21(3), 274–279.
- (12) Bonetti A., & Bortino R. (2014). *Follia, tossicodipendenza e bisogni della persona. La doppia diagnosi tra psichiatria e dipendenze*. Franco Angeli. Milano

- (13) McHugh RK e Weiss RD (2019). *Disturbo da uso di alcol e disturbi depressivi*. Ricerca sull'alcol: recensioni attuali , 40 (1). Alcohol Research
- (14) Farina F., Tagliabue S., & Sasso N (2013). *La valutazione dell'outcome nel trattamento residenziale della doppia diagnosi: un'esperienza di Cascina Verde*. Rivista Mission
- (15) Benaiges I., Prat,G., & Adan A. (2012). *Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates*. Health and quality of life outcomes, 10, 106.
- (16) Ferrer-Farré T., Dinamarca F., Mestre-Pintó J. I., Fonseca F., & Torrens M. (2021). *Dual Disorders in the Consultation Liaison Addiction Service: Gender Perspective and Quality of Life*. Journal of clinical medicine, 10(23), 5572.
- (17) Priester M. A., Browne T., Iachini A., Clone S., DeHart D., & Seay K. D. (2016). *Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review*. Journal of substance abuse treatment, 61, 47-59.
- (18) Dixon L. B., Holoshitz Y., & Nossel I. (2016). *Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update*. World Psychiatry, 15(1), 13-20.
- (19) Astrês Fernandes M., Jardel Feitosa Sousa K. H., Alves Fernandes S., de Sousa Ibiapina A. R., & Castelo Branco de Oliveira A. L. (2016). *Psychiatric comorbidity in dependent on crack and other drugs: case studies*. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE.
- (20) Salvi, V., Boccardo, F., Giannini, P., & Corulli, M. (2016). *Gli esiti del trattamento riabilitativo in comunità terapeutica: uno studio di follow-up*. Rivista di Psichiatria, 51(2), 66-71.
- (21) Theofilou P. (2013). *Quality of life: definition and measurement*. Europe's journal of psychology, 9(1).
- (22) Roncero C., Gómez-Baeza S., Vázquez J. M., Terán A., Szerman N., Casas M., & Bobes J. (2013). *Perception of Spanish professionals on therapeutic adherence of dual diagnosis patients*. Actas espanolas de psiquiatria, 41(6), 319–329.

- (23) Grecco G. G., & Andrew Chambers R. (2019). *The Penrose Effect and its acceleration by the war on drugs: a crisis of untranslated neuroscience and untreated addiction and mental illness*. Translational psychiatry, 9(1), 320.
- (24) Johnson J. E., Schonbrun Y. C., Peabody M. E., Shefner R. T., Fernandes K. M., Rosen R. K., & Zlotnick C. (2015). *Provider Experiences with Prison Care and Aftercare for Women with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders: Treatment, Resource, and Systems Integration Challenges*. The journal of behavioral health services & research, 42(4), 417–436
- (25) Kreyenbuhl J., Nossel I. R., & Dixon L. B. (2009). *Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature*. Schizophrenia bulletin, 35(4), 696–703.
- (26) Sher L. (2021). *Dual disorders and suicide during and following the COVID-19 pandemic*. Acta neuropsychiatrica, 33(1), 49–50.
- (27) Sun Y, Li Y Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, Kosten T, Strang J, Lu L and Shi J (2020) *Brief Report: Increased addictive Internet and substance use behavior during the COVID-19 pandemic in China*. American Journal on Addictions 29(4), 268–270.

ALLEGATO

Articolo, Autore, Anno	Studio	Campione	Obiettivo	Risultati
Benaiges, I., Prat, G., & Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. Health and quality of life outcomes, 10, 106	Studio trasversale	Sono stati arruolati 125 pazienti di sesso maschile di età compresa tra i 18 e 60 anni. Questi pazienti sono stati divisi in tre gruppi. Il primo gruppo era composto di pazienti con malattia psichiatrica, il secondo era composto da pazienti con Doppia Diagnosi e l'ultimo da pazienti con dipendenza patologica.	Lo scopo di questo studio è di valutare la qualità della vita dei pazienti con Doppia Diagnosi attraverso la SF-36 (Short Form 36-item) e confrontarla con gli altri due gruppi e con la popolazione spagnola normale secondo l'età media del campione.	Non sono state trovate differenze sostanziali per quanto riguarda le variabili demografiche, ma per quanto riguarda le variabili cliniche il gruppo di pazienti con Doppia Diagnosi assumeva più farmaci rispetto agli altri due, nello stesso gruppo ci sono stati più tentativi di suicidio rispetto agli altri due dove la percentuale era quasi nulla. Anche numero di sigarette giornaliere fumate e positività al test HIV si sono dimostrati più elevati nel secondo e terzo gruppo.
Farina, F., Tagliabue, S., & Sasso, N. La valutazione dell'outcome nel trattamento residenziale della doppia diagnosi: un'esperienza di Cascina Verde. Mission.	Studio sperimentale	La presente ricerca comprende la popolazione che ha partecipato al percorso terapeutico residenziale proposto dall'Associazione Cascina Verde dal 2004 al 2010. Tale periodo di tempo è stato considerato sufficientemente lungo perché le modalità di intervento interno alle comunità e gli strumenti di valutazione diagnostica somministrati fossero sufficientemente omogenei e confrontabili.	Due sono gli obiettivi: 1) osservare lo stato della popolazione che ha avuto accesso alle comunità di Cascina Verde nel periodo 2004-2010 con l'obiettivo di contribuire alla conoscenza epidemiologica del fenomeno e dei trattamenti erogati dai servizi nel settore della "doppia diagnosi"; 2) indagare gli esiti del trattamento relativamente all'esito del processo di cura.	Dal confronto tra i punteggi in ingresso in comunità e al follow up all'EuroPASI emergono differenze significative per i seguenti indici: area altre sostanze psicoattive, area relazioni sociali e familiari e area psichica. In tutti e tre gli indici i punteggi risultano minori al FU rispetto all'ingresso in comunità. La diminuzione maggiore è relativa all'area psichica. Il dato descrive quindi un interessante significativo miglioramento della situazione dei pazienti presi in considerazione nell'area dell'uso di sostanze psicoattive, delle relazioni familiari e sociali e dell'area psichica (con particolare accento su quest'ultima).

ALLEGATO

Salvi, V., Boccardo, F., Giannini, P., & Corulli, M. (2016). Gli esiti del trattamento riabilitativo in comunità terapeutica: Uno studio di follow-up. <i>Rivista di Psichiatria</i> , 51(2), 66-71.	Studio sperimentale	Ottantuno pazienti sono stati valutati all'ingresso e dopo 6 e 12 mesi di follow-up nelle seguenti aree: funzionamento, qualità di vita, regolazione emotiva, capacità di coping e consapevolezza di malattia	Scopo dello studio è quello di valutare l'efficacia del trattamento in CT in un gruppo di pazienti affetti da gravi disturbi psicotici e di personalità inseriti in una CT ad alta intensità terapeutica.	Al termine del follow-up si è riscontrato un miglioramento nel funzionamento globale dei pazienti, nella qualità di vita, nella messa in atto di comportamenti diretti al conseguimento degli obiettivi e in un minor ricorso a strategie comportamentali di evitamento. È tuttavia da segnalare l'elevato tasso di dropout dal percorso terapeutico in CT, che si associa a una diagnosi di disturbo di personalità e di abuso di sostanze.
Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. <i>Europe's journal of psychology</i> , 9(1).	Revisione della letteratura	La strategia di ricerca prevedeva una combinazione di parole chiave 'qualità della vita', 'definizione della QoL' e 'misurazione della QoL' nei titoli utilizzando i database Medline e Google Scholar.	Approfondire il benessere soggettivo e le condizioni che lo influenzano e allo stesso tempo fornire una completa comprensione degli indicatori oggettivi e di come influenzino l'esperienza personale di benessere.	Il documento evidenzia che i termini "Qualità della vita" e "benessere soggettivo" non siano, nella maggior parte dei casi, differenziati tra loro e quindi evidenziano una netta correlazione tra qualità di vita e salute correlata alla qualità di vita.

ALLEGATO

Roncero, C., Gómez-Baeza, S., Vázquez, J. M., Terán, A., Szerman, N., Casas, M., & Bobes, J. (2013). Perception of Spanish professionals on therapeutic adherence of dual diagnosis patients. <i>Actas espanolas de psiquiatria</i> , 41(6), 319–329.	On-line survey	169 operatori sanitari che operano in centri dove si possono curare i pazienti con DD (CSM, Ambulatori antidroga...) hanno risposto a domande riguardanti l'aderenza al trattamento dei pazienti con DD.	L'obiettivo di questo studio è determinare la prospettiva degli operatori sanitari sull'aderenza terapeutica tra i pazienti con doppia diagnosi	La maggior parte dei professionisti sostiene che il 29,8% dei pazienti non aderisca completamente al trattamento e il 39,15% aderisca solo parzialmente. Inoltre questi professionisti ritengono che la non aderenza al trattamento sia dovuta alla scarsa consapevolezza della malattia, agli effetti collaterali, alla bassa efficacia dei farmaci e alle complicate posologie.
Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: an integrative literature review. <i>Journal of substance abuse treatment</i> , 61, 47-59. (17)	Revisione della letteratura	Sono stati identificati 36 articoli che soddisfacevano i criteri di inclusione. I criteri di inclusione sono i seguenti: articolo in inglese, pubblicazione tra il 1993 e 2013.	Gli obiettivi di questa revisione integrativa sono: identificare e sintetizzare la ricerca sugli ostacoli all'accesso al trattamento per gli individui con Doppia Diagnosi e identificare in particolare modo quali popolazioni di questa malattia sono sotto rappresentate nella letteratura sull'accesso al trattamento	Secondo gli autori di questo articolo uno dei principali motivi per cui gli individui con DD possano essere meno coinvolti nel trattamento è la frammentazione del sistema assistenziale. In merito a questo argomento hanno evidenziato che i programmi di trattamento integrati, così come il trattamento di comunità assertivo, migliorano l'impegno iniziale e continuo nei soggetti con Doppia Diagnosi.

ALLEGATO

Dixon, L. B., Holoshitz, Y., & Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. <i>World Psychiatry</i> , 15(1), 13-20.	Revisione della letteratura	Sono stati selezionati articoli inerenti alle seguenti parole chiave: Coinvolgimento, recupero, schizofrenia, processo decisionale condiviso, cura centrata sulla persona, primo episodio di psicosi e alleanza	Questa revisione tratta di strategie terapeutiche emergenti che possono migliorare il coinvolgimento terapeutico nei pazienti con malattie mentali	Secondo gli autori di questo articolo uno dei principali motivi per cui gli individui con DD possano essere meno coinvolti nel trattamento è la frammentazione del sistema assistenziale. In merito a questo argomento hanno evidenziato che i programmi di trattamento integrati, così come il trattamento di comunità assertivo, migliorano l'impegno iniziale e continuo nei soggetti con Doppia Diagnosi.
Grecco, G. G., & Andrew Chambers, R. (2019). The Penrose Effect and its acceleration by the war on drugs: a crisis of untranslated neuroscience and untreated addiction and mental illness. <i>Translational psychiatry</i> , 9(1), 320.	Revisione della letteratura	Per svelare le origini e le complessità di questa crisi sanitaria, al centro della quale persiste un sistema sanitario comportamentale sempre più carente, questa rassegna esplora gli effetti sinergici di tre fenomeni interattivi di lunga data: l'effetto Penrose, la guerra alla droga e un fallimento nella traduzione della Neuroscienza della Doppia Diagnosi.	Lo scopo di questa revisione è spiegare i tre fenomeni interattivi quali l'effetto Penrose, la guerra alla droga e il fallimento nella traduzione della Neuroscienze, le loro dinamiche interattive. Questa ricostruzione, che implica un'integrazione più completa e tradizionale delle dipendenze e dei servizi di salute mentale, della formazione professionale e della ricerca, può essere cruciale per ridurre in modo decisivo le sfide gemelle della carcerazione di massa e della moderna crisi sanitaria comportamentale.	L'aumento dell'incarcerazione delle persone con dipendenza non trattata sembra esser esacerbato dalla mancanza di risorse terapeutiche per le malattie mentali e dalla ancor maggiore scarsità di servizi integrati di trattamento delle dipendenze nei malati di mente.

ALLEGATO

Johnson, J. E., Schonbrun, Y. C., Peabody, M. E., Shefner, R. T., Fernandes, K. M., Rosen, R. K., & Zlotnick, C. (2015). Provider Experiences with Prison Care and Aftercare for Women with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders: Treatment, Resource, and Systems Integration Challenges. <i>The Journal of behavioral health services & research</i> , 42(4), 417–436.	Studio qualitativo	I partecipanti erano 14 persone che lavoravano con donne che rientravano con COD all'interno di una prigione statale e di un sistema di assistenza sanitaria post scarcerazione.	Questo studio fa parte di una linea di ricerca incentrata sullo sviluppo di interventi di servizi comportamentali per le donne detenute con COD (in particolare con disturbi depressivi gravi e da uso di sostanze concomitanti) che si stanno avvicinando al rilascio nella comunità,	Le carceri e le cure per la salute mentale e per l'uso di sostanze hanno necessità di più risorse, e in particolare è necessario integrare gli sforzi dei sistemi di salute mentale, uso di sostanze e giustizia penale (inclusi carcere e libertà vigilata). È importante trovare modi per incentivare i sistemi sanitari comportamentali della comunità ambulatoriale affinché siano più facili e veloci per l'accesso delle donne che rientrano in comunità.
Kreyenbuhl, J., Nossel, I. R., & Dixon, L. B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. <i>Schizophrenia bulletin</i> , 35(4), 696–703.	Revisione della letteratura	Sono stati selezionati articoli che riportavano ricerche degli ultimi decenni riguardanti gravi malattie mentali negli Stati Uniti che richiedono un trattamento di salute mentale e le parole chiave utilizzate sono state abbandono terapeutico, malattie mentali gravi, strategie di coinvolgimento.	Esaminare l'entità e le correlazioni dell'abbandono del trattamento di salute mentale per le persone con schizofrenia e le strategie per facilitare il coinvolgimento del trattamento.	La giovane età, il sesso maschile, il background di minoranze etniche e il basso funzionamento sociale sono stati costantemente associati al disimpegno dal trattamento di salute mentale. Individui con concomitanti disturbi psichiatrici e da uso di sostanze, così come quelli con psicosi ad esordio precoce, sono particolarmente a rischio di abbandono del trattamento. Gli interventi per migliorare l'impegno nel trattamento della salute mentale vanno da interventi a bassa intensità, come i promemoria degli appuntamenti, a interventi ad alta intensità, come il trattamento di comunità assertivo.

ALLEGATO

Sher L. (2021). Dual disorders and suicide during and following the COVID-19 pandemic. Acta neuropsychiatrica, 33(1), 49–50.	Revisione della letteratura	Popolazione mondiale	Lo scopo di questo articolo è evidenziare gli interventi per ridurre i suicidi tra gli individui con disturbi doppi nell'epoca del COVID-19.	L'American Medical Association Issue Brief pubblicato il 20 luglio 2020 affermava che più di 35 Stati degli Stati Uniti hanno segnalato aumenti della mortalità correlata agli oppioidi durante la pandemia di COVID-19. La pandemia di COVID-19 può portare all'insorgenza di nuovi disturbi doppi, oltre che aggravare quelli già esistenti. Individui angosciati, ansiosi e depressi possono iniziare a fare uso di alcol e droghe. Tra le conseguenze più gravi di questa pandemia sarà l'aumento dei suicidi. Per ridurre i suicidi tra questi pazienti è necessario : migliorare il riconoscimento della condizione clinica di DD, trattare adeguatamente entrambi i disturbi, fornire supporto sociale e ridurre l'accesso a mezzi letali.
Sun Y, Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, Kosten T, Strang J, Lu L and Shi J (2020) Brief Report: Increased addictive Internet and substance use behavior during the COVID-19 pandemic in China. American Journal on Addictions 29(4), 268–270.	Online-survey	È progettato un questionario di autovalutazione per esaminare l'impatto del COVID-19 sul comportamento di dipendenza della popolazione generale. È presentato un questionario online e sono state raccolte le risposte al sondaggio durante il 24-31 marzo 2020.	Lo scopo di questo articolo è valutare i cambiamenti comportamentali auto-riferiti e le caratteristiche di utilizzo dell'uso di Internet, del consumo di alcol e del fumo prima e durante la pandemia.	Sono stati raccolti un totale di 6416 questionari validi (maschi/femmine: 47%/53%, età [media $\pm$ DS]: 28,23 $\pm$ 9,23). È emersa una maggiore dipendenza da Internet, e un aumento di consumo di alcol e fumo, inoltre ex-alcolisti (18,7%) e ex-fumatori (25,3%) hanno avuto una ricaduta.

