



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Neuroscienze – Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea triennale in
Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

**DOPPIA DIAGNOSI:
UN FENOMENO COMPLESSO IN EVOLUZIONE.
LA REALTÀ DI ROVIGO.**

Relatore: Prof.ssa Carla Cremonese

Laureanda: Celeste Martin

Matricola nr. 2047312

Anno Accademico 2023/2024

*A tutti coloro che mi hanno accompagnato ed hanno
creduto in me quando ero io a non farlo.*

*A chi mi ha supportato e sopportato nel mio essere e reagire,
nei miei sbalzi d'umore, nel mio essere pignola e perfezionista.*

A voi senza i quali sarebbe stato un temporale continuo.

Attraverso questa tesi si affronta il tema complesso della Doppia Diagnosi: un fenomeno eterogeneo caratterizzato dall'intersezione di peculiarità tra dipendenza e disturbo psichiatrico.

Il testo descrive l'analisi evolutiva di questo campo, si sofferma sui rapporti tra l'una e l'altra patologia e sui modelli e sugli indirizzi locali ed internazionali di trattamento. Si conclude con uno studio osservazionale della realtà di Rovigo, dove le peculiarità dell'utenza doppia diagnosi vengono approfondite e confrontate con quelle degli individui con la sola diagnosi di dipendenza.

L'elaborato, grazie all'analisi della popolazione del Ser.D. di Rovigo, ha l'obiettivo principale di caratterizzare l'utenza con comorbidità del distretto e di evidenziarne le differenze rispetto a coloro con il solo disturbo da dipendenza. Vuole facilitare la comprensione e la contestualizzazione specifica del contesto e generale di questo fenomeno.

Nella prima parte, di tipo compilativo e di esplicazione generica, si è ricorso alla letteratura scientifica sfruttando banche dati e riviste nell'ambito delle scienze, manuali diagnostici internazionali (DSM, ICD) ed altri trattati (libri, linee guida, testi normativi) contenenti delucidazioni sul tema. Nella ricerca quantitativa osservazionale della seconda parte, invece, si sono utilizzati i dati estrapolati durante il tirocinio, tramite il sistema informatico Ge.Di. e la collaborazione con il personale del Ser.D. di Rovigo.

Lo studio osservazionale prende in esame le diagnosi psichiatriche e di dipendenza, l'associazione tra queste e la terapia farmacologica delle persone con doppia diagnosi. Dai quali si notano: maggiore incidenza per alcuni quadri psichiatrici, come disturbi dell'umore e psicosi; tassi più alti di comorbidità specifica, ad esempio nel rapporto alcool e disturbo dell'umore/psicotico; predilezione di alcune classi farmacologiche (esempio: benzodiazepine, antipsicotici). Inoltre, espone un confronto, tra chi è seguito solamente dal Ser.D. e chi da entrambi i Servizi, relativamente a: sostanze (alcool compreso), percorsi residenziali e semi-residenziali, genere, istruzione, età, inizio del consumo e primo trattamento. Grazie a quest'ultimo emergono differenze significative

rispetto al tipo di sostanza utilizzata, alla diagnosi di dipendenza, agli accessi e alla durata di permanenza in strutture.

La Doppia Diagnosi rappresenta il sintomo della combinazione, secondo il paradigma bio-psico-sociale, di molteplici fattori. L'eterogeneità complica l'assistenza e la risposta dei Servizi costringendoli ad una ristrutturazione dell'organizzazione stessa. Queste persone necessitano di interventi integrati, personalizzati e continuamente rimodulati, tramite un efficace e costante scambio interservizio. Sebbene il rischio sia comunque alto, per alcuni disturbi la probabilità di accostamento è maggiore. Per tanto è importante attenzionare l'aspetto preventivo, oltre al trattamento.

Keywords: Doppia Diagnosi, evoluzione, nesso di causalità, trattamento, Rovigo.

INDICE

INTRODUZIONE.....	7
1 - IL PROCESSO LENTO DI NASCITA DEL CAMPO: EVOLUZIONE NOSOGRAFICA, FARMACEUTICA, ECONOMICA E DELLA SOCIETÀ.....	10
1.1 - EVOLUZIONE NOSOGRAFICA.....	10
1.1.1 - <i>ICD</i>	11
1.1.2 - <i>DSM</i>	13
1.2 - EVOLUZIONE FARMACEUTICA, ECONOMICA E SOCIALE.....	17
1.2.1 - <i>L'UTENZA MODERNA e le NUOVE CARATTERISTICHE</i>	21
1.3 - SEPARAZIONE DELL'ASSISTENZA.....	24
1.4 - DEISTITUZIONALIZZAZIONE.....	26
2 - L'INTERSEZIONE TRA I DISTURBI (NESSO DI CAUSALITÀ)	28
2.1 - ALCUNI STUDI SULLA CORRELAZIONE.....	33
2.1.1 - <i>Spettro della schizofrenia ed Abuso di sostanze</i>	36
2.1.2 - <i>Disturbo dell'Umore e d'Ansia con Disturbo da uso di sostanze</i>	39
2.1.3 - <i>Disturbi di personalità e Disturbo da Uso di Sostanze</i>	41
2.1.4 - <i>Disturbi del comportamento alimentare e Dipendenza da sostanze</i>	43
3 - L'ARTICOLAZIONE DEI PERCORSI DI CURA: I PRINCIPI, I MODELLI E GLI ELEMENTI COSTITUENTI DI UN APPROCCIO INTEGRATO	46
3.1 - MODELLO INTEGRATO.....	48
3.1.1 - <i>Interventi Evidence-based</i>	50
3.1.2 - <i>La messa in pratica dell'intervento integrato</i>	61
3.1.3 - <i>Elementi cardine di un percorso integrato per l'utente doppia diagnosi</i>	76
3.1.4. - <i>La recovery e l'orientamento dei percorsi riabilitativi</i>	78
4 – STUDIO OSSERVAZIONALE DELLA DOPPIA DIAGNOSI NEL DISTRETTO 1 DI ROVIGO.....	87
4.1 - METODI.....	88
4.2 - RISULTATI.....	90

4.2.1 - <i>Caratteristiche specifiche del campione 2 (Doppia Diagnosi)</i>	90
4.2.1 - <i>Confronto tra campioni</i>	95
4.3 - LIMITI.....	109
4.4 - DISCUSSIONE	110
CONCLUSIONI	114
BIBLIOGRAFIA	117
RIFERIMENTI NORMATIVI E LINEE GUIDA.....	125
SITOGRAFIA	125
ALLEGATI	127
RINGRAZIAMENTI	149

INTRODUZIONE

Il termine “Doppia Diagnosi” fa riferimento ad una condizione di compresenza, in una stessa persona, di un disturbo da uso di sostanze ed un disturbo psichiatrico. Nel 1995 l’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la Doppia Diagnosi come la: *“coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive ed un altro disturbo psichiatrico”*.

Il concetto viene introdotto alla fine degli anni '80 (Minkoff, 1989), l’espressione *“dual diagnosis”* vede la sua coniazione negli Stati Uniti (Solomon et al., 1993) costruendosi sulla separazione dei circuiti di assistenza tra coloro che soffrivano di disturbi psichiatrici e chi era affetto da dipendenza patologica.

Inoltre, va specificato che non si tratta di una “semplice” compresenza di diagnosi bensì sarebbe più opportuno parlare di “comorbidità”, in quanto tra i disturbi sussistono nessi psicopatologici e neurobiologici a livello sia eziopatogenetico sia di prognosi. Ci si trova di fronte ad un fenomeno complesso, articolato, eterogeneo dove un quadro influenza l’altro e, nei casi molto difficili, l’utilizzo della sostanza diviene parte del quadro sintomatologico.

L’eterogeneità della popolazione con disturbi mentali concomitanti, disturbi da uso di sostanze e, per tanto anche, doppia diagnosi fa sì che vengano inclusi gli individui con diverse malattie mentali, più o meno invalidanti.

La molteplicità può creare confusione e incomprensioni nei pazienti stessi, negli operatori dei singoli servizi e nel dialogo tra gli individui coinvolti nel percorso di cura (equipe, pazienti, familiari...). Può rendere più articolato il quadro, ma attraverso l’integrazione e l’ampliamento del punto di analisi si può sopperire a questa difficoltà favorendo la comprensione di tale complessità.

La doppia diagnosi è un costrutto che negli anni si è andato a delineare, a seguito di una sovrapposizione e concatenazione di processi. Questi sono separati e diversi tra loro per natura solo apparentemente; infatti, si sono rivelati intrinsecamente interconnessi mostrando come l’uno ha condizionato e modificato l’altro. Gli sviluppi possono essere isolati ed analizzati singolarmente ma per comprenderli a pieno risulta necessario, se non fondamentale, allargare la visione ad un contesto di insieme, più o meno ampio.

La correlazione del ruolo dell'abuso di sostanze, come emergerà anche più avanti nel testo, non è stata riconosciuta fin da subito, ma solo in un secondo momento quando si è cominciato a studiare e rendicontare sugli esiti negativi che si riscontravano in chi faceva uso. Un numero crescente di studi mostra come l'abuso faccia crescere la probabilità di ricaduta e riospedalizzazione, oltre a causare una non conformità rispetto ai farmaci in coloro affetti da disturbo psichiatrico. Inoltre, porta anche all'aumento dei comportamenti di violenza, della propensione a commettere reati e delle problematiche familiari, alla perdita dell'abitazione unita alla riduzione del funzionamento e ad un più alto rischio di contrarre malattie infettive.

Un'ulteriore problematica riguarda l'aderenza al trattamento. Se, rispetto a ciò, già vi sono degli ostacoli (mancato o parziale riconoscimento, il non considerare la malattia un problema, il non essere disponibili ad impegnarsi ad attuare il cambiamento necessario) nei casi di coloro che soffrono "solo" o dell'uno o dell'altro disturbo, quando ci si trova nella doppia diagnosi l'adesione risulta ancor più intaccata, con un tasso di drop-out maggiore, conseguente alla forte resistenza al cambiamento.

Come descritto successivamente, la comorbidità non deve essere analizzata da un solo e unico punto di vista, ma deve essere letta tenendo in considerazione i differenti possibili rapporti di causalità, che vanno identificati, del quadro psicopatologico e le plausibili cause che possono portare alla concomitanza dei disturbi. Le doppie diagnosi sono quadri eterogenei caratterizzati da una difformità a livello dei processi temporali (esordio, acuzie, remissione, ciclicità) e da una complessità nella comprensione dell'origine temporale e della provenienza dei disturbi.

Da quanto appena sopra riportato, emerge come per i pazienti "doppia diagnosi" sia al quanto necessario ed essenziale l'adozione di programmi peculiari ed integrati tra i servizi. Questa tipologia di utenza rappresenta una sfida all'assistenza, alla cura e solo attraverso l'integrazione sembra essere possibile garantire loro la miglior efficienza ed efficacia di trattamento.

Nel corpo di questo studio si cerca di vagliare, nel primo capitolo, quelli che sono gli sviluppi storici e attuali del fenomeno; per passare poi, nel secondo,

all'approfondimento dei nessi causali e della relazione tra disturbo psichiatrico e disturbo da dipendenza. Il terzo capitolo, invece, si sofferma a descrivere e approfondire l'inquadramento normativo locale e l'indirizzo internazionale per l'attuazione dei migliori interventi per questa tipologia di utenza. Infine, per apprendere e contestualizzare in modo più specifico, nell'ultimo capitolo, ci si addentra nell'analisi del contesto territoriale del Ser.D. di Rovigo (Distretto 1) grazie alla ricerca circa le peculiarità insite delle persone con comorbidità ed i tratti comuni e distintivi tra la popolazione afferente sia al CSM sia al Ser.D. ed i pazienti in carico in modo esclusivo al dipartimento delle dipendenze.

1 - IL PROCESSO LENTO DI NASCITA DEL CAMPO: EVOLUZIONE NOSOGRAFICA, FARMACEUTICA, ECONOMICA e della SOCIETÀ

Volgendo uno sguardo più ampio al processo di nascita e sviluppo del campo della doppia diagnosi è possibile analizzare come, negli anni, sia avvenuto un cambiamento di largo spettro che coinvolge sia la psichiatria sia la società. È indice di un'evoluzione, ancora attuale, delle conoscenze scientifiche e dell'approccio culturale a problematiche sia di ordine clinico-psicopatologico ma anche di carattere gestionale.

Riassumendo la panoramica, di seguito descritta in modo più approfondito, è quindi possibile identificare la nascita dell'ambito della doppia diagnosi come il frutto della diffusione delle sostanze illegali nella società, assieme alla modifica socio-economica e dell'orientamento degli Stati. Uno sviluppo al cui centro troviamo l'individualismo, il materialismo e l'emarginazione dei "non idonei" al lavoro.

A questa evoluzione si aggiungono due fenomeni concomitanti: l'adozione di un nuovo sistema diagnostico (DSM-III) e l'avvento della concezione biomedica della malattia mentale. Questi hanno permesso di effettuare studi epidemiologici della doppia diagnosi, ricerche e scoperte biologiche rispetto alla psichiatria.

Oltre a quanto appena elencato, la frammentazione dei servizi e della conoscenza e la deistituzionalizzazione sembrano essere importanti processi strutturali che hanno sostenuto la crescita in materia di doppia diagnosi.

1.1 - EVOLUZIONE NOSOGRAFICA

Oggi giorno, la moderna psichiatria si costruisce per mezzo di due sistemi nosografici di riferimento, le cui diagnosi sono convertibili tra loro: l'ICD (*International Classification of Diseases*) e il DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali). La corrispondenza tra i due nasce con finalità medico-statistiche: studiare l'epidemiologia e l'incidenza, facilitare la comprensione dei disturbi e il loro trattamento.

Se il DSM si sofferma sulla descrizione delle sindromi da un punto di vista comportamentale, l'ICD tiene in considerazione anche l'aspetto eziologico e del trattamento. Resta poi ai medici la scelta se usare l'uno o l'altro. Tra gli psichiatri

europei (francesi, inglesi e tedeschi) il manuale più utilizzato è l'ICD, fatta eccezione per l'Italia dove, nonostante le richieste dell'Organizzazione della Sanità, quello che maggiormente viene considerato è il DSM. Questa discrepanza sembrerebbe essere causata da un minor impegno da parte del Ministero della Sanità, del nostro Paese, nella diffusione della conoscenza dell'ICD e dell'uso di un sistema formale della diagnosi.

I sistemi standardizzati di classificazione e nosografia dei disturbi psichiatrici negli anni sono stati riformati e adattati, in risposta a cambiamenti sociali, culturali e di innovazione scientifica.

Gli approcci che si possono adottare sono di tipo categoriale e/o dimensionale. Il primo è utile ai fini statistici perché garantisce una raccolta più lineare dei dati (come, ad esempio, negli studi sulla comorbidità o sulla trasmissione familiare), ma incontra dei limiti nella comprensione dell'esperienza clinica e delle osservazioni, qualora si attui criteri troppo rigidi. L'approccio dimensionale invece organizza le manifestazioni cliniche in base alla quantità delle caratteristiche.

1.1.1 - ICD

Redatta per la prima volta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1893, la classificazione ICD corrispondeva alla "semplice" elencazione delle cause di morte. Dopo molteplici aggiornamenti, un'importante edizione è stata quella pubblicata del 1948 (ICD-6) all'interno della quale venne aggiunto l'indice di morbosità e vennero inclusi i disturbi mentali. Successivamente, dagli anni Sessanta agli anni Ottanta, è stato portato avanti un grosso lavoro, attraverso un coinvolgimento internazionale e interculturale, in termini di criteri di classificazione con il fine ultimo della riproducibilità della diagnosi.

L'attuale struttura generale vede l'incasellamento delle condizioni mediche in diciassette capitoli, basandosi su fattori quali l'eziologia, la posizione anatomica, il sistema corporeo e il contesto.

Le patologie psichiatriche sono contenute nel Capitolo V ed individuate attraverso un codice alfanumerico, la cui lettera identificativa è F. Rispetto alla metodologia classificatoria di questa sezione si è strutturato un approccio misto: considerata la scarsa conoscenza eziologica della maggior parte dei disturbi psichiatrici, la

base è prevalentemente descrittiva con solo qualche riferimento eziologico (es.: cause organiche, uso di sostanze, stress), quando certo.

La doppia diagnosi, nell'ICD, trova la sua collocazione all'interno della macro-categoria "Sindromi e disturbi psichiatrici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive". Il capitolo inquadra e classifica distintamente le patologie in base alla sostanza assunta (alcol – oppioidi – cannabinoidi – farmaci sedativi e ipnotici – cocaina – altri stimolanti, compresa la caffeina – allucinogeni – tabacco – solventi volatili – sostanze psicoattive multiple o altre sostanze psicoattive).

Le sotto-classi possono a loro volta essere specificate, in base alla condizione clinica, con le seguenti: intossicazione acuta, uso dannoso, sindrome di dipendenza, stato di astinenza, stato di astinenza con delirium, sindrome psicotica, sindrome amnesica, sindrome psicotica residua o ad esordio tardivo, sindromi e disturbi psichici e comportamentali di altro tipo, sindromi e disturbi psichici e comportamentali non specificati.

Per descrivere in modo ancora più puntiglioso, in alcune delle ultime specificazioni, elencate appena sopra, sono stati aggiunti ulteriori codici per indicare se la situazione è associata ad una complicanza (es.: con trauma, convulsioni, delirium, coma, dispercezioni...) o meno, descrivere lo stato attuale (es.: in astinenza con remissione iniziale/parziale/completa, in luogo protetto...) e il decorso (uso continuo/episodico), caratterizzare la sindrome psicotica (tipologia e altre sindromi particolari come il *flashback*).

Da quanto appena descritto emerge come, nella configurazione del manuale, troviamo capitoli pertinenti alle patologie psichiatriche diverse dalla dipendenza (alcuni esempi sono la schizofrenia, disturbi persistenti dell'umore, disturbi di personalità, ecc.) però non ve ne sono di specifici riferiti alle condizioni di "pura" dipendenza. Questa organizzazione permette l'unicità della diagnosi, ma non contempla una parità tra i due disturbi, in quanto il quadro psicopatologico viene legato, diventando secondario, all'assunzione di sostanze che, invece, assume il ruolo eziopatogenetico primario.

Inoltre, è l'ICD stesso ad esplicitare e motivare la scelta di adottare criteri diagnostici restrittivi, ovvero per ridurre la generalizzazione, pur ammettendo la

necessità di integrazione di questi qualora si volessero studiare i casi di sovrapposizione e i confini tra le diagnosi.

1.1.2 - DSM

Possiamo far risalire al 1952 la prima edizione del DSM (DSM-I), redatta dall'*American Psychiatric Association* (APA) su modello del ICD. Da allora si sono susseguiti aggiornamenti e ri-edizioni. Un'importante ristrutturazione fu quella del 1980 con la pubblicazione del DSM-III (terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali). La revisione aveva l'obiettivo di uniformare, quanto più possibile, il metodo di classificazione a supporto dello studio sistematico delle patologie, delle terapie psichiatriche e fornire un mezzo di veridicità.

L'adozione di un unico modello di psicopatologia e l'uso di una sola metodologia diagnostica, fondata su criteri, permise a medici e ricercatori psichiatrici di adottare un linguaggio comune, facilitando la comunicazione e supportando così i bisogni clinico-statistici. Rese più semplice la valutazione delle esigenze della professione e il trattamento di patologie particolarmente invalidanti e spesso confuse, come la depressione maggiore, il disturbo bipolare e i disturbi d'ansia.

Il DSM attua una classificazione prettamente categoriale con elementi dimensionali. Questa organizzazione gli permette di concepire che le diverse categorie di un disturbo non sono un'entità indipendente con confini netti; consentendo la formulazione di diagnosi multiple laddove le presentazioni soddisfano più di una specifica patologia. Tutto ciò restituisce flessibilità alla suddivisione, stimolando la ricerca di più approfondite informazioni cliniche ed accettando l'eterogeneità della presentazione della malattia.

La realizzazione di quanto appena descritto è il frutto delle revisioni più recenti (DSM-5), nelle quali si è attuato un sovertimento degli aspetti clinico-descrittivi e si è esplicitato il riconoscimento del fatto che è insufficiente relegare la diagnosi al mero elenco di sintomi. Viene apertamente dichiarato come i criteri diagnostici siano una linea guida da dover integrare con il giudizio clinico, considerando la storia clinica, i fattori sociali, psicologici e biologici. Il tutto continua, nel DSM-5-TR, assieme all'aggiustamento della terminologia che vuole essere più corretta, precisa e rispettosa dell'eterogeneità; nell'ottica di superare le ambivalenze e lo

stigma, anche attraverso aspetti antropologici e sociologici, sensibilizzando agli attuali cambiamenti societari, delle minoranze e dei fattori culturali.

Per quanto riguarda il campo della doppia diagnosi, proprio la terza edizione assume un ruolo estremamente rilevante data la propria partecipazione nella creazione delle basi in materia. Da lì in avanti, la dipendenza non è stata più considerata per la maggior parte come secondaria rispetto alle altre psicopatologie. Bensì, al contrario, comincia ad avere peso come disturbo primario indipendente, rendendo il suo inquadramento nosografico analogo a quello di altre malattie psichiatriche.

Soprattutto a partire dal DSM-5, il manuale, grazie alla forte autonomia data anche alla dipendenza, sembra essere il sistema nosografico che restituisce il miglior inquadramento alla doppia diagnosi. All'interno trovano spazio di illustrazione le condizioni legate all'uso di sostanze d'abuso (incluso l'alcool), ma anche quelle conseguenti a farmaci (psicotropi ed altri) e tossine ambientali in grado di agire a livello del sistema nervoso centrale con conseguenti alterazioni cognitive, emozionali e comportamentali.

Questo sistema nosografico ha un approccio di tipo descrittivo dei disturbi mentali e questo fa sì che i quadri sintomatologici, identificati attraverso elenchi di segni e sintomi, diventano la base per la categorizzazione della sofferenza psicologica assieme all'eziopatogenesi, alla prognosi e alla terapia. Da questa sua organizzazione ne è derivata la facilitazione della ricerca epidemiologica rispetto ai singoli disturbi psichiatrici, ma ha anche portato alla luce i tassi di prevalenza della comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da dipendenza da alcool e/o da altre droghe.

Nel 1990, il *National Institute of Mental Health* degli Stati Uniti ha condotto uno studio epidemiologico all'interno della comunità statunitense totale e della popolazione istituzionalizzata. Attraverso la sua indagine si è mostrato come, in chi soffre di un disturbo mentale, vi sia una prevalenza di insorgenza di un disturbo da dipendenza, nel corso della vita, del 29% circa. Mentre, il 37% di coloro a cui è stato individuato il disturbo da alcool aveva anche una malattia mentale concomitante. Il tasso di comorbidità maggiore (53%), però, è stato riscontrato tra le persone con disturbi da droghe (diverse dall'alcool). Oltre a ciò,

è emerso come nella popolazione carceraria l'indice di comorbidità era ancora maggiore, soprattutto in presenza di disturbo di personalità antisociale, schizofrenia e disturbo bipolare. Dimostrando così che gli individui affetti da patologie psichiatrica e da dipendenza hanno una probabilità significativamente elevata di trovarsi in una condizione di comorbidità (Regier et al. 1990).

L'interazione tra disturbi psichiatrici e uso di sostanze assume particolare rilievo nel DSM-5-TR, l'attuale edizione: il corposo e dettagliato capitolo dedicato consente, e facilita, la formulazione della diagnosi e la comprensione di quelli che sono i fattori di intossicazione, di abuso e di quelli specifici della malattia mentale. Inoltre, questa revisione è promotrice dell'unitarietà e dell'integrazione in termini di trattamento e Servizi dedicati, grazie all'illustrazione di quadri clinici caratterizzati dall'impossibilità di scindere in modo netto i due disturbi (da uso di sostanze e psichiatrico), in quando chiaramente e profondamente connessi. Emerge come, in questa versione, gli autori si sono concentrati per riuscire a realizzare uno strumento orientato verso una classificazione diagnostica più adeguata, focalizzandosi in termini di diagnosi differenziale e ragionamento clinico, offrendo anche alcune indicazioni di trattamento ed attraverso il perfezionamento della terminologia. Ad esempio, con la sostituzione di "primario", il cui significato storicamente ha portato con sé ambiguità ed errori, con il termine "indipendente". L'utilizzo di quest'ultimo, però, non sta ad indicare che il disturbo è indipendente da altri fattori causali come lo stress psicosociale o ambientale.

Nel particolare, in riferimento alla riorganizzazione del DSM-5, la distinzione tra le categorie di abuso e dipendenza è stata eliminata, per essere riunificata sotto una sola voce generale caratterizzata da un unico elenco di undici sintomi e misurata su un continuum, attraverso degli indici di gravità basati sui criteri sintomatologici manifesti (nr. di sintomi, frequenza/dose della sostanza usata, resoconto della persona coinvolta/esperti, osservazioni cliniche, *test* biologici). In questa nuova categorizzazione si è cercato di spiegare con più precisione, e in modo peculiare per singolo disturbo, i criteri diagnostici della tolleranza¹ e dell'astinenza², al fine di ridurre i disguidi rispetto alla differenza tra dipendenza³ e *addiction*⁴. Inoltre, è stato introdotto il *craving* (forte/irrefrenabile desiderio e ricerca compulsiva di una

sostanza/un comportamento, se non viene soddisfatto si va incontro a sofferenza psico-fisica) in qualità di criterio diagnostico.

All'interno del macro-capitolo dei "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*" vengono distinti i "Disturbi correlati a sostanze" e i "Disturbi non correlati alle sostanze". Nel primo sottogruppo, alla specifica sostanza chimicamente attiva (alcol – caffeina – cannabis – allucinogeni – inalanti – oppiacei – sedativi, ipnotici o ansiolitici – stimolanti – tabacco – altre, o sconosciute, sostanze) corrisponde una classe diagnostica a sé ("Disturbi correlati a..."), le quali però non sono totalmente distinte e scollegate tra loro. Inoltre, per ognuna è possibile dettagliare, attraverso degli specificatori descrittivi e di decorso, anche l'intensità (lieve, moderato, grave) e la fase (remissione precoce, remissione protratta), vi vengono descritti l'intossicazione⁵, l'astinenza, i disturbi mentali indotti⁶ (a loro volta categorizzati in base al disturbo stesso) e i disturbi correlati a quella sostanza senza specificazione.

Il secondo sottogruppo individua quelle che sono le "dipendenze comportamentali". Qui troviamo il disturbo da gioco d'azzardo (*gambling*), nel quale è evidente un'analogia di esito dei comportamenti di tale patologia: attivazione del sistema di ricompensa, generazione di sintomi comportamentali simili. Tra le dipendenze comportamentali sono state individuate anche altre sindromi (come la dipendenza da internet, gioco online, dipendenza da sesso, etc.), ma queste sono ancora in fase di studio. Verranno aggiunte quando ci sarà sufficiente letteratura basata su evidenze che permetta di stabilire criteri diagnostici e di descriverne il decorso, elementi essenziali per far sì che questi comportamenti ripetitivi possano essere categorizzati come disturbi mentali.

1 – Tolleranza: o assuefazione. È il bisogno di dosi della sostanza più elevate per raggiungere l'intossicazione/effetto desiderato oppure è la notevole diminuzione dell'effetto con la stessa quantità di sostanza.

2 – Astinenza: sindrome che si riscontra, in chi ha fatto un uso massiccio e prolungato di sostanze, quando si ha un calo dei livelli di concentrazione di quella stessa sostanza nel sangue o nei tessuti. Al fine di alleviare i sintomi che si manifestano, la persona è portata a cercare la sostanza. Determina un cambiamento comportamentale con aspetti fisiologici e cognitivi.

3 – Dipendenza: meglio identificata con il termine inglese "*dependence*", indica la parte fisico-chimica della dipendenza, causata sia dalle droghe che dai farmaci. Nasce quando l'organismo

necessita di una certa sostanza per funzionare e, all'assenza di quest'ultima, si generano delle alterazioni psichiche e fisiologiche. È sempre accompagnata dalla tolleranza.

4 – *Addiction*: è il termine che descrive la dipendenza psicologica e comportamentale. È lo “stato di disagio”, causato dall'assenza della sostanza, che spinge alla ricerca per alleviare questo stato e perché senza la vita continua, ma per la persona perde di significato.

5 – Intossicazione: problemi comportamentali clinicamente significativi e/o cambiamenti psicologici attribuibili agli effetti fisiologici della sostanza sul SNC. I criteri vengono descritti nella sezione specifica di ogni sostanza, caratteristica principe è la reversibilità della sindrome. Avviene sia in chi ha un disturbo da uso di sostanze sia in chi non ne soffre ma che comunque ha fatto uso.

6 – Disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci: manifestazioni sintomatiche, potenzialmente gravi e solitamente temporanee (scomparsa entro circa un mese dalla fine dell'astinenza acuta), dovute agli aspetti fisiologici di una sostanza (intossicanti tipici come l'alcool, etc., farmaci psicotropi, altri farmaci, tossine ambientali) sul sistema nervoso centrale, compresi i sintomi che si sviluppano durante l'astinenza da una sostanza che crea dipendenza fisiologica.

1.2 - EVOLUZIONE FARMACEUTICA, ECONOMICA E SOCIALE

All'interno dello sviluppo delle circostanze sociali vengono prese in considerazione anche il progresso farmacologico ed economico; in quanto questi si riflettono sia sulla diffusione, sulla cultura, sui motivi dell'assunzione di una sostanza sia sulla considerazione e presa di posizione nei confronti delle problematiche ad essa connesse.

L'inizio dell'evoluzione si può associare alla scoperta e all'uso medico della morfina. A cavallo tra il XIX° e il XX° secolo si comincia ad osservare, e descrivere, come l'uso iniettivo improprio di questo composto possa portare allo sviluppo di una dipendenza. Questa caratteristica porta i medici ad attenzionare maggiormente le dosi somministrate, coloro a cui delegano la somministrazione ed i sintomi collegati alla dipendenza da morfina. Ci si accorge che tra la dipendenza da morfina e da alcool vi sono aspetti in comune, ad esempio alcuni sintomi come l'insonnia, le allucinazioni, la mania e diversi tipi di nevrosi sensoriale. Sovrapponibile risulta essere anche la fluttuazione tra eccitazione e depressione che ha influenza sulla mente, determinando l'insorgenza di gravi depressioni, la riduzione della capacità e dell'inclinazione a lavorare ed a prendersi cura.

A partire dagli anni Venti, continuando negli anni Trenta e Quaranta, viene approfondito lo studio del “morfismo” e del “cocainismo” ed a riguardo vi nascono numerosi trattati di psichiatria, all’interno dei quali vengono descritti i possibili quadri. In particolare, Wimmer notò come non tutti i consumatori sviluppassero una dipendenza verso questa sostanza: c’era chi l’astinenza lo portava a soffrire rendendolo depresso, senza energie, altri invece la usavano per la mera ricerca del piacere.

Dagli anni Trenta si vede l’introduzione e la diffusione di nuove droghe, come le anfetamine. Non si parla più di “morfismo cronico”, in quanto il termine era legato specificatamente alla morfina ad iniezione ipodermica, bensì di “*euphomania*”, ovvero la condizione causata dalle diverse sostanze psicoattive e dai loro effetti euforici.

L’abuso di farmaci psicoattivi, negli anni Quaranta, diventa una problematica a coinvolgimento totale della popolazione; infatti, non è più “solo” un problema medico ma la droga comincia a diffondersi anche tra gli emarginati.

Questi fenomeni accentuarono i molteplici cambiamenti nella concettualizzazione e nella gestione delle sostanze e del loro consumo, con anche l’introduzione del reato penale circa il loro possesso.

La crescita del consumo di massa dei medicinali, secondo uno studio danese condotto da Knud O. Møller del Dipartimento di Farmacologia dell’Università di Copenaghen, era il frutto della troppo facile prescrizione da parte dei medici. Da ciò, negli anni Cinquanta, ne scaturisce un importante movimento di modifica della legislazione: in diversi Stati, viene imposto l’obbligo del possesso di una specifica licenza relativa alla prescrizione di tutti quei farmaci che possono creare dipendenza, qualora vengano usati impropriamente.

Il termine “*euphomania*” è utilizzato fino alla fine degli anni Sessanta e i primi anni Settanta, quando l’uso dell’anfetamina viene sostituito dal Butagin (un oppio sintetico simile al metadone) e l’espressione viene sostituita da “narcomania”, accompagnata da “abuso di droga”.

Si ritiene che, soprattutto nel periodo appena preso in considerazione, lo scenario della droga sta sfociando in un abuso che elude l’uso medico, assumendo una

caratterizzazione sociale. L'utilizzo delle sostanze entra a fare parte delle pratiche e delle interazioni della socialità.

La propagazione della problematica non si espande solo agli emarginati, alle classi più povere della società ed ai senzatetto, ma dai primi anni Sessanta coinvolge anche i giovani. In particolare, le droghe psichedeliche, come la cannabis e LSD, rappresentano una forma di resistenza verso le istituzioni che in alcuni casi è culminata nella costituzione di controculture, ad esempio gli hippie, nelle quali l'uso di sostanze rappresenta un supporto per il raggiungimento dell'emancipazione. I giovani, in quegli anni, rappresentano una sfida soprattutto per i loro comportamenti contro le autorità e per i modelli di consumo, ormai non più legati al "semplice" abuso di farmaci. Il problema da medico-psichiatrico diventa una difficoltà principalmente socio-psicologica.

A cavallo tra gli anni Sessanta e Settanta, viene messo in evidenza come l'uso problematico di droga compaia nei ragazzi con un vissuto di deprivazione e disadattamento sociale. Facendo così, si è portato alla luce il fatto che le sostanze rappresentavano un modo per affrontare la malattia mentale, la vita e la cultura in divenire.

La relazione tra il consumo di sostanze e il vissuto ha permesso di spiegare quanto l'essere membri e il senso di appartenenza ad un gruppo sociale sono fattori di sviluppo importanti, rendendo essenziale la risocializzazione, nel percorso, per dare un senso all'astensione o alla riduzione dell'uso. Sulla base di questo, si vede l'istituzione di un nuovo paradigma di trattamento che passa dall'essere di tipo coercitivo a volontario. Anche il *focus* cambia: dalla mera disintossicazione, lo scopo diventa il cambiamento del significato associato, dalla persona, all'utilizzo di sostanze psicoattive. Per riuscire in quest'ultimo passaggio, però, risulta essere fondamentale perseguire il "principio del trattamento volontario" rappresentato dalla motivazione al cambiamento.

Questa visione non è l'unica corrente di pensiero. In contrasto alla suddetta ideologia, che concepisce l'abuso come frutto dell'apprendimento sociale da trattare con la risocializzazione, negli stessi primi anni Settanta alcuni descrivono la tossicodipendenza come un desiderio indotto artificialmente e, come tale, richiede un trattamento, anche coercitivo, in istituti psichiatrici. Quest'ultima

concezione, tuttavia, non ottenne successo e non è stata perseguita dalle istituzioni e dai governi.

Guardando la scena complessiva di quel tempo, è possibile prendere coscienza che le droghe di preferenza sono la cannabis, l'LSD e le preparazioni di oppio importate da viaggi all'estero, non lo erano più "solamente" i farmaci psicoattivi sottratti al sistema medico. Nello stesso periodo comincia a nascere un mercato illecito di contrabbando e distribuzione delle sostanze contro il quale, le diverse legislazioni, si adoperano per la sua gestione e le eventuali sanzioni da erogare. In alcuni Stati, come ad esempio in Danimarca, viene introdotta la distinzione tra cannabis e altre droghe illecite, in riferimento alla loro detenzione per uso personale ed il reato di traffico e spaccio di sostanze stupefacenti.

La presa di posizione da parte degli Stati attraverso manovre giuridico-penali, per la riduzione dell'offerta, in concomitanza all'azione sociale, per il restringimento della domanda, risultano essere necessarie: a differenza del ventennio precedente, non si tratta più di un fenomeno marginale di un "ristretto" gruppo di persone, bensì l'uso sempre più allargato e comune diventa "semplicemente" il sintomo del cambiamento sociale in atto. Ad esempio, facendo riferimento al contesto americano, la frequenza di coloro che hanno provato droghe è salita di circa quarantotto punti percentuali nel corso del periodo che va dal 1960 agli anni Ottanta, passando da un tasso del 2% per arrivare al 50% della popolazione.

Successivamente, in riferimento alle cure, si struttura un ulteriore cambiamento della visione e un'apertura della presa in carico. Nel corso degli anni Ottanta, considerata la portata della problematica dell'abuso, viene sottolineata l'importanza del trattamento di tutti coloro che fanno uso di sostanze e non più solo di chi vuole, ed è in grado, di astenersi in modo immediato. Così facendo, si mira ad applicare la riabilitazione nei casi sia di astensione sia di uso in atto. Questo orientamento, inizialmente non condiviso, risultò poi essere estremamente utile con l'avvento dell'AIDS, per la riduzione del danno.

Il XX° secolo dei Paesi occidentali ha visto importanti cambiamenti della società e delle condizioni di vita.

Dapprima emerge una forte espansione caratterizzata da un aumento della ricchezza, concomitante alla comparsa di Stati sociali che investono nei settori

pubblici, al fine di perseguire la creazione di cittadini produttivi a sostegno del vigore della forza lavoro.

Successivamente, negli anni Sessanta e Settanta, questa spinta si affievolisce e comincia a trasformarsi anche il modello in cui una persona concepisce lo sviluppo personale e la sofferenza emotiva. Il valore dell'individuo, secondo il nuovo ideale, è pari a quello dei propri beni ed alla propria posizione nella società. Mentre, parlando dell'evoluzione del concetto di sofferenza emotiva, tra il XIX° e la prima metà del XX° secolo assume due accezioni differenti: positiva, prima, e negativa, poi. Secondo il modello positivo, la sofferenza può essere fonte di un guadagno inaspettato, avere un ruolo redentivo o di ponte tra un "posto" peggiore ad uno migliore. Il modello negativo, invece, la considera inutile, con poco valore e priva di scopo, vuota da qualsiasi nuova spinta particolare o intuizione e, pertanto, rappresenta un qualcosa da anestizzare ed eliminare. Avviene nel corso del XX° secolo la lenta "vittoria" della seconda prospettiva (modello negativo) sulla prima (modello positivo), all'interno della società moderna industriale, portando anche ad una modifica della percezione, della gestione e della sperimentazione delle esperienze di vita. L'affermarsi di questa modalità di spiegare e affrontare il malessere umano è andato di pari passo con l'avvento della medicalizzazione, attraverso la quale un sempre maggior numero di problematiche vengono spiegate da un punto di vista biologico e trattate farmacologicamente.

Inoltre, tra i numerosi cambiamenti societari avvenuti, emerge un movimento di trasformazione economica globale verso la costituzione di un sistema di mercato che frutta una nuova classe (il "precariato") caratterizzata da una maggiore insicurezza, incertezza e rifiuto delle tradizionali politiche.

1.2.1 - L'UTENZA MODERNA e le NUOVE CARATTERISTICHE

I processi evolutivi avvenuti, e che ad oggi persistono, hanno condotto ad una modificazione nell'utenza e nelle sue caratteristiche.

Nei primi anni Ottanta, è stata identificata una nuova classe di pazienti: i "*young adult chronic patients*". Loro hanno tra i 18 e i 30/35 anni e sono caratterizzati dalla non sperimentazione dell'istituzionalizzazione e da ridotti (giorni, settimane) o assenti periodi di ricovero.

Nonostante la variabilità diagnostica e di sintomi, è possibile riconoscere una comune difficoltà nel funzionamento sociale, conosciuta come “*social breakdown syndrome*” (sindrome da *breakdown* [disgregazione/crollo] sociale). Questa descrive uno status di profonda sfiducia, verso sé stessi e verso gli altri, accompagnata da sintomi come il ritiro, l'apatia, scoppi episodici d'ira e un conseguente deterioramento sociale e professionale. È emerso come questa condizione sia una modalità di risposta a fattori di stress sociali e/o ambientali, come malattie croniche, l'identificazione con il ruolo di malato, monotonia della routine, assenza di stimoli. Grazie a quest'ultima definizione, la famiglia e la società assunsero ruoli rilevanti nella formazione e persistenza dei comportamenti ripetitivi.

Questi giovani pazienti cronici, molti dei quali si drogano, non conoscono il fallimento, sono inclini all'isolamento o alla ribellione e alla continua migrazione tra luoghi ed esperienze. Verso i professionisti, ai quali si rivolgono, il loro atteggiamento è caratterizzato tanto da colpevolizzazione quanto da una ricerca di aiuto. Questi pazienti utilizzano impropriamente e solo occasionalmente i Servizi in quanto faticano a rispettare gli appuntamenti, non andandoci quando “stanno bene” e presentandosi solamente quando subentra una crisi. Lottano per “essere come i loro coetanei” in una guerra contrassegnata da riluttanza nell'accettare la propria disabilità e bisogno di cure continuative e nel riconoscere la vulnerabilità a quelle sostanze (esempio: alcool, marijuana ed altre) che i pari usano a scopo ricreativo. Di conseguenza, il pensarsi “come chiunque altro” ostacola l'aderenza al trattamento e restituisce una percezione di fallimento sociale, nel momento in cui non raggiungano degli obiettivi socialmente appropriati per l'età (istruzione, lavoro stabile...). Infine, tutto sfocia in comportamenti disfunzionali e, delle volte, aggressivi, come l'assunzione di droghe, la colpevolizzazione di sé stessi o la rabbia verso genitori, terapeuti, ecc. Dato l'ampio spettro diagnostico, è importante considerare il funzionamento della persona, concentrandosi anche sui bisogni sociali e non solamente sull'“etichetta” della diagnosi, lavorando per far sì che riesca a gestire ed ottenere la miglior qualità di vita possibile. Inoltre, si riconoscono alcuni aspetti trasversali, come i problemi nella costruzione di relazioni stabili e di supporto, l'elevata vulnerabilità

allo stress, l'incapacità o il rifiuto di imparare dalle proprie esperienze, la compromissione nella lettura dei ripetuti fallimenti di giudizio e nel trarre il buono della propria vita. Altri fattori comuni sono: il rischio suicidario, legato anche alla difficoltà del non vedere speranza nel futuro; il deterioramento emotivo e sociale, dato non solo dalle difficoltà di controllo degli impulsi e di modulazione degli affetti; la ricerca dell'automedicazione al dolore, causato da confusione e disperazione, con l'uso di alcool, droghe e farmaci.

Il ruolo rilevante delle sostanze è dimostrato attraverso la ricerca, già a partire dagli anni Ottanta, sulla connessione con le difficoltà socio-funzionali. Gli studi, come analizzeremo nel capitolo 2, mostrano la forte intersezione del consumo di droghe con i disturbi stessi, il modo di vivere e affrontare il dolore, le esperienze di vita e la psicopatologia, mettendo in luce il fatto che la prevalenza e l'incidenza della doppia diagnosi sono in continua crescita, a livello internazionale.

L'accostamento di "*young*" e "*chronic*" trova spiegazione nel loro essere "cronicamente giovani", una condizione di stallo nel passaggio dalla dipendenza infantile all'indipendenza adulta. Lo *step* di separazione dalla famiglia verso un'identità di adulto indipendente è la fase in cui spesso la sintomatologia comincia ad emergere. Proprio dalla difficoltà di scissione può nascere la necessità di delineare percorsi all'interno di strutture residenziali, i quali permettano lo sviluppo dei bisogni della persona. Questi, oltre ad offrire un luogo di sostegno, consentono di allontanarsi dalle dinamiche, dai conflitti familiari e dal carico delle ripetute aspettative fallite. Inoltre, potrebbero rappresentare l'occasione di un effettivo movimento delle dinamiche familiari stesse in quanto vanno ad alleggerire il carico genitoriale nella gestione e potrebbero prevedere l'inclusione di un trattamento familiare. Quest'ultimo i cui *target* sono: le loro sensazioni di frustrazione e fallimento, le modalità utili di relazione con i figli al fine di incoraggiarli verso un processo di separazione e autonomizzazione sana. La nuova utenza può non rispondere agli strumenti convenzionali, per tanto è necessario un continuo adattamento ed aggiornamento della pianificazione delle cure e del tipo di trattamento. L'attuale mutazione può essere destabilizzante e, allo stesso tempo, stimolante per il Sistema sanitario e assistenziale che deve

gestire nuove peculiarità e bisogni, con trattamenti sempre diversi e approcci differenziati.

La trasformazione più recente delle caratteristiche dei pazienti è stata ripresa anche nelle “Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti” (Semisa, Bellomo, 2022), le quali si appoggiano alla descrizione e alle riflessioni riportate dal sociologo e antropologo Bruno Latour nel 2020 in un suo breve saggio, intitolato “*Imaginer les gestas barrières contre le retour à la production d’avant crise*” (Immaginare gesti-barriera contro il ritorno alla produzione pre-crisi). Qui egli individua gli anni moderni con l’espressione “mutazione ecologica duratura e irreversibile” e li delinea come una fase di accavallamento di molteplici mutamenti socio-economici tra cui sono ricomprese la pandemia di Covid-19, l’emergenza climatica e di immigrazione, la bassa natalità e l’aumento dell’età media, la disoccupazione giovanile, la rivoluzione digitale, i nuovi sistemi di welfare e il mercato del lavoro. Ecco che quindi, le “Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti” riconoscono ufficialmente la ricaduta funzionale e sociale dell’interazione tra disturbo psichico e le condizioni ambientali, culturali, sociali e personali.

1.3 - SEPARAZIONE dell’ASSISTENZA

Il termine “doppia diagnosi” rinvia al modello organizzativo dei Servizi, di tutto il mondo, che si occupano della presa in carico dei disturbi psichiatrici e delle dipendenze. Le distinte classi patologiche hanno seguito, in passato, e tuttora seguono percorsi assistenziali separati, che solo raramente vengono ad incrociarsi.

In Italia, oggi, sono il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Dipartimento Dipendenze (DD) ad occuparsi della prevenzione, della diagnosi e del trattamento, rispettivamente, dei disturbi psichiatrici e delle dipendenze patologiche. La prima dichiarata distinzione, ed esclusione della dipendenza dalla psichiatria, avviene a seguito della Legge 685 del 1975; nella quale si sanciva la possibilità di ricovero, anche coattivo, della persona facente uso di sostanze in un reparto che, però, doveva essere diverso da quello psichiatrico.

Tale impostazione dei circuiti di assistenza da una parte garantisce l’approfondimento della specifica diagnosi, ma dall’altra, quando giungono

persone che soffrono di ambedue le condizioni patologiche, si incontrano dei limiti dati dall'eterogeneità dei casi. In aggiunta, è noto come la separazione dei Servizi abbia causato, o facilitato, l'uscita dai percorsi di trattamento di questi pazienti complessi. Quest'ultimo esito è dato dal fatto che gli individui, in una condizione di comorbidità tra la diagnosi psichiatrica e di dipendenza, venissero considerati di nessun sistema ed esclusi da entrambe le tipologie di programma. Oppure è provocato da un continuo rimpallo tra i Servizi, il quale non garantisce l'assistenza adeguata e necessaria per una condizione al quanto invalidante e che necessita di attenzione.

In diversi studi emerge come la competizione tra i modelli di trattamento e l'atteggiamento dei professionisti sia un fattore ostacolante verso il trattamento efficace della doppia diagnosi. Per esempio, è stato reso noto il fatto che gli psichiatri valutano più facilmente i pazienti con una diagnosi passata di dipendenza da alcool come difficili, con prognosi infausta, non conformi e meno bisognosi di ricovero. Un sondaggio australiano ha evidenziato un sotto-riconoscimento dell'uso di sostanze all'interno del gruppo di giovani che soffrono di depressione. Inoltre, si è visto quanto l'abuso di alcool e/o droghe risulta essere maggiormente stigmatizzante rispetto alla concomitanza con altri disturbi. Da qui appare chiaro che, per permettere una risposta migliore, si ha bisogno del cambiamento culturale anche all'interno dei Servizi, compresa la reciproca sottovalutazione, e della collaborazione tra questi (argomento centrale nel lavoro con la doppia diagnosi). Ma è anche necessario fronteggiare lo stigma corrisposto degli utenti di ambo i sistemi, la quale dovrebbe essere una preoccupazione comune.

Oltre ad una differenziazione organizzativa, vi è anche un *gap* nelle conoscenze e nei metodi.

Pur adottando un modello biopsicosociale, in psichiatria si enfatizza l'aspetto biologico e farmacologico in modo maggiore rispetto a quanto viene fatto nelle dipendenze, ricorrendo più "facilmente" alla prescrizione di farmaci. Al contrario, nel trattamento delle dipendenze si adotta, nel complesso, un approccio prevalentemente orientato a livello psicosociale questo derivante dal concetto che

non si può curare un problema di droghe con altre “droghe”, dove con queste ultime ci si riferisce ai farmaci.

La modifica del paradigma e l'assottigliamento della linea di demarcazione tra i Servizi vede il suo inizio solamente negli ultimi anni, quando si è cominciato ad avere: una concezione diversa della persona che sviluppa dipendenza, una clinica delle dipendenze patologiche ed un'impostazione simile alla psichiatria moderna, sia in termini di lettura del fenomeno sia rispetto all'intervento clinico vero e proprio.

1.4 - DEISTITUZIONALIZZAZIONE

La deistituzionalizzazione è il più fondamentale dei cambiamenti in psichiatria degli ultimi cinquant'anni. Si tratta della chiusura dei manicomi psichiatrici e della limitazione circa i posti letto per i ricoveri ospedalieri. È un processo ancora in corso, per tanto non si riesce a comprendere appieno il ruolo rispetto alla doppia diagnosi, ma il fatto che per entrambi non vi sia una precisa definizione e che l'uso di ambo i termini sia iniziato più o meno nel medesimo periodo, fa sì che si possa prendere in considerazione la possibilità della presenza di un nesso causale tra i due.

Quali sono stati gli eventi, i fattori e cosa è cambiato nel corso dell'ultimo secolo: sono i temi dei quesiti circa l'avvio di tale processo. Con uno sguardo al complesso storico, un insieme di diversi mutamenti si sono ipotizzati come chiave di innesco del movimento in oggetto.

Dallo studio della malattia psichiatrica emerge la rilevanza dei fattori ambientali, all'interno dei quali vengono inclusi, oltre alla povertà, alla violenza e al razzismo, anche le istituzioni e gli istituti dedicati a seguire l'utenza. In riferimento a questi, la critica solleva ed esplicita quanto, in realtà, sono parte della problematica e non la soluzione. Un esempio ne è la compromissione dell'autodeterminazione a seguito dall'isolamento e dall'estraneazione dalla società.

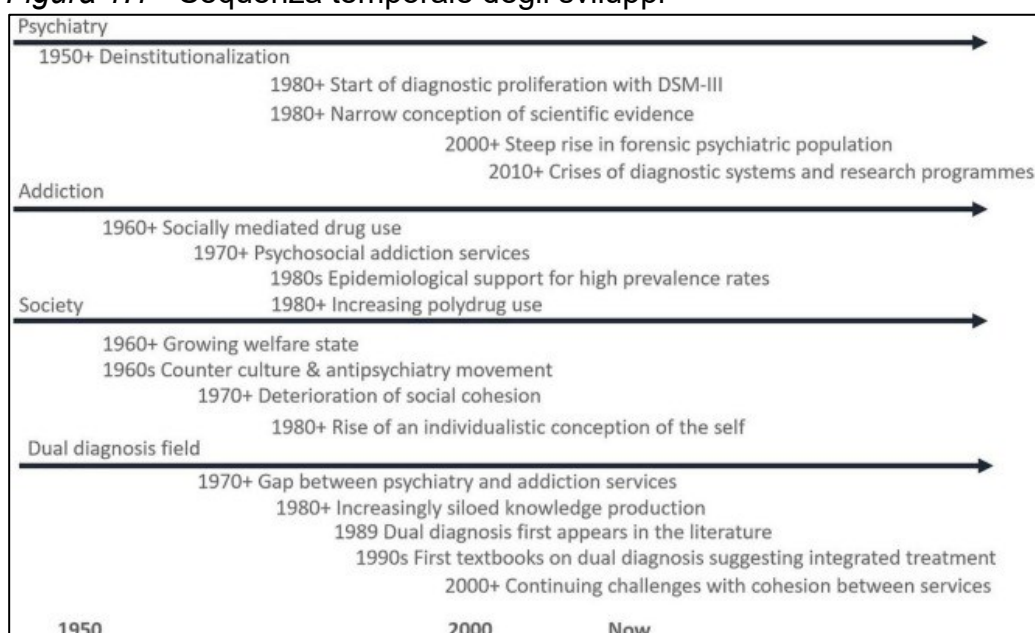
Anche le innovazioni dei trattamenti portarono al fenomeno di deistituzionalizzazione; nello specifico l'introduzione di una nuova psicofarmacologia e l'avvento dell'ambulatoriale come modalità di cura. Una critica che potrebbe essere mossa, rispetto alle prese in carico ambulatoriali e alla sostituzione dei manicomi, è il fatto che nonostante molti dei pazienti abbiano

tratto benefici, altri, maggiormente compromessi, al contrario abbiano abbandonato le cure e siano entrati in carcere o in case di cura, oppure siano diventati degli individui senza fissa dimora.

Inoltre, con la fine dell'istituzionalizzazione si ottiene un cambiamento rispetto all'applicazione delle cure. Se in passato la regola era l'obbligatorietà, ad oggi il regime prediletto è quello volontario. Tuttavia, esiste ancora la possibilità del trattamento obbligatorio, ma sussistono vincoli precisi, dettati dalla legge, per la limitazione e il controllo dell'applicazione di tali misure. Il 9 ottobre 2023 l'OMS e l'ONU (Organizzazione delle Nazioni Unite), nello specifico l'Ufficio dell'Alto commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, ha pubblicato le linee guida in termini di "Salute mentale, diritti umani e legislazione", all'interno delle quali viene condannato il ricovero coatto, la contenzione, il trattamento forzato e tutte le pratiche coercitive. Queste sono forti raccomandazioni che promuovono un approccio basato sui diritti umani, sul riconoscimento e rispetto della capacità giuridica degli individui, sulla vita condotta da sé e vogliono lavorare nell'ottica dell'eliminazione degli abusi psichiatrici, per la tutela dei pazienti.

Propongo la seguente immagine (Figura 1.1), tratta dall'articolo di Larsen JL, Johansen KS, Mehlsen MY per facilitare la comprensione dell'evoluzione temporale e, quindi, anche dei nessi causali degli sviluppi della psichiatria, della dipendenza, della società e della doppia diagnosi.

Figura 1.1 - Sequenza temporale degli sviluppi



2 - L'INTERSEZIONE TRA I DISTURBI (NESSO DI CAUSALITÀ)

Per facilitare la descrizione del quadro complessivo che caratterizza la doppia diagnosi, lo sviluppo e le fasi dei singoli disturbi possono essere separati e distinti, senza però dimenticare che tra loro conservano connessioni longitudinali nel tempo ed intersezioni. In questo contesto i due profili psicopatologici non sono più entità indipendenti, bensì la loro profonda relazione genera una nuova condizione, la quale si evidenzia essere qualcosa di più della semplice somma delle parti. Così facendo si costituisce un “complesso sindromico” che risulta in relazione alle due diagnosi e alle specificità sintomatologiche, assumendo al contempo anche caratteristiche autonome. Ne scaturisce l'essenzialità di approfondire la psicopatologia esistente prima e dopo l'uso di sostanze, con un corretto inquadramento.

Nel momento in cui ci si trova di fronte ad una casistica di doppia diagnosi, è di primaria importanza stabilire il rapporto e l'interazione tra le patologie. Identificare il nesso di causalità, tra il disturbo da uso di sostanze ed un altro disturbo psichiatrico, rientra tra quelli che sono i principali obiettivi nella clinica, come anche riportato dalle Linee Guida Regionali. Nonostante siano evidenti le problematiche nell'identificare il disturbo primario/secondario o il rapporto funzionale tra i due, fare questo è utile per riuscire a pensare ed attuare i trattamenti più idonei.

Quando il DSM-5 parla della diagnosi differenziale apre lo scenario a tre possibilità di interazione presupponendo, in alcuni casi, l'esistenza di un disturbo primario (ad oggi, il termine è stato sostituito con “indipendente” a seguito di pregiudizi, errori e di un utilizzo a scopo espulsivo dai Sistemi di cura). Il quale, nei confronti del disturbo secondario, è precedente, causa o si evince avere una sua posizione di prevalenza.

Le tre ipotesi di riferimento sono le seguenti:

1. Disturbo psichiatrico primario – Disturbo da uso di sostanze secondario

La patologia psichiatrica influisce sull'utilizzo di sostanze rappresentando un fattore di rischio per lo sviluppo di una dipendenza. Il quadro psicopatologico rende la persona più sensibile e vulnerabile agli stupefacenti, rendendo

l'utilizzo di questi il tentativo di *self-medication* (automedicazione) alla propria sofferenza psichica, come mezzo per affrontare i sintomi della malattia o gli effetti della terapia.

Accanto, in sostegno alla teoria dell'auto-medicazione, si sviluppa il modello di ipersensibilità. Quest'ultimo, elaborato a partire dal modello di vulnerabilità allo stress per la schizofrenia, presuppone l'esistenza di una vulnerabilità biologica legata alla combinazione di eventi genetici ed ambientali (traumi) precoci. Un'altra caratteristica, supportata dalla tesi di ipersensibilità, è la differente risposta ai farmaci ed alle sostanze: le sostanze, al contrario di quanto sono in grado di fare i farmaci, stimolano la sintomatologia psichiatrica. Così facendo si chiarisce similmente la forte reattività manifestata ad un consumo di droghe relativamente minimo. Attraverso alcuni studi si è potuto mostrare, che nella popolazione doppia diagnosi, sono sufficienti bassi dosaggi farmacologici per provocare sintomi clinici ed effetti negativi e, di conseguenza ipotizzare, che le persone affette gravi disturbi psichiatrici, specialmente schizofrenia e disturbi bipolari, siano meno capaci di gestire nel tempo l'uso moderato delle sostanze senza subire ripercussioni negative. Questa teoria è stata avvalorata grazie a risultati di ricerche, come ad esempio quella , condotta nel 1993, rispetto al consumo di alcool in soggetti la cui diagnosi primaria era la schizofrenia o il disturbo bipolare. Gli esiti dello studio, infatti, hanno portato alla luce che solo meno del 5% dei pazienti beveva alcool senza sviluppare un disturbo di dipendenza.

Pertanto, la predisposizione genetica ai disturbi psichiatrici, in base alla teoria di ipersensibilità, diviene sensibilità agli effetti (anche negativi) dei composti psicoattivi, con una maggiore possibilità di avere come esito un disturbo da uso di sostanze. Un esempio è il caso delle persone affette da ADHD, nelle quali la patologia sembra influenzare lo sviluppo neurobiologico associato al *craving*.

Pertanto, in questa situazione il disturbo da uso non è altro che un sintomo della psicopatologia, di conseguenza, attraverso la gestione della malattia psichiatrica, è possibile portare alla risoluzione anche della dipendenza.

2. Disturbo psichiatrico secondario

Il quadro psichico viene identificato come espressione, conseguenza diretta dell'abuso di sostanze, che esso sia cronico o acuto. Ad inficiare su gravità, durata e tipologia di psicosintomatologia sono proprio la gravità e la quantità del consumo. I sintomi psichiatrici, in questo caso, possono insorgere nel corso dell'intossicazione, così come dell'astinenza oppure tanto quanto nella fase di remissione.

Attraverso studi di *neuroimaging*, oggi giorno si è a conoscenza di come l'utilizzo di sostanze impatta, inducendo cambiamenti neurobiologici e creando danni irreversibili, sul sistema nervoso centrale (SNC) e diventando il determinante delle successive problematiche psichiche e comportamentali. Di conseguenza la psicopatologia non è altro che la manifestazione dell'azione neurobiologica del composto psicoattivo.

In appoggio a questa seconda ipotesi di causalità vi sono alcuni risultati di ricerche condotte sugli animali. Hanno mostrato come la ripetuta/continua somministrazione di sostanze psicotomimetiche (stimolanti, allucinogeni e cannabis) può condurre all'aumento della reattività comportamentale e di risposta, questo probabilmente causato dal ruolo delle catecolamine della schizofrenia e dei disturbi affettivi. Questa sensibilizzazione sembra essere il processo tramite il quale l'uso di sostanze può far precipitare i profili di schizofrenia e di disturbo bipolare.

A seguito di quanto sopra, da un punto di vista terapeutico, il cuore del trattamento qui risiede nel disturbo da sostanze. Tuttavia, non va data per scontata la risoluzione del quadro sindromico, e la regressione della condizione psichica secondaria, a seguito di un'eventuale sospensione dell'assunzione, data la capacità di alterare biochimicamente e da un punto di vista funzionale i circuiti neurocerebrali.

3. Disturbo psichiatrico e Disturbo da uso di sostanze in parallelo

Le due patologie (psichiatrica e dipendenza) risultano essere condizioni tra loro indipendenti nella genesi ed autonome, generando una clinica alquanto complessa e unica.

Se in alcuni casi emerge l'assenza di una correlazione tra i singoli disturbi, che risultano essere indipendenti, e l'associazione si contraddistingue nell'essere un evento casuale in cui le malattie sono semplicemente accomunate dall'aver picchi simili di età, distribuzione dell'esordio e di prevalenza. In altri può esserci una vulnerabilità ad ambo le patologie, dove cause e fattori specifici comuni (porto come esempio i seguenti determinanti: la vulnerabilità genetica, i fattori genetici, lo stress, i traumi e le esperienze negative infantili), possono provocare l'aumento del rischio di sviluppare uno e/o l'altro quadro. Quest'ultima tipologia di legame fa riferimento ai modelli bidirezionali, i quali postulano che uno dei due disturbi può causare la crescita della vulnerabilità all'altro. Tra i fattori comuni è stato identificato il ruolo del funzionamento cognitivo: sembra che la sua compromissione, soprattutto in termini di scarsa attenzione e intelligenza, possa accrescere il rischio per il disturbo da uso di sostanze, ma anche per un grave disturbo psichiatrico, in particolar modo la schizofrenia. Tra gli altri determinanti di rischio comuni vengono inclusi l'isolamento sociale, le scarse capacità interpersonali, l'insuccesso scolastico e professionale, la povertà, la mancanza di responsabilità del ruolo adulto, l'assenza di attività quotidiane strutturate, l'associazione in sottogruppi devianti e il vivere in luoghi dove ci sono tassi più alti di disponibilità alle droghe. Molti di questi elencati risultano essere collegati tra loro e di supporto vicendevolmente, per esempio le limitate abilità sociali possono portare a far aggregare i giovani a gruppi devianti, utilizzatori di droghe ed alcool e nei quali questo diviene la norma. La somma di più fattori di rischio fa salire la probabilità di sviluppo di una comorbidità ed inoltre in molti li riportano essere la motivazione del ricorso al consumo di sostanze.

In altre circostanze ancora, i disturbi psichiatrici possono slatentizzarsi a causa dell'utilizzo stesso di droghe ed alcool, si presume a causa delle modifiche neurobiologiche che inducono, ne è esempio il rapporto coesistente tra cannabis e psicosi.

Attraverso studi, che hanno analizzato l'associazione tra disturbi psichiatrici e da uso di sostanze, è stato possibile estrapolare quattro criteri, i quali aiutano nell'identificazione del rapporto di causalità. I criteri sono la familiarità, la sequenza temporale, le caratteristiche del disturbo indotto e il tipo di sostanza.

- *Familiarità e fattori genetici*

Si è analizzata l'incidenza familiare in diverse osservazioni, sia per quanto riguarda i disturbi psichiatrici sia nelle situazioni di dipendenza, rispetto non solo a familiari di primo grado (genitori, fratelli/gemelli, prole) ed è emersa l'effettiva esistenza di una predisposizione genetica a questi.

È stata riscontrata l'ereditarietà sia per quanto riguarda l'alcool, ma anche per la nicotina/tabacco ed altre sostanze (cannabis, cocaina, oppioidi). I risultati mostrano come la relazione genitore-prole nella dipendenza non è attribuibile alla mera esposizione diretta; per tale motivo, si ritiene la presenza di una componente genetica, mista a fattori ambientali, come un fattore predisponente e influenzante circa lo sviluppo del disturbo da sostanze. I determinanti genetici incidono sulla vulnerabilità all'abuso di sostanze in base alla relazione tra gli aspetti individuali e gli effetti delle droghe stesse (esempio: metabolismo, tolleranza, effetti collaterali, effetti cognitivi o psicologici, alterazione degli stati affettivi, emotivi o cognitivi, come la riduzione di stress, depressione o ansia). La trasmissione familiare può avvenire sia attraverso meccanismi specifici, come un'esposizione temporale maggiore o una più facile reperibilità della sostanza, sia aspecifici (comportamento genitoriale, discordia coniugale, stress, eventi negativi, deprivazione sociale, abusi).

Inoltre, numerosi studi hanno portato alla luce che la probabilità di avere parenti con un disturbo da uso di sostanze è maggiore nei pazienti doppia diagnosi, rispetto agli individui affetti dalla "sola" malattia mentale.

- *Sequenza temporale*

Ovvero identificare se e quale disturbo ha avuto un'insorgenza più precoce dell'altro, facendo riferimento all'intera storia clinica e non solo allo stato attuale. Questo perché spesso entrambi i quadri possono insorgere in modo graduale, senza una linea netta di demarcazione, con manifestazioni subsindromiche, anche precoci, rispetto al sopraggiungere delle patologie vere e proprie.

In ogni caso, solitamente viene considerato il disturbo "primario" quello che, per primo, ha fatto la sua comparsa.

- *Caratteristiche del disturbo psichiatrico indotto*

Queste subiscono cambiamenti in relazione alla specifica sostanza di cui viene fatto uso, per esempio in un disturbo d'ansia l'utilizzo di composti sedanti possono far sì che la manifestazione abbia un carattere depressivo. Il tipo di corrispondenza è dettato dal decorso temporale: se la psicopatologia cessa alla sospensione della sostanza, allora ecco che il quadro psichico viene considerato secondario al disturbo da uso di sostanze, il quale assume un ruolo principe. Mentre se, al contrario, la sintomatologia psichica persiste oltre un mese di astensione, deve essere considerato come un disturbo mentale indipendente e non indotto.

- *Tipo di sostanza*

Ogni sostanza ha caratteristiche specifiche ed effetti differenti l'una dall'altra. In comune hanno la capacità di influenzare i sintomi psichici, nella loro manifestazione e nel loro decorso, oltre a condizionare la risposta al trattamento farmacologico. Basandosi su questa attitudine, è stato costruito un assunto nel quale gli individui cercano le distinte sostanze a partire dagli effetti psicofarmacologici. Quanto descritto segue il modello dell'automedicazione e si tratta di un'ipotesi avanzata dello psichiatra armeno-americano Edward Khantzian. Lo specialista, ideatore della tesi, sosteneva l'idea che gli eroinomani utilizzassero l'eroina in quanto questa sembrava permettere loro una miglior gestione della rabbia e dell'aggressività, mentre i cocainomani sceglievano la cocaina perché alleviava la depressione, l'ipomania e l'iperattività. Eppure, la verità è che, da studi *self-report*, i pazienti riportano sì l'utilizzo di sostanze (alcool incluso) per la gestione dei problemi sociali, di insonnia, della depressione e delle condizioni legate alla sintomatologia psichiatrica, ma la maggior parte non riconosce l'effettiva relazione tra effetto e sintomo.

2.1 - ALCUNI STUDI SULLA CORRELAZIONE

Negli anni sono stati condotti degli studi per approfondire meglio il rapporto che si crea tra uno specifico disturbo psichiatrico e l'assunzione di quali particolari composti psicoattivi. Oltre alla malattia psichiatrica ed alla determinata droga-causa, emerge anche come alcune classi di sostanze vengano predilette in base

al quadro psichiatrico stesso, allo scopo e al momento del consumo. Tuttavia, a causa della forte popolarità in capo alla poliassunzione (definizione dell'OMS: *“uso di più di una droga o tipo di droga da parte del medesimo individuo, consumata contemporaneamente oppure in sequenza”*), non c'è ancora una corrispondenza esatta della correlazione sostanza-psicopatologia collegata e sono scarsi i riscontri riguardo al fatto se il tipo di sostanza abusata sia, o meno, fattore predittivo di diagnosi psichiatrica.

In uno studio prospettico, condotto negli anni Settanta, si prese in esame un campione di veterani maschi con una storia di ricoveri per abuso di sostanze. Ai primi test è stato appurato come i sintomi psichiatrici iniziali fossero indistinguibili e comuni (bassi livelli di sintomatologia, assenza di differenziazione tra consumatori di differenti droghe); tuttavia, alla conclusione del periodo di osservazione, questi uomini avevano sviluppato una psicopatologia coerente agli effetti farmacologici della sostanza prediletta: su undici assuntori di stimolanti, cinque avevano sviluppato una psicosi, mentre tra i quattordici consumatori di sostanze depressive, otto avevano manifestato un'importante depressione.

Tuttavia, il “limite” delle ricerche sulla comorbidità è il *gap* dei campi di studio, tanto è vero che negli anni sono stati esaminati prevalentemente i casi di doppia diagnosi con schizofrenia o disturbo dello spettro della schizofrenia. Questo, dal punto di vista clinico, può rappresentare un ostacolo, ma è anche un trampolino di lancio che stimola l'approfondimento attraverso nuove ricerche. In quanto, le varie patologie sono caratterizzate da differenze, in termini di funzionamento premorbo, funzionamento sociale successivo all'insorgenza del disturbo, deterioramento cognitivo e di decorso. Ad ogni modo, la letteratura presenta più studi anche in riferimento a disturbi affettivi, d'ansia e ai disturbi di personalità.

Nella letteratura le percentuali di comorbidità sono variegatae a causa delle differenze di campionamento, dovute alle difformità tra segnalazioni, ricoveri, durata di malattia e durata dei periodi a rischio. Adottare studi comunitari potrebbe rappresentare l'approccio più consono per superare questo *bias* nel campionamento, però va considerato che, così facendo, i gruppi-campione si riducono in conseguenza della bassa prevalenza del disturbo psichiatrico nella popolazione.

Tra gli altri aspetti da tenere in mente, quando si attuano le ricerche di comorbidità, individuiamo quelle che sono le definizioni diagnostiche. Quest'ultime caratterizzano in modo rilevante i tassi di comorbidità: qualora siano molto restrittive, gli indici scendono; al contrario, più le definizioni sono ampie e più alti sono i livelli di prevalenza. Così facendo si solleva la questione circa la validità diagnostica che risulta essere condizionata dallo strumento (interviste, strumenti sistematici, resoconti medici) utilizzato.

Dal 1960 sono molteplici gli studi portati avanti ad indagine della prevalenza dell'uso di sostanze in soggetti affetti da una sindrome psichiatrica e viceversa (persone con un disturbo da dipendenza che manifestano una patologia psichiatrica). In ognuno, le percentuali di comorbidità sono alquanto dissimili, ma significative. Un esempio sono i dati risultanti da una ricerca, pubblicata nel 2003, la quale si è interessata di una comunità del Regno Unito e delle manifestazioni psicopatologiche, comprese nel periodo tra il gennaio 2001 e il febbraio 2002. Da questa è emerso come, tra la popolazione psichiatrica, il 44% degli utenti ha segnalato un uso problematico e/o dannoso di droghe e alcool, mentre il 75% e l'85% delle persone seguite rispettivamente per tossicodipendenza e alcooldipendenza ha manifestato un disturbo psichiatrico.

Attraverso una revisione della letteratura, oggi si asserisce il fatto che il 20-60% dei pazienti, giunti ai Servizi, dichiarano l'uso di sostanze psicoattive; sembrerebbe con una frequenza maggiore per l'abuso di alcool rispetto alle altre droghe. Tuttavia, si è potuto osservare come tra il 47% e il 97% dei consumatori di oppiacei è stato diagnosticato un disturbo mentale. Attraverso una meta-analisi quantitativa, pubblicata nel 2002, si sono potute raggruppare le stime di prevalenza riuscendo ad estrapolare quali sono i disturbi prevalentemente diagnosticati: disturbi di personalità (42%), disturbi affettivi (31%) ed infine disturbi d'ansia (8%).

Volgendo lo sguardo alla realtà italiana, nel 2007 il progetto SIMI@Italia individua una comorbidità psichiatrica nel 22% delle persone in carico al Ser.D. (con tassi di variabilità fra i Servizi del 13-51%). Nel dettaglio, si possono osservare le seguenti diagnosi: disturbi di personalità (56%), psicosi affettive (18%), disturbi nevrotici e somatoformi (10%), psicosi schizofreniche (7%), altri disturbi (7%) e

stati paranoici (1%). Successivamente, restringendo l'analisi alla regione Veneto, alla fine del 2019, gli utenti doppia diagnosi in carico a Ser.D. e CSM sono rispettivamente l'8,7% e l'1%. Inoltre, il 49,3% ha problemi legati all'alcool, il 27% sono dipendenti dagli oppiacei, il 9% ha una dipendenza da cannabis e l'8% da cocaina. Per quello che riguarda le malattie psichiatriche si tratta prevalentemente di disturbi di personalità di cluster B (43%), psicosi (27%) e disturbi depressivi (18%). Sempre in Veneto, questi pazienti sono seguiti per lo più attraverso percorsi ambulatoriali (70%), mentre le frequenze dei progetti residenziali e semi-residenziali sono rispettivamente del 24% e del 6%.

2.1.1 - Spettro della schizofrenia ed Abuso di sostanze

Uno studio condotto dalla Società di Psichiatria Biologica nel 1996, attraverso un'intervista strutturata, ha indagato, in modo retrospettivo, l'esordio psicotico e il decorso della schizofrenia legata all'abuso di sostanze, sia in termini di sequenza temporale sia di sintomatologia. La ricerca ha analizzato un campione di 232 pazienti provenienti dalla Germania centrale, di età compresa tra i 12 e 59 anni tra il 1987 e il 1989. All'interno di questo, le percentuali di un abuso di alcool e di composti psicoattivi, precedente alla prima ospedalizzazione, sono rispettivamente del 24% e del 14%. Tra le sostanze utilizzate spicca la cannabis, ma frequente è la poliassunzione. È emerso un inizio più precoce dell'utilizzo di droghe rispetto al consumo di alcool e si è osservata una maggiore anticipazione dell'esordio psicotico e del primo ricovero per coloro che fanno uso di sostanze, rispetto a chi non ha una storia di abuso.

Dall'analisi della relazione temporale, in media, l'abuso di alcool risulta successivo al primo sintomo di schizofrenia, mentre per le droghe l'esordio è pressoché contemporaneo; sebbene, in entrambi i casi, l'abuso precede sicuramente il primo sintomo positivo. Esaminando la sequenza tra il primo sintomo di schizofrenia e l'inizio dell'utilizzo di sostanze, si sono individuate le seguenti casistiche, con entità alquanto simile: in circa il 27% degli individui si sono riscontrate problematiche con i composti psicoattivi precedenti all'esordio (l'abuso deve essere presumibilmente cronico per essere considerato fattore eziologico), in poco meno del 35% i primi segni di disturbo psichiatrico e abuso

sono comparsi insieme (entro il primo mese) e nel 38% dei casi i problemi con le droghe sono cominciati successivamente alla prima sintomatologia.

È inoltre emerso che, al primo ricovero ospedaliero, uno su quattro aveva già una storia di abuso di alcool alle spalle e uno su sette aveva un passato di abuso di droghe; in particolare, sarà un argomento trattato anche più sotto, la cannabis si è riscontrato essere la sostanza illegale più frequentemente usata dagli schizofrenici. La determinazione della sequenza temporale non può essere prova, ma può confutare le ipotesi causali. Sulla base di quanto descritto, è possibile ricollegare la teoria dell'automedicazione al solo caso in cui l'inizio del consumo è postumo all'esordio psicotico.

I sintomi positivi possono presentarsi in modo più evidente tra coloro che soffrono di schizofrenia ed abusano di sostanze, per esempio chi fa un importante consumo di alcool riporta maggiori allucinazioni uditive e deliri paranoidi. Restando nella tematica della relazione con l'alcool, si registra espansività da una parte e comportamenti autodistruttivi dall'altra: se i sintomi negativi sono indistinguibili tra utilizzatori e no, l'aspetto sociale risulta essere alquanto compromesso e spesso associato a conflitti. Spostandoci ora a parlare dei tossicodipendenti, la depressione manifestata appare essere più marcata in confronto a coloro che non abusano.

Molti studi dimostrano la connessione tra la dipendenza da cannabis e la schizofrenia, attraverso un'analisi retrospettiva di lunghi intervalli temporali di piccoli campioni. Sono maggiori i tassi di un abuso precedente all'esordio psicotico, rispetto al numero di coloro per i quali la sequenza risulta essere invertita e questo fa dedurre che la cannabis potrebbe essere un fattore di rischio per la schizofrenia. Gli utenti schizofrenici che fanno uso di cannabis sono per lo più giovani con la tendenza ad un maggior numero di ricadute psicotiche, suggerendo così la possibilità di una più marcata vulnerabilità al tetraidrocannabinolo (principale composto psicotropo della cannabis). Questo composto comporta un aumento dei sintomi positivi, dal delirio in fase di intossicazione alla paranoia acuta, ed intacca l'aderenza al trattamento. Attraverso una meta-analisi, pubblicata nel 2010, si è potuto constatare come i tassi di dipendenza da cannabis, in un disturbo dello spettro schizofrenico, sono

più alti tra i giovani pazienti (<30 anni) ed al primo episodio; la presenza di comorbidità ha frequenza del 16% allo stato attuale e del 27% nel corso della vita. Questi dati, forniti da 16 Paesi differenti, sono stati estrapolati da un intervallo di tassi di compresenza, della dipendenza da cannabis nella schizofrenia, che va dal 13% al 45%.

Uno studio di coorte (*Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS)*) portato avanti in Veneto nel 2013 ha coinvolto pazienti con psicosi al primo episodio, tra questi è stata riscontrata una positività al consumo di sostanze nel 20,3% dei casi, con una preferenza per cannabis (19%), cocaina 3,9% ed allucinogeni (3,9%). In relazione alla quantità di cannabis consumata, è emerso un rischio dalle due alle quattro volte maggiore di sviluppare psicosi rispetto alla popolazione generale. Analizzando il ruolo della cannabis e i livelli di sintomatologia non si sono osservati aumenti dei sintomi positivi, ma si sono registrati livelli meno gravi di depressione. Tuttavia, anche in questa ricerca, l'esordio si manifesta ad un'età più precoce tra coloro che fanno uso di cannabis piuttosto che tra persone astinenti, supportando l'ipotesi del ruolo causale di tale sostanza nella precipitazione dei quadri psicotici.

In una recente revisione sistematica (2024), circa la modulazione del rischio e dell'esito della psicosi, sono stati intersecati il sistema della risposta allo stress (asse ipotalamo-ipofisi-surrene [asse HPA]) e il sistema cannabinoide, che fino ad allora sono stati studiati singolarmente. Questa rivela come il tetraidrocannabinolo (THC) amplifichi le preesistenti anomalie dell'asse HPA e l'impatto dell'esposizione allo stress sullo stesso asse, con la conseguente modifica della risposta dopamina-cortisolo allo stress e dello stato dopaminergico, correlato alla psicosi e alla gravità dei sintomi. Anche il THC induce una sintomatologia più grave, soprattutto tra chi ha una storia di traumi infantili. Sia lo stress e la sua percezione sia il trauma infantile mostrano un potere condizionante sul sistema endocannabinoide, in relazione alla quantità di cannabis consumata e al livello di rischio di psicosi. L'interazione tra i sistemi deve essere meglio approfondita attraverso studi longitudinali circa la progressione di malattia, per capire se la reciproca influenza è un aspetto specifico della psicosi o se è qualcosa di più generale, di altre situazioni cliniche; anche se è chiaro come

l'interruzione precoce dei due meccanismi biologici causa quadri più difficili di psicosi. Mentre, merita maggiori indagini il cannabidiolo (un altro componente della cannabis), il quale non mostra effetti diretti sui recettori cannabinoidi, bensì un'azione modulatoria sui sistemi dopaminergico e cannabinoide con esiti antipsicotici nel trattamento precoce. La ricerca, quindi, mette in luce le alterazioni a carico dei sistemi e della comunicazione delle strutture, sebbene il complementare meccanismo dei due sistemi sia da approfondire.

Sono state osservate influenze temporali e di luogo che hanno condizionato la differenziazione di comorbidità tra Paesi negli anni, come è accaduto ad esempio tra i pazienti schizofrenici americani, dal 1990 al 1992, tra i quali si è registrata un'inversione nel *trend* dei livelli di abuso di cannabis, in diminuzione, e di cocaina, in crescita. La variabilità geografica e dei modelli sociali è alquanto rilevante, di peso, come noto da studi europei attraverso i quali è emerso un *gap* tra le percentuali di abuso europee (minori) e nord americane (maggiori).

Nonostante la variabilità, data dalla metodologia di diagnosi e da altri fattori (temporali, ambientali...), rimane chiaro ed evidente il tasso di frequenza della comorbidità tra abuso di sostanze e schizofrenia, per tanto è inevitabile pensare alla possibilità di una relazione causale. Per comprendere meglio la relazione, è possibile anche esaminare le caratteristiche dei sintomi: sembrerebbe che, in una condizione di doppia diagnosi di questo tipo, i sintomi affettivi/depressivi e la gravità dei problemi nel comportamento sociale si presentino in modo più manifesto, rispetto ai sintomi negativi; persistono controversie sul tema della quantità e della qualità dei sintomi positivi.

2.1.2 - Disturbo dell'Umore e d'Ansia con Disturbo da uso di sostanze

In letteratura è noto lo stretto collegamento tra il disturbo da uso di sostanze con i disturbi dell'umore, in particolare con il disturbo bipolare di tipo I, e i disturbi d'ansia. Inoltre, i risultati sembrano mostrare una diretta relazione tra la comorbidità e la gravità del consumo di sostanze.

Tra i ricercatori c'è discordanza nello stabilire in modo univoco quale condizione provoca la seconda. Alcuni sostengono che è l'uso di sostanze a causare direttamente l'ansia, la depressione e le altre problematiche di salute mentale; altri, al contrario, individuano il disturbo psichiatrico come fattore portatore alla

dipendenza, attraverso tentativi di automedicazione. Tuttavia, revisionando la letteratura si può osservare una forte disomogeneità di relazione, mostrando la bidirezionalità delle influenze causali. Quello che però limita la possibilità della ricerca di individuare un solo meccanismo di comorbidità è l'ampio portafoglio dei sottotipi di disturbi e la loro eterogeneità. Basti pensare alle caratteristiche individuali ed ai fattori di rischio associati ed a quanto possono essere ampiamente differenti all'interno di uno stesso insieme di influenze sociali, contestuali e dell'umore.

Uno studio condotto dall'organizzazione scientifica internazionale ICPE (*International Consortium in Psychiatric Epidemiology*), alla fine degli anni Novanta del Novecento, ha indagato: la relazione dei disturbi da uso di sostanze (alcol incluso) con i disturbi d'ansia, dell'umore, della condotta e il disturbo antisociale di personalità; l'associazione tra la gravità dell'uso di sostanze e il numero di disturbi psichiatrici in comorbidità; i modelli di insorgenza nei disturbi dell'umore e d'ansia, in riferimento al consumo di droghe o alcol e la dipendenza. Il gruppo di lavoro ha utilizzato il Canada, la Germania, il Messico, i Paesi Bassi e gli Stati Uniti come bacino per la raccolta dei dati, individuando un campione di persone tra i 14 e i 64 anni. Tra i disturbi dell'umore sono stati compresi il disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore e la distimia; mentre per quanto riguarda le condizioni legate all'ansia sono stati inclusi il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo di panico e i disturbi fobici.

Nel 20% di coloro con problemi di alcol e nel 26% di quelli con dipendenza da alcol è stata riscontrata la presenza in anamnesi anche di un disturbo dell'umore. I tassi risultano maggiori nell'associazione dei problemi e della dipendenza da alcol con una storia di disturbi d'ansia, rispettivamente il 25% e il 32%. Partendo dalla condizione di tossicodipendenza, si è osservato come, in media, le percentuali di compresenza con un disturbo dell'umore e d'ansia sono rispettivamente il circa 35% e il 45%.

Inoltre, emergono alcune differenziazioni tra individui di sesso diverso: ovvero la compresenza tende ad essere maggiore nel sesso femminile, soprattutto quando si vagliano quadri meno gravi dell'uso di sostanze (alcol compreso).

In generale, la comorbidità tra un disturbo psichiatrico e un disturbo da uso di droghe, secondo i dati di questa ricerca, è più frequente rispetto a quella con i disturbi da alcool. In tutti i siti oggetto di analisi è stato visto come, in un maggior numero di casi, l'insorgenza del disturbo d'ansia (44-100%), rispetto alla manifestazione di un disturbo dell'umore (30-57%), sia precedente all'uso problematico o alla dipendenza da sostanze (alcool escluso). Similmente, ma con percentuali mediamente minori, accade anche per quanto concerne l'uso problematico e la dipendenza da alcool come evento posteriore alla comparsa del disturbo d'ansia (46-77%) e dell'umore (26-55%). Tutto ciò parrebbe essere concorde con l'aspetto dell'automedicazione: alcool e altre classi di sostanze, con i loro effetti depressivi, sembrano portare con più facilità un maggior sollievo all'ansia.

Tra gli altri risultati ci si è resi conto di come la comorbidità sia già visibile a partire dalla prima età adulta, questo legato all'ansia ed al suo ruolo in adolescenza/prima età adulta; invece il legame depressione-alcool può insorgere anche più avanti con l'età. Una delle conclusioni, alle quali si giunge attraverso la ricerca, è la necessità di attenzionare i disturbi d'ansia con la finalità di prevenzione per il rischio di dipendenza da sostanze.

Questo studio coinvolgendo siti geografici diversi, con differenti condizioni sociali, culturali, politiche ed economiche, ha permesso di analizzare anche il ruolo del contesto nell'abuso delle sostanze. La somiglianza degli esiti tra aree distinte rivela modelli di comorbidità simili e rende chiaro come l'associazione tra le psicopatologie, in termini di fattori di rischio e sequenza, non è cultura-specifica.

2.1.3 - Disturbi di personalità e Disturbo da Uso di Sostanze

Tra i disturbi di personalità e di dipendenza sussiste da sempre una difficoltà nell'individuazione della diagnosi dell'uno e dell'altro, a causa della sovrapposizione di alcune caratteristiche (come le relazioni interpersonali precarie e deficitarie, l'identità instabile e poco coerente, i comportamenti sociopatici con la frequente impulsività ed il coinvolgimento in attività criminali) che possono condurre ad una sovrastima diagnostica, in particolare per quanto riguarda il disturbo antisociale.

Il tasso di comorbidità appare rilevante per tutti e tre i *cluster* dei disturbi di personalità, sebbene sia possibile identificare un ordine di prevalenza tra questi. Al primo posto riconosciamo il *cluster* B (soprattutto disturbo borderline, istrionico e antisociale), seguito dal *cluster* C (in particolare disturbo di personalità dipendente ed evitante) ed infine, meno rappresentato ma comunque con significativa comorbidità, troviamo il *cluster* A (specialmente il disturbo schizotipico di personalità).

Nel disturbo borderline si registrano percentuali variabili (57-78%) di prevalenza della dipendenza da sostanze con variazioni anche a seconda del composto psicoattivo: maggiori per la questione della dipendenza da alcool e inferiori rispetto alle droghe. La caratteristica comune di questi pazienti doppia diagnosi è il livello di impulsività, il quale traspare essere più elevato di quanto già non lo sia tra coloro che soffrono “semplicemente” dell’uno o dell’altro disturbo.

I disturbi di personalità sembrerebbero essere alquanto ricollegabili alla teoria della “*self-medication*”, in modo particolare per il disturbo borderline e antisociale. Nel caso del disturbo antisociale, questa ipotesi è frutto della frequente individuazione, in infanzia e adolescenza, del disturbo della condotta, il quale risulta essere associato ad un rischio importante per l’abuso precoce di nicotina, cannabinoidi ed alcool, con un probabile, conseguente consumo di altre sostanze in età adulta. Mentre nel borderline il ricorso alle sostanze rappresenta il tentativo di attenuare le emozioni negative o di farvi subentrare uno stato di piacere.

Inserisco in questo paragrafo anche una breve analisi della relazione del disturbo della condotta con il disturbo antisociale di personalità e il disturbo da uso di sostanze. Il primo, infatti, sembrerebbe rappresentare l’anticamera di ambedue le altre patologie, ciò mette in luce la frequente corrispondenza e l’aumento del fattore di rischio di sviluppo di una comorbidità. Il solo disturbo della condotta infantile (senza un disturbo antisociale in età adulta) ed il solo disturbo antisociale in età adulta (in assenza di un disturbo della condotta in infanzia) predispongono allo sviluppo di un disturbo da uso di sostanze. Ma la combinazione di entrambi, del disturbo della condotta (infanzia) prima con il successivo disturbo antisociale (adulto), incrementa ancora di più la probabilità insorgenza di una dipendenza. Tutto questo fa cadere l’ipotesi, avallata da alcuni, che il disturbo antisociale di

personalità in un paziente con doppia diagnosi sia esclusivamente una delle conseguenze del disturbo da uso di sostanze.

2.1.4 - Disturbi del comportamento alimentare e Dipendenza da sostanze

La scarsa tolleranza alla sofferenza, ovvero la capacità di una persona di far fronte con le modalità adeguate al disagio emotivo-affettivo, e la ricerca di moderare l'ansia, la sintomatologia depressiva e l'impulsività sembrano essere il filo conduttore che caratterizza la relazione tra il disturbo da uso di sostanze e i disturbi del comportamento alimentare, in particolar modo quelli che implicano il comportamento di abbuffata, con o senza condotte di eliminazione. Dal punto di vista del profilo neuropsicologico, gli individui con comportamenti di abbuffata mostrano deficit nell'attenzione sostenuta e selettiva, nel controllo inibitorio, nell'impulsività e nella flessibilità; queste disfunzionalità delle funzioni esecutive sono la base per il mantenimento e lo sviluppo di patologie come il *Binge Eating Disorder* e il *Binge Drinking*.

Inoltre, è stato individuato un fattore di rischio comune, ovvero l'esposizione ad esperienze di stress ambientale significativo, come accade ad esempio nei traumi infantili.

I *deficit*, descritti appena sopra, sostengono l'individuo nell'attuare comportamenti disadattivi, i quali risultano essere funzionali per attenuare il disagio psicologico associato agli stati emotivi negativi, rafforzando a loro volta il ciclo di *feedback* negativo attraverso cui gli stessi comportamenti vengono mantenuti. In questo modo, la bassa tolleranza alla sofferenza viene fatta rientrare tra i meccanismi che accrescono la vulnerabilità ai comportamenti disregolatori (uso di sostanze, abbuffate, condotte di eliminazione).

Ecco che quindi tra le due categorie diagnostiche emerge un'importante comorbidità, anche nel corso della vita.

Da dati di ricerca emerge come oltre il 30% degli individui che soffrono di bulimia nervosa ha anche delle problematiche legate all'abuso di sostanze, mentre il 15-56% delle persone con un disturbo da abuso di alcool hanno anche un disturbo alimentare.

Particolarmente indagata sono stati i casi di comorbidità tra il *Binge Eating Disorder* (BED), il disturbo da uso di alcool e i casi di *Binge Drinking* (BD).

Il BED è un disturbo dell'alimentazione caratterizzato da episodi di alimentazione incontrollata, con successivi sensi di colpa ed assenti comportamenti compensatori. Il BD, invece, consiste in un'abbuffata alcolica nella quale si assumono molteplici unità alcoliche in un arco temporale breve.

La disregolazione emotiva, caratteristica comune, ha una triplice implicazione in quanto assume un ruolo importante nello sviluppo di un disturbo legato all'alcool, è predittore delle abbuffate ed è un fattore eziologico per il BED. Come ho già precedentemente scritto, le abbuffate e il consumo di sostanze (alcool in questo caso) non rappresentano altro che una modalità disadattiva di affrontare gli stati affettivi e pertanto è possibile creare un collegamento tra gli sviluppi delle due patologie. Inoltre, è stato dimostrato come gli individui che, allo sperimentare di stati emotivi negativi, agiscono in modo impulsivo sono caratterizzati da una maggiore probabilità di sviluppare modelli alimentari di dipendenza ed altri comportamenti di dipendenza.

Tra coloro a cui è stato diagnosticato il BED, si riscontra un tasso di prevalenza del disturbo da uso di alcool, nel corso della vita, del circa 20%, con un rischio di incidenza 1,5 volte superiore rispetto ai controlli mostrando così una maggior vulnerabilità.

A sostegno della correlazione subentrano alcuni studi di neuroimaging che mostrano, sia nel disturbo da uso di sostanze sia nel BED, uno squilibrio dei circuiti cerebrali legati alla motivazione, alla salienza della ricompensa, alle funzioni esecutive e all'autocontrollo/controllo degli impulsi. Al centro sembrano essere implicate delle anomalie di attivazione dei percorsi modulatori della dopamina e del glutammato (sistema mesolimbico); in entrambe le patologie, attraverso rapidi aumenti di dopamina, è possibile osservare conseguenze ai meccanismi di ricompensa. Sono proprio questi cambiamenti di dopamina a condizionare la formazione delle abitudini, della motivazione e delle funzioni esecutive. La sovrapposizione dei meccanismi e dei circuiti neuronali coinvolti non appare poi così strana anche solo porgendo lo sguardo ai modelli di assunzione (perdita di controllo, modello compulsivo di assunzione) tra cibo e sostanze.

Tra le conseguenze legate al discontrollo degli impulsi e alle alterazioni dei circuiti della ricompensa, si registrano anche dei deficit nel processo decisionale e della motivazione.

Prendendo in esame il rapporto longitudinale di BD e BED, è emerso come la patologia alimentare sia predittiva di un possibile futuro abuso di sostanze ma non il contrario, rendendo unidirezionale la relazione. Ciò ha portato alla teoria secondo cui i sentimenti di vergogna e di colpa, che nascono dal BED, stimolano al consumo delle sostanze con scopo di una loro riduzione; tuttavia, questa tesi è ancora in fase di verifica.

Nella relazione tra BD e BED si sottolinea il comune tentativo di ridurre il disagio emotivo passando attraverso il consumo di alcool, nel primo caso, e, nel secondo, tramite il modello di consumo delle abbuffate definito come "*Emotional Eating*" (alimentazione emotiva). Sebbene siano condizioni differenti, entrambe sono accomunate dall'eccessivo consumo di una qualsivoglia sostanza che sottende le seguenti caratteristiche: impulsività, disfunzione della ricompensa, emozioni negative e danni fisici. Inoltre, alcuni ormoni (es.: grelina, leptina) che controllano l'appetito sono coinvolti anche in aspetti legati all'alcool, come il desiderio, l'uso e l'astinenza. Sia cibo che alcool agiscono con un rinforzo positivo a livello del sistema dopaminergico mesocorticolimbico, attivandolo e di conseguenza aumentando il tono dell'umore, favoriscono il mantenimento del comportamento di abbuffata. Così facendo si sostiene un meccanismo auto-rinforzante di controllo e soppressione delle emozioni negative.

3 - L'ARTICOLAZIONE DEI PERCORSI DI CURA: I PRINCIPI, I MODELLI E GLI ELEMENTI COSTITUENTI DI UN APPROCCIO INTEGRATO

L'iniziale visione dicotomica tra la dipendenza e le altre malattie psichiatriche, considerate due entità indipendenti, ha condizionato la presa in carico e le conoscenze. La diversità della formazione dei clinici e del trattamento ha delineato approcci differenti e percorsi separati. I distinti Servizi si occupavano in modo esclusivo delle patologie, senza alcun tipo di scambio, e questo in molte occasioni ha portato all'esclusione dei casi di comorbidità. La dipendenza era vista per lo più come un fenomeno sociale di devianza, mentre le patologie psichiatriche venivano considerate secondo un approccio più biologico. Questa dualità, intorno agli anni Ottanta e Novanta, ha cominciato a vacillare mostrandosi efficace, e di carattere espulsivo, di fronte ad il numero crescente dei quadri complessi dati dalla doppia diagnosi.

A differenza del passato, oggi la maggiore conoscenza e consapevolezza della comorbidità tra i due disturbi permette di studiare le strategie, i trattamenti e gli interventi più adeguati ed efficaci da adottare per lavorare al meglio con questa tipologia di utenza. È stato dimostrato e riconosciuto all'abuso di sostanze il ruolo di fattore negativo che ostacola l'adesione al trattamento e la conformità ai farmaci, portando ad una maggior probabilità di drop-out, di ricaduta e di riospedalizzazione. Inoltre, compromette il funzionamento della persona, aumentando i suoi problemi comportamentali (comportamento dirompente, violenza, attuazione di reati), familiari e relazionali.

La complessità diagnostico-terapeutica fa nascere la necessità di interventi continui e l'elevato carico assistenziale. Queste caratteristiche fanno trasparire un lecito dubbio circa l'idoneità dell'indipendenza e della scarsa comunicazione tra i Servizi; di conseguenza scaturire il bisogno di elaborare di un piano operativo, al fine di agevolare e rendere appropriato il percorso di cure. Tra i temi è possibile ritrovare la questione della titolarità della presa in carico, i modelli organizzativi, l'integrazione e la modulazione dei vari interventi in ragione della variabilità delle condizioni cliniche.

Tuttavia, in presenza di doppia diagnosi non c'è per forza una doppia presa in carico, non tutti i pazienti, seguiti per dipendenza, che manifestano sintomi psicopatologici hanno il bisogno dell'assistenza del Servizio di salute mentale, o ne necessitano solo in parte. Un esempio ne sono i disturbi della personalità, secondo i dati epidemiologici una rilevante percentuale delle persone seguite dal Dipartimento delle Dipendenze (DD) presenta "almeno" questo tipo di patologia, ma non per tutti vi è una duplice assistenza. Le medesime considerazioni si possono fare nel caso contrario, basti pensare a coloro che soffrono di un disturbo psichiatrico e che consumano sostanze saltuariamente, o ne hanno fatto uso in passato.

La duplice presa in carico, all'interno dell'organizzazione dei Servizi, viene applicata con modalità differenti. Nello specifico vengono individuati tre modelli di trattamento:

- *Sequenziale*: i disturbi vengono trattati secondo l'acuzie e la gravità. In funzione ai bisogni, le persone vengono seguite prima dal Servizio specialistico per il disturbo più eclatante e solo successivamente dall'altro. Le equipe curanti, in questo caso, sono entità distinte e potrebbe essere favorita la questione del "rimpallo" o dello "scarico" del problema.
- *Parallelo*: anche in questo paradigma abbiamo la presenza di due equipe separate, in base ai Servizi, ma l'assunzione in cura avviene nel medesimo periodo, in contemporanea. Queste adottano interventi distinti a seconda delle aree di competenza, assicurando così al paziente il trattamento di ambo i disturbi. Il punto a sfavore di questa modalità è la possibile confusione che potrebbe nascere nell'utente stesso, a causa della non comunicazione tra i professionisti che, avendo differente formazione, rischiano di attuare decisioni divergenti.
- *Integrato*: qui, la presa in carico viene attuata attraverso un'unica equipe multidisciplinare, adeguatamente formata e competente per l'aspetto sia della dipendenza sia della patologia psichiatrica. Così facendo, si agisce in modo sincrono e coerente fornendo all'assistenza la stessa filosofia e il medesimo approccio.

Nella realtà clinica quest'ultimo paradigma però ha rilevato, nella sua applicazione, una scissione. A descrivere questa è stata Ashley L. Peterson nel 2013, la quale ha distinto un'integrazione completa da una parziale. Nella prima forma, quella raccomandata, si ha la formazione effettiva di un'unica équipe dedicata alla doppia diagnosi, che unisce professionisti della psichiatria e delle dipendenze, separata dal *team* della psichiatria e da quello per le dipendenze. Mentre, nell'integrazione parziale i due Servizi sono sì integrati, ma rimandano separati e l'efficacia del lavoro si struttura intorno ad un buon coordinamento e una buona collaborazione.

3.1 - MODELLO INTEGRATO

Oggi persiste la suddivisione della presa in carico tra psichiatria e dipendenze; in Italia, per esempio, si distingue tra Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Dipartimento delle Dipendenze (DD). I pazienti con doppia diagnosi rappresentano una sfida e necessitano di un'assistenza integrata da parte di un'équipe multidisciplinare. Quest'ultima prende in carico la persona sia dal punto di vista diagnostico sia per la parte terapeutico-riabilitativa, si compone di professionisti di entrambi i dipartimenti rendendo così gli interventi più sfumati ed efficaci. Gli studi mostrano come la separazione dei Servizi ed i metodi tradizionali di trattamento (parallelo e sequenziale) siano di fatto inefficaci, mentre riconoscono il trattamento integrato come il *gold standard*. Grazie alla strutturazione di un singolo piano di cura ed all'approccio multidimensionale, il modello considerato oltrepassa le limitazioni date dalla categorizzazione e permette di strutturare interventi trasversali ma specifici e personalizzati, i quali sono più della "semplice" somma dei singoli trattamenti. I migliori risultati si ottengono grazie ai progetti che vedono l'unione tra trattamento medico-psicologico, assistenza psichiatrica e riabilitazione.

All'interno dei percorsi congiunti, come anche suggerito dalle Linee Guida NICE pubblicate nel 2016, viene incluso anche il terzo settore ed i percorsi locali, per quelle che sono le esigenze di assistenza sociale al fine di favorire l'occupazione, l'assistenza sanitaria di base e l'alloggio. In più, si deve lavorare per superare i confini istituzionali tradizionali, con lo scopo di essere il più possibile reattivi, in modo unito, alle richieste e alla gestione dei bisogni della persona.

L'essenzialità di tale modalità di approccio viene sancito a livello nazionale, ma anche regionale. In particolare, lo Stato prevede la collaborazione e l'integrazione, soprattutto in casi di comorbidità, tra DD e DSM agli articoli nr. 26 (*“assistenza socioassistenziale alle persone con disturbi mentali”*) e nr. 28 (*“assistenza socioassistenziale alle persone con dipendenze patologiche”*) del DPCM del 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”*. Invece, i riferimenti emanati dalla Regione Veneto sono: l'*allegato D – Linee guida per il Dipartimento di Salute Mentale* del DGR 1306/2017, per quello che concerne il principio di collegamento del DSM con la Neuropsichiatria Infantile (NPI) e il DD; la L.R. nr. 48 del 28 dicembre del 2018, attraverso cui l'integrazione DSM e DD è diventata un obiettivo del Piano Socio-Sanitario regionale 2019-2023. Anche nella DGR n. 1396 del 20 novembre 2023 *“Approvazione Piano Triennale per le Dipendenze 2024-2026”* la regione Veneto riprende la necessità del DD di una maggiore collaborazione tra enti e Servizi, compresi quelli per la Salute Mentale. Un ulteriore rimando alla collaborazione è contenuto anche nei PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutici Assistenziali) stilati ed approvati per i Disturbi Mentali Saveri (disturbo borderline di personalità, disturbo bipolare, disturbi schizofrenici, disturbi depressivi, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione) a seguito delle indicazioni date dal PANMS (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale) del gennaio 2013.

La separazione dei Servizi può rappresentare un ostacolo per il trattamento della doppia diagnosi, in particolare nell'applicazione del modello integrato. Emerge, dai Servizi stessi, una ridotta esperienza nel lavoro congiunto, una scarsa routine di contatti e di comunicazione interservizio. A questo si sommano una cattiva gestione e una scarsità di risorse umane, economiche e strumentali dedicate e, fino a non molti anni fa, anche la mancanza di una regolamentazione dedicata. In merito a quanto descritto, nel 2020 è stata pubblicata una revisione della letteratura nella quale circa il 69% degli studi considerati identifica il dialogo tra Servizi, la formazione del personale, la gestione e la personalizzazione delle cure come punti-criticità per l'implementazione di tale approccio.

Per oltrepassare le limitazioni, ed applicare al meglio le pratiche basate su evidenza, si deve passare attraverso un processo di cambiamento organizzativo, professionale e del sistema. Se a livello del sistema è necessario procedere con un riordino degli standard di cura e della politica sanitaria, nello scenario organizzativo si devono rivedere la struttura, implementare il coordinamento e monitorare il clima dell'organizzazione, mentre dal punto di vista professionale deve sussistere l'apertura alla formazione. Una formazione trasversale tra campi e contesti che aiuta, in primis, a riconoscere le diversità di approccio e di conoscenze tra chi si occupa di salute mentale e chi lavora con i problemi legati alle sostanze; di conseguenza, nell'abbattimento di preconcetti e pregiudizi legati agli utenti con l'una o l'altra patologia e sul lavorare con essi. Inoltre, cerca di assicurare il riconoscimento e l'accettazione della non linearità del percorso, caratterizzato da possibili ricadute.

Dalla gestione e dalla poliedricità delle peculiarità dei quadri con comorbidità scaturiscono gli obiettivi del trattamento integrato ovvero: facilitare l'accesso alle cure a questa utenza, affinare il loro trattamento individualizzato, migliorare la combinazione tra aspetti psicofarmacologici e psicosociali.

3.1.1 - *Interventi Evidence-based*

Pur perseguendo gli obiettivi comuni (accesso alle cure, trattamento personalizzato, accostare psicofarmacologia e strumenti psicosociali) dell'approccio integrato, pur convenendo circa l'importanza una diagnosi tempestiva e accurata, si è riscontrata l'assenza di un trattamento specifico per i quadri con doppia diagnosi. Anche se, la miglior efficacia sembra essere in capo alla combinazione tra terapia cognitivo-comportamentale e colloqui motivazionali. La mancanza di un intervento *gold standard* viene compensata, attraverso un processo interno di integrazione e adattamento, con la combinazione dei diversi interventi *evidence-based* specifici per i singoli disturbi. Questo, oltre a rappresentare una buona pratica clinica, permette la standardizzazione del percorso e tiene in considerazione le specificità della diagnosi e le caratteristiche individuali della persona, della fase in cui si trova, della disabilità, delle problematiche socio-ambientali presenti.

Spostandosi sul tema dell'intensità e della durata del trattamento, è emerso come vi sia una minor efficacia nell'applicazione di un regime intensivo, caratterizzato da molte ore di terapia e durata breve (massima di sei mesi) d'intervento, rispetto all'attuazione di programmi più a bassa soglia ma protratti nel tempo (da 1,5 a 4 anni). Nei primi si riscontrano, con maggior frequenza, abbandoni e ricadute entro poco dallo stop della terapia. I secondi, generalmente ambulatoriali, hanno come obiettivi primari la "riduzione del danno" e la motivazione; mentre l'astinenza diviene un obiettivo a medio termine, in quanto può rappresentare un ostacolo alla motivazione, soprattutto nella fase iniziale del percorso.

Come descritto anche precedentemente, l'*assessment* e lo *screening* sono fasi fondamentali, in ogni contesto, in presenza di comorbidità ed è importante farli coinvolgendo la persona. Lo strumento più adeguato sembra essere quello dell'intervista, condotta attraverso poche domande aperte e mirate, ma anche sfruttando strumenti convalidati che indagano sia le aree di salute mentale sia quelle che concernono l'uso di sostanze. Inoltre, è consigliata l'aggiunta di questionari di *screening* o di valutazione standardizzati, con la consapevolezza che questi potrebbero essere fuorvianti nella valutazione della relazione tra le patologie. All'interno del colloquio deve essere adottato un atteggiamento di ascolto attivo e privo di giudizio, ciò permette alla persona di entrare in confidenza, di sentirsi accolta e, di conseguenza, lavorare sulla motivazione alla prosecuzione del progetto. L'indagine multidimensionale rispecchia quello che è un approccio, di valutazione e di trattamento, biopsicosociale completo che si occupa sia dell'aspetto diagnostico e sintomatologico ma tiene in considerazione anche la storia del paziente e dei suoi disturbi, il suo funzionamento e il suo contorno (famiglia, ambiente, situazione socio-economica).

All'interno del percorso per i quadri con doppia diagnosi, la declinazione e la scelta di quali strumenti utilizzare sono in relazione alle sostanze consumate ed alla specifica comorbidità, viene adottato un approccio graduale (a tappe) con una pianificazione anticipata ed orientato alla prevenzione.

Di seguito descrivo singolarmente alcuni degli interventi su base scientifica essenziali, ricordando nuovamente l'importanza del coordinamento tra questi e tra i Servizi, dell'empatia e del non giudizio.

- Psico-educazione

Attuabile attraverso sia interventi di gruppo sia in modo individuale, è rivolta agli utenti ed ai loro familiari o *caregiver*. Gli incontri psicoeducativi sono volti ad informare e educare rispetto a diagnosi, caratteristiche dei disturbi ed il loro trattamento, l'importanza del seguire le indicazioni dei professionisti e di assumere correttamente la farmacoterapia. Nello specifico della psicoeducazione nella doppia diagnosi, è bene approfondire la relazione che sussiste tra il decorso della patologia psichiatrica e il consumo di determinati composti psicoattivi, gli effetti collaterali diretti (ad esempio quelli sulla salute fisica, allucinazioni) ed indiretti (come i sentimenti paranoidei, l'ansia, un umore negativo) di questi. Si esplora l'influenza negativa dell'uso di sostanze, anche di quelle diffuse e considerate innocue, sulla psicopatologia e sulla vulnerabilità individuale preesistente, lavorando di conseguenza sulla consapevolezza di malattia, sulla motivazione all'astinenza e sui diversi stadi di motivazione al trattamento. Ci si ferma inoltre sulla gestione della salute e sulla prevenzione alle ricadute, con gli obiettivi di migliorare la qualità di vita e della sua percezione, di gestire la sintomatologia psichiatrica, di ridurre la frequenza e la quantità del consumo di sostanze.

Questa componente del percorso si porta avanti in collaborazione tra utente, *caregiver* e professionista, è importante perché grazie alle informazioni e conoscenze che fornisce consente alla persona di prendere decisioni informate e più consapevoli.

Grazie a questa istruzione sulla malattia e sul trattamento si sono registrati tassi minori di ricaduta e di abbandono.

- Colloquio motivazionale

Lo scarso riconoscimento dei disturbi, la bassa compliance e lo scarso investimento al trattamento è una caratteristica sia nelle dipendenze sia negli altri disturbi mentali, tuttavia nei quadri di comorbidità, è stato osservato un aggravamento di questa peculiarità.

Intorno agli anni Ottanta è stata ideata la tecnica del colloquio motivazionale ed il suo utilizzo ha mostrato, con buone evidenze, una maggiore aderenza e ritenzione in trattamento.

Questo intervento, attraverso uno stile empatico e collaborativo, vuole spronare la persona verso il cambiamento lavorando per incrementare l'autostima e l'impegno verso l'astensione. Si prefigge di far crescere la dedizione e la prosecuzione nel percorso del paziente, passando attraverso gli stadi del cambiamento, la comprensione del problema e la motivazione intrinseca al cambiamento.

Ha uno stile propositivo e concreto, non giudicante e accogliente che gli permette di aiutare l'individuo nella propria percezione delle aree problematiche, nel riconoscere e valutare i determinanti della motivazione al cambiamento. Un'altra sua caratteristica è la maieutica, ovvero l'importanza che l'utente esprima le proprie ragioni per cambiare, estraendole da sé stesso.

Nella specificità della doppia diagnosi, l'attenzione è posta non limitatamente all'uso di sostanze ma anche verso i disturbi cognitivi (ad esempio: attenzione e concentrazione, memoria a breve termine e di lavoro, elaborazione delle informazioni e flessibilità cognitiva) e del pensiero (ad esempio: tangenzialità, blocco del pensiero, paranoia).

Le due finalità principali del colloquio motivazionale sono: la motivazione al cambiamento e l'aderenza al trattamento. La prima scaturisce dalla percezione di una frattura interiore, conseguenza della sofferenza data dalla discrepanza tra il proprio comportamento abituale e i propri valori, credenze e obiettivi. La motivazione al cambiamento si concretizza poi con il riconoscimento del problema e la volontà di affrontarlo, così facendo si va a lavorare sul senso di autoefficacia (quando la persona ha ottimismo e fiducia in sé rispetto alle proprie capacità) e sulla disponibilità al cambiamento. L'adesione al trattamento, invece, è legata al lavoro sulla consapevolezza e sulle conseguenze che viene affrontato attraverso domande aperte e ascolto attivo, sostegno al riconoscimento di avere un problema ed un bisogno di aiuto, *feedback* personalizzati e discussione delle scelte terapeutiche più adeguate alla persona, alla sua realtà e alle fasi in cui si trova.

Questo intervento si struttura intorno al paziente, sulla base delle sue risorse, dei suoi bisogni, delle sue preferenze e della sua motivazione. Ciò garantisce la centralità del singolo e restituisce ad egli la responsabilità del cambiamento.

Tra gli strumenti utili nel corso di un colloquio motivazionale individuiamo: la bilancia decisionale, la matrice dell'equilibrio decisionale e il grafico delle dissonanze. Il primo (bilancia decisionale) è adatto soprattutto quando l'utente si trova in uno stato di confusione e ambivalenza rispetto a problemi e trattamenti. Questo permette di confrontare i costi e i benefici grazie all'analisi degli aspetti positivi e negativi, dei vantaggi e svantaggi di un determinato comportamento. Il secondo (matrice dell'equilibrio decisionale) persegue le stesse finalità del primo, ovvero affianca la persona nelle situazioni di ambivalenza, specialmente quando ci si trova in una fase di stallo del processo decisionale. I due differiscono rispetto al fatto che la matrice scompone una decisione in parti più piccole e ad ognuna viene assegnato un punteggio sulla base di criteri ponderati, prestabiliti inizialmente. L'ultimo strumento menzionato (grafico delle dissonanze) aiuta a capire la divergenza che intercorre tra la situazione presente e gli obiettivi futuri, passando attraverso i fattori di mantenimento e il ruolo dei comportamenti/uso di sostanze.

L'intervento motivazionale e l'intervento basato sugli stadi del cambiamento rappresentano due tra le principali tecniche *evidence-based* nella doppia diagnosi. I maggiori esiti positivi si sono riscontrati nell'accostare il colloquio motivazionale alla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), rispetto ai singoli trattamenti, si è osservato un miglioramento maggiore nel funzionamento sociale, nella soddisfazione della vita e nella riduzione del consumo di sostanze. Inoltre, la combinazione tra l'aspetto psicosociale e motivazionale sembra agire positivamente sul funzionamento emotivo, sulla prevenzione alle ricadute e rispetto al mantenimento a lungo termine della fase di remissione.

- Farmacoterapia

Questa tipologia di intervento non deve essere la sola, data la ricaduta delle tecniche non strettamente cliniche su quelli che invece sono gli aspetti clinici. È bene affiancare questa componente di cura agli altri trattamenti della sfera biopsicosociale con carattere psicologico, educativo, riabilitativo e sociale.

Come per i quadri di non comorbidità, è consigliato optare per i neurolettici atipici (antipsicotici di seconda generazione). Gli antipsicotici di prima generazione hanno dimostrato inefficacia circa i comportamenti di consumo; bensì, i movimenti

extrapiramidali e la sintomatologia negativa (soprattutto l'anedonia), secondari all'assunzione di tali farmaci, sembra causare un aumento al ricorso alle sostanze. Al contrario, gli atipici hanno dato prova di esiti positivi (riduzione dell'uso di droghe) e questo sembrerebbe essere legato sia alla migliore relazione tra gli effetti farmacologici desiderati e collaterali, sia all'azione diretta sui meccanismi biologici della dipendenza. Si aggiunge la possibilità della formulazione *depot* che sembra essere alquanto utile nei casi di un'instabile *compliance*, la quale è caratteristica popolare nell'utenza con doppia diagnosi.

Un altro elemento che incide sull'adesione al trattamento, e al successo dei percorsi, è la componente umorale, in particolar modo un temperamento di tipo depressivo rappresenta un fattore aggravante dell'assunzione di sostanze. Alcuni studi hanno messo in luce l'incidenza positiva dell'utilizzo di antidepressivi triciclici nei quadri di comorbidità con abuso di cocaina e cannabis, mentre gli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina) si mostrano efficaci nei pazienti con disturbo dell'alimentazione concomitante al disturbo da uso di alcool. Nel caso nei disturbi bipolari, caratterizzati dall'uso di sostanze in concomitanza con le fasi (ipo)maniacali, la somministrazione di farmaci antimaniacali e gli stabilizzatori dell'umore possono rappresentare un cuscinetto all'impulsività di questa fase di malattia e, quindi, al conseguente consumo di droghe. Pertanto, agire sullo stato d'animo potrebbe assumere un ruolo di rilevanza sebbene siano necessari degli ulteriori approfondimenti; di conseguenza la scelta dell'antidepressivo e dello stabilizzatore dell'umore, seguendo le conoscenze attuali e gli studi ad oggi pubblicati, è opportuno farla sulla base dei parametri clinici ordinari. È inoltre consigliata la somministrazione limitata delle benzodiazepine, dato il risaputo rischio di abuso, e nelle situazioni di irregolare mantenimento in trattamento è bene escludere farmaci che necessitano di un regolare *follow-up* e un dosaggio stabile, come nel caso del litio.

Da un punto di vista prettamente della dipendenza, è bene prendere in considerazione la farmacoterapia ad essa mirata. Per esempio, soprattutto nei pazienti con componente psicotica, nella compresenza con il disturbo da uso di alcool sembra essere maggiormente positivo l'esito derivante dal trattamento con il naltrexone, un antagonista del recettore degli oppioidi usato nei casi di

overdose, rispetto all'utilizzo del disulfiram. Questo perché al primo è associata una riduzione del desiderio di alcool e un tasso di ricaduta inferiore, mentre il secondo, a causa della sua azione avversivante, potrebbe indurre a fenomeni di psicosi. Un'altra terapia specifica è quella metadonica e, a tal proposito, è stata pubblicata nel 2011 una meta-analisi che ha analizzato l'interazione tra antidepressivi e metadone, nelle persone con dipendenza da oppioidi in comorbidità con la depressione maggiore. I tassi di risposta all'antidepressivo non differivano significativamente rispetto a coloro a cui è stato somministrato un placebo; tuttavia migliori risultati si sono avuti nel momento in cui, all'aspetto farmacologico, si è accostato un supporto psicosociale e una terapia cognitivo-comportamentale. Inoltre, la non astensione dall'uso di benzodiazepine può aver condizionato la presentazione di sintomi attribuibili alla depressione.

Soffermandoci sull'utilizzo del metadone nella doppia diagnosi si è osservato che per questi pazienti sono necessari dosaggi di stabilizzazione mediamente più elevati di metadone e maggior tempo per raggiungere la stabilizzazione (intervallo necessario per affrontare la fisiopatologia), rispetto agli utenti senza una comorbidità psichiatrica. Mentre nei casi di un disturbo bipolare I in terapia metadonica, si sono registrati effetti positivi circa la stabilizzazione dell'umore e come agente antipsicotico. Individuiamo una differente capacità di ritenzione in trattamento: la maggiore durata si riscontra tra chi soffre solo di dipendenza (non doppia diagnosi con disturbo psichiatrico) e sembra essere assimilabile a quella di coloro che, superato l'ostacolo dell'abbandono precoce, hanno un disturbo bipolare I ma è in trattamento con il metadone. Al contrario, tassi minori di mantenimento si rilevano tra gli eroinomani con comorbidità psichiatrica.

- *Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)*

Si tratta di un approccio strutturato che integra la scuola cognitiva con quella comportamentale, nel quale si accompagna il paziente alla consapevolezza ed all'individualizzazione delle strategie adeguate ad attuare il cambiamento. Si lavora per argomenti ed obiettivi attraverso sedute con il terapeuta e "compiti per casa", questi permettono di sedimentare e generalizzare quanto si affronta nella sessione con il professionista. La collaborazione tra utente e terapeuta, nell'identificazione e nella riflessione circa gli obiettivi, le strategie e le azioni da

mettere in atto assieme, è il pensiero base di questo metodo. Si indagano ed analizzano i momenti in cui si fa uso di droghe, le cause che inducono a tale comportamento, le difficoltà e gli ostacoli che si possono incontrare durante il percorso, si ricercano le capacità e le risorse dell'individuo. Il tutto allo scopo di aiutare la persona a capire il motivo per il quale astenersi, a raggiungere e mantenere l'astinenza ed a tenersi lontano dalle fonti di *craving*.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario dedicarsi a:

- *Costruire, migliorare la fiducia e le competenze utili* al paziente per non soccombere alle pressioni dei coetanei e/o per saper dire “no”, in modo deciso ma assertivo, quando gli viene offerta la sostanza o nelle altre situazioni in cui egli ritenga necessaria una negazione. Per fare ciò è importante l'attenta valutazione della situazione e del contesto, portando il focus sulla soluzione più idonea.
- *Controllare le voglie e gli impulsi fisici*. Un impulso corrisponde al sentire il bisogno di agire sulla base di un desiderio (cioè, il volere qualcosa). Quando sussiste un'incapacità di alleviare tale sete, si generano disagio, voglie fisiche e umore negativo. Questo può essere affrontato attraverso tecniche di sostituzione (esempio: metadone), metodi cognitivi (come lo “Stop”) ed altre tecniche di distrazione.
- *Routine e pianificazione delle attività*. Esse sono uno strumento valido per ridurre i momenti di maggiore esposizione, dell'utente, a comportamenti disadattivi, impulsi e voglie.
- *Convinzioni disfunzionali e pensiero negativo*. Questi possono rappresentare un ostacolo al cambiamento, se sono ben radicati e se condizionano i comportamenti, le scelte dell'utente. Per far fronte a ciò, riuscendo così a concretizzare un cambio di prospettiva ed a percepire un maggior senso di controllo, la persona deve mettere in discussione le proprie convinzioni.
- *Empowerment e autoefficacia*. Sono elementi da fortificare perché i pazienti potrebbero percepire il concetto di scelta e di volontà come qualcosa di impossibile. Passando attraverso e descrivendo quelle che sono le esperienze positive, si cerca di restituire un senso di controllo nel compiere le scelte.

- *Reti sociali positive.* Sono il fattore che permette di mantenere l'astinenza e prevenire le ricadute. Ragion per cui si rivela essenziale la capacità dell'individuo di identificare le persone in grado di offrirgli un valido supporto.
- *Ricadute e la loro prevenzione.* Le prime fanno parte del percorso e, per evitare sentimenti di delusione e fallimento, è bene averlo presente. Sapere che sono dietro l'angolo e analizzarne le caratteristiche, specifiche per ogni paziente, permette di strutturare un piano di prevenzione ed uno d'azione, quando queste si verificano.

Nella doppia diagnosi, la CBT riscontra maggior successo quando viene integrata con la CBT dei singoli disturbi e il colloquio motivazionale.

Una particolarità si ha nella comorbidità tra disturbo da uso di sostanze e disturbi dell'alimentazione. In riferimento alla ritenzione del trattamento dei soggetti con quest'ultimo quadro clinico, si è confrontata l'efficacia della terapia dialettico-comportamentale (DBT) rispetto all'intervento integrato tra CBT, interviste motivazionali e tecniche di prevenzione. Posteriormente al trattamento e ad un *follow-up* di 3-6 mesi, i tassi di efficacia della DBT sono stati rispettivamente dell'87% e del 60%, invece per la CBT integrata sono stati del 20% in entrambi i monitoraggi. Gli esiti positivi sono visibili in entrambi i disturbi: migliori comportamenti e atteggiamenti legati al disturbo alimentare, riduzione della frequenza e della gravità del consumo di sostanze, sviluppo dell'abilità di regolazione delle emozioni negative e riduzione della sintomatologia depressiva. L'intervento concentrandosi sulla disregolazione emotiva e comportamentale, caratteristica di entrambe le patologie (nel caso dei disturbi dell'alimentazione, soprattutto nella bulimia nervosa e nel *binge eating disorder*), vuole lavorare sulle strategie di regolazione emotiva e sui comportamenti di *coping*.

- Interventi familiari

Nell'ottica di integrazione non deve essere esclusa la famiglia, che va coinvolta al meglio possibile in quanto anch'essa manifesta bisogni, ovvero l'informazione, l'acquisizione di abilità e il supporto. La finalità dell'intervento è quella di responsabilizzare al percorso anche il nucleo familiare, oltre al paziente, per assicurarsi l'ingaggio del contorno.

Tuttavia, di fronte a quadri clinici difficili, come quelli della doppia diagnosi, spesso le realtà sono caratterizzate dalla chiusura del rapporto oppure da situazioni di dipendenza familiare. In ambedue i casi, è bene lavorare per riuscire a ricostruire attorno alla persona un clima di coerenza con il percorso, di adeguato sostegno, senza eccessi in entrambi i versanti, e di accettazione della malattia. L'assenza di una base solida sulla quale costruirsi condurrà, inevitabilmente, la persona ad incontrare ostacoli e fallimenti durante la costruzione della propria indipendenza. Quando emerge un'assenza di rapporto, i Servizi entrano in gioco come interlocutori tra utente e famiglia. Quest'ultima ha comportamenti di abbandono, delega, sfiducia nei confronti delle possibilità e capacità dell'individuo e, non così raramente, di manipolazione a scopi economici. Al contrario, se il rapporto c'è, ci si ritrova ad agire all'interno di dinamiche articolate e spesso caratterizzate da atteggiamenti svantaggiosi, radicati, di co-dipendenza o simbiosi. Inoltre, si può individuare una difficoltà relazionale non solo nel paziente, bensì anche nel contesto familiare che si mostra "resistente" a modificare la propria struttura, per tanto non si può pensare di intervenire attraverso uno stile direttivo.

L'approccio rispecchia quello tenuto con il paziente, ossia di accoglienza, rispetto, attenzione ai bisogni e alla loro persona, di ricerca e costruzione insieme. Ci si occupa del qui ed ora con un focus esclusivo sul problema del figlio, per andare a muovere la fase di stallo che si riscontra. Non si agisce sugli aspetti conflittuali della coppia genitoriale per evitare di creare all'interno una infruttuosa frattura.

Un intervento familiare viene personalizzato basandosi sulle peculiarità del quadro familiare e clinico dell'utente. All'inizio è bene passare attraverso una psicoeducazione di gruppo o individuale che permetta di agganciare anche i nuclei più restii nell'accettazione del problema o della messa in discussione del loro essere, del loro stile di vita. Per poi assieme approfondire il contesto e i fattori determinanti (emotivi e no, presenti e passati) con l'obiettivo di ricostruire i nessi ed accompagnare nel processo di ristrutturazione, allo scopo di limitare l'eventuale formazione di circoli viziosi funzionali alla sintomatologia. L'agire dentro al frangente delle famiglie e delle loro sofferenze va fatto attraverso l'empatia, senza pregiudizi e sfidando i preconcetti che ritroviamo all'interno.

Le famiglie, come il paziente, percorrono gli stadi di cambiamento, affrontando lungo il percorso la fase di negazione (primo stadio), di riconoscimento/accettazione (secondo stadio), di *coping* (terzo stadio) e della difesa dei propri diritti (quarto stadio). La prima fase è caratterizzata da sentimenti contrastanti come il lutto, il senso di colpa e l'ansia; qui, ai caregiver vanno date le informazioni inerenti alla malattia, al trattamento e alla gestione della quotidianità e si cerca di incoraggiarli ad affidarsi agli operatori e a ricercare un sostegno. Nella fase di riconoscimento e accettazione si incontrano sentimenti di rabbia, disperazione, senso di perdita di energie e di motivazione che danno origine all'importanza delle spiegazioni circa il significato dei sintomi, le risorse e le abilità utili per superare le crisi. In questo stadio le famiglie sono agganciate, garantendo il supporto ai professionisti ed alle altre famiglie. Nel terzo stadio (*coping*) cominciano a riconoscere i propri limiti e il fatto di non essere soli, ora il focus del loro percorso diventa la gestione dello stress anche delle situazioni quotidiane. Nell'ultima fase le famiglie sono diventate esperte, consapevoli e ritrovano la vitalità. Sentendosi utili, cercano il modo per relazionarsi con le istituzioni in difesa dei propri diritti e possono assumersi il compito di educare, sensibilizzare i nuovi familiari e/o i contesti esterni.

Oltre alla rete familiare è importante anche la rete sociale, formale e informale, ed entrambe devono essere sensibilizzate rispetto alla collaborazione per la realizzazione del progetto terapeutico.

- *Manualizzazione del trattamento integrato*

Il trattamento integrato, negli anni, è stato manualizzato secondo vari modelli, ne sono un esempio l'IDDT (*Integrated Dual Disorder Treatment*) e l'ACT (*Assertive Community Treatment*). Spesso i due vengono combinati, entrambi conducono alla riduzione dei ricoveri in ospedale e del consumo di alcool.

L'IDDT si tratta di un programma volto ad aiutare il Servizio a lavorare secondo i principi di integrazione e consiste in un intervento multidisciplinare che combina aspetti farmacologici, psicologici, educativi e sociali. Si basa sull'inclusione, sulla sensibilizzazione, sulla continuità delle cure, sulla specificità del trattamento in relazione alle fasi, sul coinvolgimento della famiglia. Dentro al manuale sono raccolti aspetti pratici della gestione clinico-amministrativa e consigli pratici per il

lavoro con la doppia diagnosi. Contiene tecniche di colloquio motivazionale e di intervento a tappe, prende in considerazione l'aspetto del trauma e del suo trattamento. Include azioni per rafforzare le abilità di coping e per il supporto lavorativo, fermandosi anche sull'aspetto abitativo e sulla psicoeducazione a pazienti e familiari. Ai pazienti che si presentano sotto l'effetto di sostanze non viene chiesto loro di lasciare la seduta, salvo comportamenti dirompenti, questo perché le ricadute non sono considerate dei fallimenti, ma piuttosto un'occasione per imparare e ripartire.

Mentre l'ACT, una pratica basata sull'evidenza, rappresenta un modello di erogazione dei Servizi per organizzarli secondo la prospettiva di integrazione. Utilizza un orientamento al cui centro c'è la persona e il suo recupero, persegue gli obiettivi significativi e i ruoli di vita. Trova il suo principale impiego all'interno di contesti comunitari ed è caratterizzato da assertività, intensità dei servizi e responsabilità sulle ventiquattro ore, piccoli carichi di lavoro, supporto professionale e dei pari. L'ACT applica un approccio di squadra (*team* multidisciplinare) con una stretta collaborazione al quale si aggiunge assieme anche l'educazione familiare e la creazione di collegamenti comunitari, allo scopo di assicurare continuità di supporto e trattamento della doppia diagnosi.

Ad ogni modo le possibilità di integrazione tra Servizi e di erogazione possono essere molteplici a seconda della realtà in cui ci si trova, devono essere modellate sulla base dei bisogni variabili dei pazienti e del contesto in cui essi si muovono.

3.1.2 - La messa in pratica dell'intervento integrato

Da un punto di vista pratico, in favore dell'integrazione e della continuità terapeutica, sono state diramate a livello internazionale delle linee guida dal NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) sia nel 2011 sia nel 2016, con le opportune revisioni negli anni successivi. Mentre a livello locale ci si rifà al DGR n.96 del 16 settembre 2020 ed ai protocolli provinciali di collaborazione tra i dipartimenti.

3.1.2.1 – L'indirizzo internazionale – Linee Guida N.I.C.E.

Il NICE ha prodotto due linee guida allo scopo di migliorare i Servizi ed aiutare gli operatori, del terzo settore e quelli correlati al Sistema nazionale, nell'assistenza di persone, a partire dai 14 anni, affette da una grave malattia mentale in

concomitanza con un disturbo da sostanze, per la riduzione/arresto dell'uso di sostanze, migliorare l'aderenza farmacologica e la qualità di vita. In entrambe vigono i principi di non esclusione dal trattamento dall'uno o dall'altro Servizio, di cooperazione e di competenza professionale rispetto ad ambedue le componenti psicopatologiche.

- Le raccomandazioni del 2011

La prima linea guida redatta, nel 2011, è intitolata "*Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare setting*" (*Coesistenza di gravi malattie mentali (psicosi) e abuso di sostanze: valutazione e gestione in contesti sanitari*). Questa è stata compilata con l'obiettivo di offrire un supporto alla valutazione e alla gestione nei casi di comorbidità specifica tra abuso di sostanze e psicosi. All'inizio del testo si trova una breve esplicazione del significato di psicosi, intesa come presenza di un grave disturbo psichiatrico caratterizzato da deliri e allucinazioni che influiscono su percezioni, pensieri, emozioni e comportamenti, e di abuso di sostanze, ovvero l'uso dannoso di una qualsiasi sostanza illegale o legale in una condizione di dipendenza o meno. Il documento evidenzia il fatto che l'utilizzo di varie sostanze è un metodo per far fronte ai sintomi e, in un terzo dei casi, questo corrisponde ad un uso dannoso o dipendente. Inoltre, sottolinea come i composti psicoattivi possano causare l'esacerbazione della psicosi, interferire con il trattamento farmacologico e/o psicologico e descrive le problematiche che nascono dalla correlazione. Nel corpo del testo vengono affrontati il tema della relazione tra professionista e utente/*caregiver*, dello stigma, dell'ambiente di vita e della salute fisica, della valutazione del quadro clinico (compresi i test biologici), dello scambio di informazioni di tipo anamnestico e di trattamento, del coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni e della possibile depressione. Vengono esplicitati il lavoro da fare con e verso le famiglie/persone significative e la fase di sgancio; viene illustrato l'aspetto della prevenzione e degli interventi psicosociali ed ambientali.

- Le indicazioni del 2016

La seconda linea guida ("*Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services*", ovvero "*Coesistenza di gravi malattie mentali e abuso di sostanze: servizi sanitari e di assistenza sociale di comunità*")

è stata pubblicata nel 2016 e, a differenza della precedente, questa prende in esame ciò che concerne l'intervento rivolto a persone in doppia diagnosi con un qualsiasi disturbo mentale grave. Questa edizione si preoccupa di spiegare dettagliatamente il pensiero sottostante all'intervento integrato e le modalità per la sua migliore attuazione da parte del singolo professionista e dei Servizi coinvolti. Infatti, la finalità di queste è di rispondere al meglio, attraverso la coordinazione dei Servizi, ai copiosi bisogni socio-sanitari.

Tra i principi fondanti, innanzitutto, individuiamo: l'apertura e l'accoglienza; la dignità e il rispetto degli individui con doppia diagnosi, che non devono essere esclusi a causa della loro condizione; la parità di attenzione e di cura per l'una e l'altra patologia, le quali, essendo entrambe condizioni croniche e recidivanti, richiedono un supporto a lungo termine. Sono da indicare altri punti fondamentali dell'assistenza, ovvero il ruolo importante del lavoro in squadra, della continuità delle cure e della personalizzazione del percorso. Avere un *team* qualificato e competente porta con sé, anche per il personale stesso, il maggior supporto nelle situazioni più complesse e l'opportunità di riflessione. Mentre con "continuità delle cure" si fa riferimento all'aspetto di relazione con la persona e tra i Servizi coinvolti e rinvia alla regolarità, all'intensità degli interventi ed alla loro risposta alle mutevoli necessità.

Tutti gli interventi, oltre alla garanzia di continuità, vengono attuati nella prospettiva di riduzione del danno, di modifica del comportamento e di prevenzione delle ricadute.

Alla base dell'intervento sulla doppia diagnosi c'è l'utente con grave malattia mentale e abuso di sostanze coesistenti, assieme ai suoi *caregiver* e la restante cerchia di soggetti coinvolti. I nodi cardini, nel primo contatto, sono l'identificazione e il supporto di queste persone, concentrandosi sulla valutazione iniziale e cercando di rispondere alle loro esigenze, il più prontamente possibile in quanto queste potrebbero causare una ricaduta e problemi economico-sociali. Inoltre, non ci si deve dimenticare degli ostacoli di accesso ai Servizi, che questi individui potrebbero incontrare, a causa dello stigma e delle possibili compromissioni fisiche. Adottare un approccio centrato sulla persona aiuterà il paziente nella comprensione, accettazione e lavoro per il superamento delle

proprie difficoltà, ma è anche garanzia di una maggiore personalizzazione del percorso che viene ritagliato sui suoi bisogni, sulle sue risorse e restando concreti sulla sua realtà territoriale. Come anche per coloro cui soffrono di un singolo disturbo, il fine primario dei progetti è il miglioramento della qualità di vita nell'ottica di raggiungere la maggior autonomia possibile, passando attraverso la consapevolezza di malattia e la gestione della psicopatologia e delle ricadute.

Mentre ci si occupa dell'aggancio, è fondamentale attuare un attento e completo *assessment* del quadro diagnostico e dei bisogni, sia di salute mentale sia dell'aspetto delle sostanze. L'assistenza coordinata va rivista ed aggiornata periodicamente, apportando una stretta collaborazione tra i Servizi i cui *target* sono la psicopatologia, i problemi con le sostanze, il fattore socio-economico e di salute fisica. L'utente va coinvolto, come anche i *caregiver* e la famiglia qualora egli lo desideri, attraverso la condivisione di tutte le informazioni disponibili, cosicché possa essere partecipe nella scelta di ciò che ritiene più consono alle sue esigenze, e di una copia del progetto.

La costruzione della relazione e del percorso non è una strada facile, richiede molto tempo ed è fatta di piccoli miglioramenti. Assieme al paziente si vagliano: il ruolo di sostegno delle proprie capacità all'interno del piano di cura, le esperienze passate, le modalità di supporto, i bisogni e le strategie per soddisfarli. Insieme si prende visione dei motivi per i quali si potrebbe interrompere l'accesso al Servizio, dalle ragioni più personali (come la paura del pregiudizio, un cattivo rapporto con l'operatore), a fattori culturali, economici ed ambientali (ad esempio una difficoltà di trasporto). Nel rapporto è bene adottare atteggiamenti di ottimismo e positivismo, rimanendo concreti rispetto alle prospettive e non tralasciando la revisione costante, ad ogni contatto, del progetto.

È bene prevedere degli incontri individuali per lavorare ed incoraggiare la persona con doppia diagnosi e i suoi *caregiver*. Nel corso di questi le tematiche principali sono: il come l'individuo sta affrontando l'attuale situazione di malattia e l'impatto di essa, il monitoraggio degli obiettivi attuali e futuri, il monitoraggio dei sintomi, l'analisi degli aiuti necessari e il sostegno a coloro che si occupano del paziente. Il supporto da parte del professionista rappresenta una funzione di appoggio a trecentosessanta gradi, dagli aspetti più pratici (ad esempio per i lavori domestici)

al supporto organizzativo ed emotivo, come la progettazione della ricerca lavoro o l'affrontare un colloquio di lavoro.

La collaborazione tra i Servizi si realizza grazie a comunicazione regolare, responsabilità condivisa per la progettazione, applicazione e revisione del piano di cura. Quest'ultimo deve includere anche la cura e l'igiene personale (comprendendo dieta, attività fisica, fumo, conseguenze dell'uso di sostanze ed alcool, pratiche sessuali), le relazioni familiari e sociali, l'abitazione e le abilità per la vita quotidiana e lavorativa. È altresì importante concentrarsi sulle attività che migliorano il benessere, il senso di appartenenza e di avere uno scopo, come la partecipazione ad attività sportivo-ricreative o gruppi comunitari (esempio: volontariato).

Il percorso deve essere revisionato attraverso riunioni interservizio multidisciplinari almeno annualmente, anche se l'ideale sarebbe di rivederlo ogni qual volta ne subentrino le circostanze.

La pluralità di figure all'interno di una stessa *equipe* fa nascere necessità di tipo organizzativo e di coordinazione, alle quali si fa fronte, con l'individuazione di un coordinatore dell'assistenza (*Case Manager*). Costui rappresenta l'operatore di riferimento dell'utente, si preoccupa di tenere unito il quadro in un'ottica di assistenza flessibile e personalizzata, è garante della comunicazione interservizio e delle riunioni congiunte di verifica.

Agire secondo un approccio integrato significa lavorare oltre quelli che sono i confini tradizionali del Servizio, migliorandone l'impegno di tutti, rispondendo in modo congiunto alle richieste e alla gestione del rischio. Ma significa anche valutare e monitorare tutti assieme i bisogni e le circostanze, monitorare la qualità del Servizio e mettere in condivisione i dati. L'integrazione mira a soddisfare le esigenze e le preferenze sanitarie, sociali e non solo, a facilitare l'accesso ai Servizi di assistenza socio-sanitaria di base, ad assicurarsi l'aggancio e che la persona segua il progetto. L'assenza ad un appuntamento concordato o ad una attività e la perdita di contatto sono dei campanelli d'allarme, di conseguenza diventa basilare mettere in atto il *follow-up* (contattare la persona o fare una visita al suo domicilio; confrontarsi con altri soggetti coinvolti nel progetto; intervenire attraverso i Servizi di emergenza, qualora ne sussistano preoccupazioni e

presupposti per la messa in atto di comportamenti a rischio, come l'autolesionismo e il suicidio).

Un elemento fondamentale, come già descritto precedentemente, è la condivisione delle informazioni tra i Servizi coinvolti nell'assistenza e, a tale scopo, le linee guida sottolineano l'essenzialità di stipulare un protocollo. Questo perché solo con la comunicazione e lo scambio, in tempo reale, è possibile applicare a pieno un approccio coeso e coerente ai bisogni. Oltre al fatto che, così facendo, si garantisce la comune conoscenza della situazione e dei movimenti del percorso, l'assunzione condivisa di responsabilità nel restituire *feedback* tempestivi e comunicare regolarmente i progressi. La costante condivisione di progressi, aree di miglioramento e consigli è un determinante importante per la riuscita dell'intervento, ecco perché deve essere attuato in itinere il monitoraggio e l'esaminazione di tutto il processo, e non solo al termine.

Il percorso non è costituito solo da successi e miglioramenti, bensì fanno parte del processo anche le crisi e le ricadute, motivo per il quale è importante provvedere a supportare al cambiamento e a prevenire le ricadute. Ma soprattutto preparare quelli che sono dei piani di crisi e di emergenza, sia per l'individuo con comorbidità sia per i suoi *caregiver*, e tenerli aggiornati al mutare della situazione, oltre che stimolare la relazione con il Servizio. All'interno della programmazione rientra la pianificazione delle dimissioni in cui deve essere vagliata la possibilità di ricaduta e, per tanto, vi vanno inseriti i riferimenti a cui ci si dovrà rivolgere nell'eventualità. Fare questo restituisce alla persona un senso di sicurezza, normalizza le ricadute, permette di ridurre lo stigma e la vergogna, favorendo l'accesso al Servizio e, di conseguenza, la riduzione del danno.

Gli esiti di questo tipo di intervento sono influenzati anche dal lavoro e dal supporto al personale. Al *case manager* va garantita una supervisione e uno sviluppo professionale tale che gli permetta di fornire e coordinare un'adeguata assistenza flessibile e personalizzata. Mentre, in generale, per tutti gli operatori coinvolti ci si dedica alla loro resilienza e tolleranza, cosicché riescano a provvedere, per il tempo sufficiente, all'aiuto di cui gli utenti hanno bisogno per dotarsi degli strumenti necessari di fronte ad una ricaduta o una crisi, a tutela di una dimissione troppo precoce o di un'esclusione dal Servizio.

Per lavorare ulteriormente sullo stigma e sulla prevenzione dal *drop-out*, entra in gioco l'accessibilità al Servizio, in termini sia di orari di apertura ma anche di ambienti sicuri e discreti. Questo, assieme al fatto di fornire informazioni sugli altri Servizi e, eventualmente, il contatto con essi, permette di migliorare la stessa assistenza nei confronti dei pazienti.

Un ulteriore suggerimento organizzativo, data dal NICE in questo documento per il soddisfacimento dei bisogni della persona con comorbidità, è quello di adattare i Servizi specialistici già esistenti e non di creare un ulteriore Servizio specialistico per la doppia diagnosi.

La messa in atto delle linee guida internazionali e degli interventi *evidence-based* per la doppia diagnosi è un processo che potrebbe implicare del tempo, sia per la formazione e la pratica del personale, ma anche per l'allineamento tra la realtà locale e le indicazioni. Per riuscire a calare le raccomandazioni nel Servizio ed integrare la loro applicazione, è prima necessaria una valutazione del loro contenuto, delle aree di miglioramento e dei parametri di misurazione. Successivamente, per rendere attivi i cambiamenti utili all'attuazione delle linee guida, si procede con l'individuazione di un progetto, contenente tutte le tappe da affrontare, e di qualcuno che si preoccupi di supervisionare i lavori e supportarli.

3.1.2.2 – L'indirizzo regionale: DDG n.96 del 16 settembre 2020 “Linee di indirizzo regionali per la definizione tra i Dipartimenti Salute Mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze per favorire percorsi di cura integrati con doppia diagnosi”

Emersa l'efficacia dei trattamenti integrati rispetto all'utenza con comorbidità tra disturbo psichiatrico e disturbo da dipendenza, con lo scopo di migliorarne l'assistenza e la cura, in Italia si è cercato di provvedere a adattare i Servizi interessati attraverso provvedimenti nazionali e regionali. La collaborazione interservizi, come all'inizio del capitolo, è sancita a livello nazionale attraverso i PDTA derivanti dal PANSM, però la concreta attuazione regionale si ha attraverso i decreti regionali e i protocolli di collaborazione dipartimentale.

Calandoci nella realtà della regione Veneto è possibile individuare, nel DGR n. 3745 del 5 dicembre 2003, l'approvazione di un primo protocollo operativo fra DSM e DD delle Aziende ULSS per l'intervento congiunto rivolto alle persone con

doppia diagnosi. Successivamente, nel settembre 2020, allo scopo di agevolare l'integrazione si ha la divulgazione del DDG n.96, il quale descrive quelle che sono le linee di indirizzo regionale utili per redigere i protocolli operativi di collaborazione tra i dipartimenti.

Quest'ultimo decreto si preoccupa in prima battuta di introdurre ed inquadrare il concetto della doppia diagnosi descrivendo di che cosa si tratta e del perché della rilevanza di questi quadri, anche da un punto di vista epidemiologico. Successivamente si costruisce intorno a quello che è il "Percorso di cura del paziente con comorbidità psichiatrica" e il "Setting Assistenziale".

- Percorso di cura del paziente con comorbidità psichiatrica ("Doppia Diagnosi")

In questa sezione, oltre a riprendere i riferimenti normativi nazionali e regionali, vengono descritte le modalità attraverso cui l'individuo riesce ad accedere al percorso di cura integrato e le componenti clinico-terapeutiche che costituiscono quest'ultimo.

L'apertura dell'intervento integrato è garantita, previa valutazione, sia all'utenza già conosciuta dal DSM o dal DD sia alle persone nuove, non ancora prese in carico da nessuno dei due Servizi. Nel primo caso l'invio all'altro dipartimento, per terminare la valutazione della necessità di attivare questo tipo di percorso, deve essere fatto posteriormente ad un'attenta diagnosi differenziale. Mentre nel secondo, la prassi prevede l'accesso del paziente a uno dei Servizi (CSM, Ser.D.) in modo diretto oppure, tramite consulenza specialistica, dal Pronto Soccorso o da un altro reparto ospedaliero. Altre modalità di invio sono le richieste di valutazioni specialistiche redatte dal medico di medicina generale (MMG), dal pediatra di libera scelta (PLS), dalla neuropsichiatria infantile (NPI) o dall'Autorità Giudiziaria.

Indipendentemente da quale sia la procedura, viene ricordata la necessità di un coinvolgimento fin dall'inizio dell'individuo, oltre che dei familiari e dei medici di base/pediatrati.

Una volta constatata la comorbidità deve essere stabilito il grado di coinvolgimento dei diversi Servizi e, di conseguenza, deve essere stabilita la titolarità della presa in carico. Quest'ultima porta con sé ripercussioni sul piano etico e gestionale, in quanto è in relazione con la responsabilità della messa in

atto dei percorsi terapeutici-assistenziali. Nel momento in cui viene approvata la presa in carico integrata, nei quadri più complessi che necessitano di livelli assistenziali consistenti, si va a strutturare un'*equipe* multidisciplinare. Questa si occupa di portare a termine l'*assessment* per poi redigere il PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato), utile in sede di UVMD (Unità di Valutazione Multi-Disciplinare), e individuare il *Case Manager*.

Questa parte del decreto si conclude con la descrizione dei compiti, delle responsabilità e dei requisiti delle componenti dell'intervento (*equipe* multidisciplinare, *case manager*, UVMD, PTRI) che più avanti nel testo, nel paragrafo dedicato ("Elementi cardine di un percorso integrato per l'utente doppia diagnosi"), procedo alla loro illustrazione.

- *Setting Assistenziale*

La seconda sezione riporta le diverse modalità di presa in carico, secondo l'aspetto spazio-temporale, ed i relativi elementi che dovrebbero essere assicurati nelle cure. Nello specifico individua l'intervento ambulatoriale, ospedaliero, del pronto soccorso e l'aspetto di residenzialità e semi-residenzialità (area riabilitativa).

Da garantire, invece, sono le seguenti componenti esplicitate: la valutazione psicodiagnostica (diagnosi differenziale); il trattamento farmacologico, che deve tenere in considerazione le interazioni farmacologiche, gli effetti psichiatrici e internistici; il monitoraggio tossicologico e delle patologie internistiche correlate; gli interventi psicoeducativi e di supporto dell'utente e dei *caregivers*, di prevenzione delle ricadute e di riduzione del danno.

Setting Ambulatoriale: i Servizi Territoriali

Il CSM (Centro di Salute Mentale) e il Ser.D. (Servizio per le Dipendenze patologiche) rappresentano la modalità di trattamento principale e corrispondono ai Servizi territoriali rispettivamente del DSM e del DD, si occupano dell'*assessment* diagnostico e della creazione congiunta del PTRI.

Il momento della valutazione è il primo passo che deve essere affrontato per stabilire quali Servizi coinvolgere, secondo quale intensità e se vi è il bisogno di ricorrere all'*equipe* multidisciplinare.

Quest'ultima, infatti, viene coinvolta solamente a seguito della diagnosi differenziale con i Disturbi Mentali Indotti da Sostanze (DMIS). L'*assessment* e la formulazione della diagnosi deve essere fatta, basandosi sui sistemi nosografici ICD e DSM, attraverso strumenti validati e raccogliendo informazioni circa i dati anamnestici ed il decorso clinico. Inoltre, in questa fase si deve ricorrere agli accertamenti tossicologici, alla verifica della relazione tra l'effetto atteso dal tipo di sostanza utilizzata e il quadro clinico presentato, all'obiettività clinica e all'esame psichico.

Lo scopo del percorso diagnostico è quello di individuare le patologie, ma anche di stabilire il nesso causale, in quanto in relazione a quest'ultimo si adottano modelli clinico-organizzativi differenti.

L'indirizzo regionale suggerisce di ricorrere alle indicazioni contenute nel DSM-5 per distinguere le diverse relazioni tra le patologie. Quando è necessario discernere tra un disturbo psichiatrico primario con comorbidità ed un DMIS, viene utilizzato il principio secondo cui tutti i quadri persistenti oltre un mese di astensione sono da considerare primari, fatta eccezione per i disturbi neurocognitivi/demenze, amnesia correlata ad alcool e sedativi, *flashback* legati agli allucinogeni. Mentre, per riconoscere tra un disturbo psichiatrico primario con comorbidità e la presenza in parallelo delle due malattie, il manuale individua i seguenti criteri: correlazione causale tra sostanza e sintomatologia psichiatrica manifestata nel corso dell'intossicazione o astinenza; relazione temporale tra assunzione e comparsa di sintomi psichiatrici; coerenza e proporzionalità tra tipologia di sostanza, dose e durata del consumo e la sintomatologia psichiatrica sviluppata; risoluzione spontanea dei sintomi, entro sei mesi, dalla rimozione del fattore eziologico.

I modelli clinico-organizzativi individuati dal PANSM per la gestione dei percorsi di cura sono tre e rappresentano gli schemi organizzativi di lavoro tra DSM, DD e medicina generale, tra NPI e PLS, Servizi psicologici o sociale e territoriali (es. scuole). Questi sono:

- *Collaborazione/consulenza*: utilizzato con tutti quei pazienti i cui quadri non richiedono, in modo continuativo, il ricorso ai Servizi specialistici.

- *Assunzione in cura*: modello da adottare per le persone che hanno bisogno di cure specialistiche, però non di progetti complessi e multi-disciplinari.
- *Presa in carico*: corrisponde al trattamento integrato. È lo schema di cui avvalersi nel caso di utenti con bisogni complessi, per i quali urge una valutazione ed un intervento multidimensionale e multiprofessionale. Prevede, oltre alla stesura del PTRI e del *case manager*, l'individuazione e reintroduzione nel percorso di quelle persone che sono uscite dal circuito di assistenza, le quali tuttavia necessitano ancora o nuovamente di essere seguite. Ma include anche il coinvolgimento delle famiglie nelle cure e l'implementazione della prevenzione attraverso la collaborazione con Enti locali e scuole.

L'adozione dell'uno e dell'altro modello viene fatta sulla base del quadro diagnostico, della relazione tra i disturbi e delle indicazioni riportate all'interno dei PDTA approvati dalla regione. Per rendere più facile individuare quali Servizi coinvolgere e come farlo, nel DGR 96/2020 sono stati inseriti dei diagrammi relativi alla comorbidità specifiche tra disturbi correlati alle sostanze e disturbi schizofrenici o disturbo bipolare, disturbi gravi di personalità e Depressione. Tuttavia, più in generale l'assunzione in cura o la presa in carico, a seconda della complessità, avviene secondo le seguenti distinzioni:

- *Disturbo psichiatrico primario e disturbo da consumo di sostanze secondario*. La titolarità è in capo al DSM mentre al DD, in base alla gravità del quadro, è relegata l'attività di collaborazione o assunzione in carico per la parte che concerne la dipendenza;
- *Disturbo da dipendenza primario*. Vengono qui racchiusi i quadri di DMIS in cui la psicopatologia è conseguenza dell'assunzione di sostanze e scompare con la disintossicazione. La titolarità è del DD, il DSM è coinvolto attraverso collaborazione o assunzione in cura o presa in carico in funzione delle possibili recidive, riacutizzazioni dei sintomi psichiatrici e della loro prevenzione;
- *Disturbi in parallelo*. Rientrano in questa categoria le situazioni per cui si è certi che il consumo di sostanze non induce la sintomatologia psichiatrica e che, patologia psichiatriche e disturbo da uso di sostanze, siano entrambi presenti.

Qui i Servizi del DSM e del DD operano in modo congiunto nella presa in carico o nell'assunzione in cura.

In questa sezione dedicata al *setting* ambulatoriale è stato previsto un paragrafo dedicato alla fase di dimissione, *follow-up* ed alle eventuali riammissioni. Nel caso dei disturbi da dipendenza, il periodo di remissione completa (ovvero di non soddisfacimento dei criteri del disturbo, fatta eccezione per il *craving*), sufficiente per decretare la dimissione, è di 12 mesi (o sei per i quadri lievi) ed i successivi controlli di *follow-up* dovrebbero avvenire a 3-6-12 mesi nel primo anno, a 6-12 mesi nei successivi. La remissione dei disturbi psichiatrici è sancita con un buon livello di compenso psicopatologico e le visite di *follow-up* vengono programmate sulla base della natura e delle caratteristiche della malattia psichiatrica. Se dovesse verificarsi una ricaduta di qualsiasi entità nelle sostanze o dei sintomi psichiatrici, la riammissione dovrebbe essere garantita e alquanto rapida.

Setting Ospedaliero

I pazienti doppia diagnosi sono caratterizzati da frequenti ricoveri ospedalieri, sia presso l'SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) sia presso altri reparti. Se nel corso di una ospedalizzazione nasce il sospetto di un possibile consumo di sostanze o di un disturbo da dipendenza, i protocolli prevedono una valutazione ed un inquadramento della persona attraverso gli esami ematochimici, tossicologici, di rilevazione dell'alcolemia e la consulenza da parte dei Servizi specialistici (CSM, Ser.D., NPI).

Che la persona si trovi in SPDC o in un altro reparto ospedaliero di area medico-chirurgica, se e quando emerge la necessità di una consulenza specialistica, per la malattia psichiatrica e/o dipendenza, la richiesta deve essere fatta quanto più prontamente possibile e la visita deve avvenire entro due giorni lavorativi. Questa, per i nuovi utenti, potrebbe rappresentare il primo contatto con i Servizi e l'atto propedeutico all'attivazione dell'equipe multidisciplinare.

Il potenziale spostamento in SPDC, da un altro reparto, può essere effettuato solo a seguito della consulenza psichiatrica e della valutazione internistica. Mentre, la collaborazione tra i dipartimenti deve essere celere, al fine di ottimizzare gli esiti di trattamento e di minimizzare il rischio di un *drop-out* precoce.

Per assicurare la continuità terapeutica nel territorio, in fase di dimissione è bene stabilire una visita specialistica di controllo entro quindici giorni al termine del percorso ospedaliero.

Pronto Soccorso (PS)

Anche le persone affette da patologia psichiatrica o da dipendenza si recano al PS. Qui, molte volte, oltre al trattamento per la condizione causa dell'accesso, può essere utile una consulenza specialistica di emergenza (da effettuare quanto prima possibile) o di urgenza differibile a 48-72 ore (gestione ambulatoriale a risposta rapida). L'utente, previa consulenza psichiatrica, potrebbe essere trasferito in SPDC laddove ne sussistano i presupposti.

Questo paragrafo riporta il *triage*, suddiviso per fasi e relativi professionisti responsabili, che il paziente con comorbidità affronta nel momento in cui accede in PS. Dopo un primissimo inquadramento infermieristico, la valutazione ed il trattamento delle eventuali condizioni organiche è in capo al medico di PS che ricorrerà ad una consulenza psichiatrica e/o da parte del Ser.D. qualora lo ritenga necessario.

Oltre alle situazioni emergenziali di carattere medico-organico, in PS si possono presentare, e devono essere gestite, le emergenze psichiatriche che sono identificate come "disturbi comportamentali di natura psichiatrica". Queste sono dei cambiamenti acuti nel comportamento, i quali ricadono negativamente sulla capacità di interagire con l'esterno. Per decidere circa il trattamento specialistico da adottare (consulenza, terapia farmacologica, ricovero o altro), il medico di medicina d'urgenza deve effettuare un attento *screening* per valutare l'assenza o la presenza di eventuali condizioni organiche sottostanti, che possano meglio spiegare la presentazione clinica manifestata dal paziente. Inoltre, si preoccupa di: esaminare la sicurezza dal punto di vista psichiatrico (es. idee suicidarie, omicidiarie); assicurare la miglior gestione e trattamento nel contesto specifico del PS; garantire la sicurezza e il benessere psicofisico proprio e del personale, qualora la persona abbia comportamenti di violenza o forte agitazione.

Area Riabilitativa: percorsi riabilitativi residenziali e semi-residenziali

Come illustrato in seguito, quando parliamo di riabilitazione in psichiatria, nelle dipendenze e nella doppia diagnosi, facciamo riferimento al concetto di *recovery*.

I percorsi riabilitativi non hanno solo l'obiettivo del recupero e della prevenzione degli esiti di malattia, ma si preoccupano anche di tutte le abilità che garantiscono il ruolo sociale e relazionale, l'autonomia e l'individualità. Di conseguenza tra le finalità sono ricompresi il lavoro, l'abitazione, le relazioni sociali e la partecipazione nella comunità. Gli interventi riabilitativi fanno parte del percorso integrato e pertanto sono compresi all'interno del PTRI, vengono progettati e programmati dall'intera equipe multidisciplinare che li costruisce intorno a quelli che sono i bisogni e le risorse, le aree deficitarie e il funzionamento globale, gli scopi e i desideri della persona.

La componente riabilitativa dovrebbe essere portata avanti in tutti i diversi *setting* di trattamento, a partire da quello ospedaliero, in relazione alle esigenze dell'utente in quel momento. I percorsi si svolgono soprattutto attraverso i Servizi territoriali (*setting* ambulatoriale), la residenzialità extra-ospedaliera e la semi-residenzialità.

Nella parte dedicata alla residenzialità extra-ospedaliera, il decreto riprende i riferimenti normativi per la descrizione delle strutture del DSM e del DD, nella loro tipologia ed intensità di intervento.

Fino al 2022 non erano previste specifiche strutture accreditate per l'utenza con doppia diagnosi, tanto è vero che l'offerta terapeutica-riabilitativa è, ancora oggi, rivolta primariamente alle persone con le singole problematiche, solo psichiatriche o solo date dal disturbo di consumo di sostanze. Analizzando i criteri di accessibilità dei due sistemi residenziali si riscontra come la presenza di "dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica" sia un fattore di esclusione per l'ammissione alle strutture del DSM. Mentre, i quadri di comorbidità psichiatrica (purché compensati) non rientrano tra i parametri di esclusione per l'accesso alle unità d'offerta gestite dal DD, tuttavia quest'ultime non hanno i requisiti adatti per la cura di questa tipologia di pazienti.

Il 30 dicembre 2022 è stata fatta una delibera (D.G.R n. 1699/2022) nella quale sono stati approvati i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento istituzionale della Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta per pazienti affetti da Comorbidità Psichiatrica (CTRP - CP).

Ciò nonostante, nella realtà attuale della regione Veneto le strutture con moduli per la doppia diagnosi, in cui sono accettati piani terapeutici congiunti, sono poche e sono tutte afferenti al DD, nello specifico vengono identificate come “Servizio residenziale di tipo C (specialistico)”. Qui l’inserimento avviene previa valutazione da parte dell’UVMD. Per quanto riguarda la spesa della retta giornaliera, prevista specificatamente dalla budgettizzazione del Ser.D. per le comunità di fascia C, viene coperta dalla compartecipazione di entrambi i Servizi. È però da precisare che non tutte queste strutture specialistiche prevedono la duplice contribuzione, per cui il costo è solo a carico del Ser.D. anche per i pazienti con comorbidità.

Gli obiettivi di un percorso residenziale sono la valutazione psicodiagnostica, il compenso psicopatologico e comportamentale, la prevenzione delle ricadute, gli interventi psico-educativi, di supporto, riabilitativi e di recovery. Di conseguenza, anche la residenzialità fa parte del PTRI ed è la stessa *equipe* multidisciplinare che si preoccupa di presentare il progetto alla comunità e di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di questa fase, nell’ottica della continuità delle cure. Perseguendo il fine ultimo di un reinserimento sociale, abitativo e occupazionale.

La componente semi-residenziale si realizza attraverso i Centri Diurni (CD) e i *Day Hospital* (DH) territoriali. Come per la residenzialità, anche queste strutture semi-residenziali sono distinte a seconda del dipartimento a cui afferiscono e la presenza di un disturbo da uso di sostanze rappresenta uno dei criteri di esclusione alla frequentazione delle unità psichiatriche. Il CD e il DH del DSM si interessano del recupero delle disabilità legate alla patologia psichiatrica attraverso interventi *evidence-based* e attività per il reinserimento sociale. Mentre, i Servizi semi-residenziali del DD sono specificatamente formati per la gestione della dipendenza ma anche del recupero dell’autonomia personale, il reinserimento ed integrazione sociale.

Ad occuparsi dell’inserimento nei Servizi semi-residenziali e del monitoraggio è l’*equipe* multidisciplinare inviata, alla quale rimane la titolarità della presa in carico della persona e del medesimo fine ultimo dei progetti residenziali (reinserimento sociale, abitativo e occupazionale).

3.1.3 - Elementi cardine di un percorso integrato per l'utente doppia diagnosi

- Equipe multidisciplinare

Dalla multidimensionalità delle svariate esigenze nasce la necessità di istituire, in virtù dell'approccio diagnostico-terapeutico integrato, un gruppo di lavoro interdipartimentale composto da professionisti di ambiti differenti e, per tanto, contraddistinti per conoscenze, formazione e impostazioni lavorative diverse. Questi tratti distintivi tra i singoli permettono di analizzare più accuratamente e integrare le diverse aree funzionali, oltrepassando la visione categoriale, e di fondere interventi farmacologici, psicologici, educazionali e sociali per la persona e i suoi *carers*.

L'*equipe* multidisciplinare si incontra regolarmente, svolge un'attività di filtro e di collegamento tra i Dipartimenti e con il territorio. Si occupa di completare la valutazione del quadro, stabilendone la titolarità in funzione della priorità clinica, e predispone il PTRI, di cui condivide obiettivi e strumenti con i soggetti coinvolti. Si preoccupa dell'attuazione, monitoraggio e misurazione dell'efficacia dei percorsi, cercando di creare una rete assistenziale ed applicare interventi *evidence-based*.

La complessa gestione di questi pazienti rende necessaria una continua formazione specifica dove i contenuti trasversali (tecnico-clinici, gestionali, organizzativo-assistenziali) vertono sulla metodologia di lavoro in gruppo e sugli strumenti per massimizzare l'integrazione.

- Case Manager – Modello di Case Management

Gli studi mostrano il ruolo migliorativo, di questi elementi, rispetto alla relazione di fiducia, da parte degli utenti, nei confronti degli operatori e della motivazione. La loro validità nella gestione dei percorsi assistenziali si osserva in tutti gli ambiti (ospedaliero, territoriale e domiciliare) e fasi (acuzie e cronicità comprese).

Il *case manager* rappresenta la figura centrale dell'*equipe* curante ed il punto di riferimento del paziente; è il garante dell'unicità (intesa come personalizzazione e integrazione dei Servizi) e della continuità terapeutica, del coordinamento e collegamento tra professionisti, utente, familiari, rete socio-assistenziale e contesto sociale. Di conseguenza diviene la figura di supporto nelle crisi, di raccordo tra le istituzioni e i Servizi coinvolti, di garanzia dei *follow-up* e del

progetto terapeutico. Si avvale di capacità trasversali gestionale-organizzative, clinico-assistenziali e relazionali che gli permettono di accrescere l'efficacia di trattamento, ridurre il *drop-out* e favorire il modello di cura collaborativo. La componente di relazione diventa investimento relazionale a lungo termine che, a sua volta, favorisce l'aggancio e l'aderenza al trattamento, facilita il processo di motivazione e mentalizzazione, favorendo l'apprendimento di sé stessi e degli altri.

Invece, il *case management* corrisponde al processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione degli interventi.

Le funzioni, suddivise in "processi" e "azioni", e le capacità, che compongono il *core curriculum*, sono descritte in modo più analitico nell'allegato del decreto n.96 del 2020 emanato dalla regione Veneto. Inoltre, dato il ruolo cardine e complesso, sono stati attivati dei master universitari a sostegno di una formazione avanzata del *case manager*.

- Unità di Valutazione Multi-Disciplinare (UVMD)

Si tratta di un'articolazione multi-professionale dell'organizzazione distrettuale e rappresenta, per i pazienti con bisogni socio-sanitari complessi, la porta di accesso a servizi territoriali ed, in alcuni casi, a supporti economici. Attraverso una valutazione multidimensionale, interviene nella definizione del percorso e della sua verifica, prendere visione del PTRI stilato dall'*equipe*. Inoltre, specifica le responsabilità tra i dipartimenti, anche in termini di impegno di spesa.

L'UVMD viene coinvolta non solo nella fase iniziale, ma anche nei monitoraggi in itinere (quando necessario), al termine del percorso e nei *follow-up* post-dimissione.

- Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)

Viene definito e redatto dall'*equipe* multidisciplinare, al termine della valutazione interservizio, per e con l'utente. È uno strumento chiave che pone al centro la persona, il suo funzionamento globale e la sua percezione della qualità di vita; delinea le aree di intervento, gli obiettivi da raggiungere e le risorse disponibili, i tempi previsti, le fasi di monitoraggio e di verifica. L'approccio consequenziale permette di avere chiare le tappe da affrontare e gli obiettivi da raggiungere.

Il PTRI, derivando da un lavoro congiunto, assume anch'esso un carattere multidisciplinare e integrato. Ciò gli permette di vagliare ed agire, secondo il modello bio-psico-sociale, su dimensioni e ambiti differenti allo scopo di favorire l'incremento della soddisfazione personale e dell'autonomia, ma delle abilità, del funzionamento, del ruolo e, di conseguenza, delle risorse e dell'*empowerment*. Prima di compilarlo deve essere effettuato un adeguato *assessment* attraverso metodologie più o meno strutturate, dall'osservazione al colloquio all'intervista, fino ad arrivare ai test. Gli strumenti adottati più idonei è bene che vengano scelti sulla base dell'ambito da indagare e sono da preferire quelli a valenza scientifica come: HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*), GAF (*Global Assessment of Functioning*), VADO (Valutazione di Abilità, Definizione degli Obiettivi) e LQL (*Lancashire Quality of Life Profile*).

Il progetto è dinamico e flessibile, per tanto deve essere aggiornato regolarmente, in funzione della persona, delle situazioni e del contesto. Tra gli altri requisiti individuati la temporaneità (possedere un inizio e una fine), la misurabilità e la riproducibilità, in quanto gli obiettivi contenuti devono essere quantificabili, applicabili e messi in pratica.

3.1.4. - La recovery e l'orientamento dei percorsi riabilitativi

La traduzione letterale del termine inglese "Recovery" corrisponde a "guarigione, recupero", ma questa non definisce in modo soddisfacente quelli che sono i processi di *recovery* in salute mentale. In passato si riteneva la malattia mentale una condizione immutabile, di cui l'individuo era vittima passiva, e il quadro veniva descritto basandosi solamente sui segni, non considerando quello che è il funzionamento globale della persona calato nella sua realtà, nelle sue necessità e risorse, nei suoi desideri. Oggigiorno questa prospettiva è cambiata, la moderna definizione di *recovery* e percorsi orientati alla *recovery* oltrepassa i confini classici del concetto di guarigione che era inteso come scomparsa della malattia, remissione completa dei sintomi o come *restitutio ad integrum*. Bensì sta ad indicare il raggiungimento di una qualità di vita ritenuta buona e soddisfacente da parte del paziente stesso, accettando e superando i limiti dati dal disturbo. C'è una stretta relazione con l'*empowerment*, ovvero il processo di crescita interiore che permette lo sviluppo della conoscenza e consapevolezza di sé, delle proprie

scelte e decisioni, dell'autostima e del senso di autoefficacia. Grazie al coinvolgimento, alla responsabilizzazione e all'attribuzione di un ruolo attivo all'utente, i programmi riabilitativi *recovery-oriented* permettono il recupero di abilità compromesse e lo sviluppo di nuove, con una conseguente ricaduta positiva sull'autodeterminazione e la riacquisizione di un ruolo valido. Questo approccio rende la persona, e non la malattia, il focus del proprio trattamento, riconoscendo la possibilità di cambiamento e la sua dignità come individuo.

Per applicare in modo effettivo questo approccio bisogna evitare il mentalismo, il quale crea situazioni di altruismo e generosità non veri. Il mentalismo si può individuare a livello culturale (nei soggetti che dettano i criteri e le regole sociali dominanti), strutturale (in coloro che si occupano, tramite decisioni e controllo, dell'uso e dell'accesso alle risorse), della formazione dei professionisti, dei loro atteggiamenti e della loro modalità di comunicazione, e delle istituzioni (politiche, procedure, programmi e metodi di intervento che costringono la persona ad una posizione di dipendenza). Per comprendere meglio cosa è il mentalismo è bene osservare quali sono gli assunti su cui si basa, inserisco di seguito la tabella che gli illustra (Figura 2.1 - Tabella degli assunti del mentalismo).

Figura 2.1 - Tabella degli assunti del mentalismo

- Le persone con disabilità psichiatrica sono pericolose, imprevedibili e temibili.
- Le persone con disabilità psichiatrica sono più bambini che adulti.
- Le persone con disabilità psichiatrica sono strutturalmente diverse dagli altri individui.
- Le persone con disabilità psichiatrica non fanno ciò di cui hanno bisogno.
- Le persone con disabilità psichiatrica sono irrazionali e vanno ignorate.
- Le persone con disabilità psichiatrica non devono correre rischi e devono essere protette dai fallimenti.
- Le persone con disabilità psichiatrica devono avere qualcuno che decida cosa sia meglio per loro.
- Le persone con disabilità psichiatrica devono guadagnarsi il diritto alla normalità.

Quando parliamo di *recovery* non ci riferiamo ad un singolo intervento, ma piuttosto ad un percorso fondato sui principi della multidimensionalità e della personalizzazione, in cui è l'individuo a gestire il proprio disturbo e la propria vita in modo autonomo, incluso nel suo ambiente sociale. Si lavora assieme all'utente rispetto alle strategie e abilità utili per affrontare le diverse e possibili situazioni,

sviluppare le capacità sociali e relazionali, riconoscere ed utilizzare gli adeguati supporti e riconoscere i propri limiti. Non è un percorso lineare di crescita, si possono incontrare delle fasi di stallo o di ricaduta e questo è normale, ecco però che diviene importante la resilienza ed il riconoscimento, la gestione e l'accettazione di queste.

Anche la SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), succursale del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti che si preoccupa di migliorare la qualità e la disponibilità dei Servizi di trattamento e riabilitazione dei disturbi psichiatrici e delle condizioni di abuso di sostanze, ha analizzato e definito la *recovery*. Essa è descritta come il “*processo di cambiamento attraverso il quale gli individui migliorano la propria salute e il proprio benessere, vivono vite autonome e cercano di raggiungere il loro pieno potenziale.*” e restituisce il timone del progetto alla persona, la quale viene spinta a fare leva sui suoi punti di forza, talenti, capacità di adattamento, risorse e valori. Sebbene la *recovery* interessi in primis l'individuo, vengono coinvolti anche la comunità, i pari, gli amici e la famiglia.

È la stessa SAMHSA ad individuare le dimensioni principali, oggetto di intervento nel processo di *recovery*. Queste sono:

- *Health* (salute): ovvero la capacità di gestione della propria malattia, dei sintomi, della terapia e della prevenzione secondaria (intesa sia come riconoscimento precoce della sintomatologia premonitrice di una crisi, sia come individuazione precoce della nuova utenza), ma corrisponde anche alla capacità di mettere in atto in modo consapevole le scelte sane, utili al proprio benessere psico-fisico.
- *Home* (casa): intesa come la possibilità di avere un posto sicuro dove vivere.
- *Purpose*: quest'area riferisce alla capacità di svolgere attività quotidiane significative (lavoro, scuola, volontariato, assistenza familiare, iniziative creative), di mantenersi economicamente attraverso un reddito per perseguire lo scopo di indipendenza, incluse anche le risorse utili per la partecipazione alla vita sociale. Pertanto, sebbene la traduzione letterale sia “scopo/fine”, risulta più adeguata l'interpretazione data dal decreto n. 96 del 2020 del Veneto in cui, questa dimensione, viene individuata con il termine “occupazione”.

- *Community* (comunità): indica la possibilità/capacità di individuare, all'interno della propria collettività, congrue relazioni e reti sociali che portano supporto, amicizia, amore e speranza.

3.1.4.1 – Strumenti della riabilitazione orientata alla *recovery*

In generale, la progettazione di un percorso di riabilitazione *recovery-oriented* inizia dalla considerazione della carenza di competenze, delle risorse attivabili e si struttura attorno alle dimensioni (salute, casa, occupazione, comunità), precedentemente descritte, che identificano la *recovery*. Questo allo scopo di promuoverne il coinvolgimento partecipe del paziente e lo sviluppo del proprio status di individuo. Nel caso della doppia diagnosi, è importante che il tutto venga applicato ponendo attenzione sia alle componenti legate al disturbo psichiatrico sia a quelle date dal disturbo da consumo di sostanze.

Oltre agli elementi cardine (illustrati nel precedente paragrafo) che compongono il percorso integrato, le evidenze scientifiche e l'esperienza clinica hanno individuato alcuni interventi ed attività come strumenti utili per l'implementazione, di un progetto riabilitativo orientato alla *recovery*, adeguati all'utenza con comorbidità. Questi sono i seguenti:

- *Psico-educazione*:
individuale o di gruppo, per utenti e familiari (già caratterizzata nel paragrafo "elementi cardine di un percorso integrato per l'utente doppia diagnosi").
- *Reinserimento sociale*:
L'aspetto socio-relazionale ha un ruolo importante come fattore scatenante e di mantenimento, ma rappresenta anche una conseguenza, ecco perché è un aspetto da attenzionare e sul quale intervenire. Spesso l'utilizzo di sostanze e i disturbi psichiatrici sono causa dell'esclusione sociale. Quest'ultima può essere descritta come l'incapacità del soggetto di partecipare nella comunità, sia economicamente sia socialmente e culturalmente, oppure indica l'azione che la società stessa mette in atto attraverso la discriminazione e la limitazione di accesso alle risorse, sulla base di specifiche caratteristiche. A prescindere dalla definizione, lo scopo di intervento è sempre quello di una reintegrazione sociale. Sebbene essa rappresenti solo una parte del percorso di riabilitazione, concentrarsi su questa componente ha esiti positivi in realtà su tutto il processo

di *recovery* (trattamento e prevenzione delle ricadute, aderenza al trattamento, autodeterminazione, autostima e speranza per il futuro).

L'effettiva attuazione della reintegrazione sociale avviene attraverso strumenti specifici, e la loro intersecazione, che sono: coaching educativo, lavoro, istruzione, abitazione, lotta allo stigma.

- *Coaching educativo*. Si tratta di un supporto individuale guidato di accompagnamento, da offrire ai pazienti come aiuto nei progetti per lo sviluppo delle competenze sociali.

- *Lavoro*. L'averne un'occupazione rappresenta un determinante protettivo dall'esclusione sociale, grazie al fatto che esso contribuisce all'aspetto economico-remunerativo, all'ampliamento della rete sociale sana e dei diritti ma ha anche ricadute positive sulla salute psico-fisica. Essere impiegati in un'attività lavorativa restituisce all'individuo un senso di responsabilità e di contributo alla società, agendo così anche sull'autostima, sull'identità e sulla creazione di una nuova *routine* quotidiana. In questo modo, il ruolo lavorativo favorisce le capacità di *coping* contro la sintomatologia e fa crescere l'efficacia personale, permette la riduzione del ricorso e della dipendenza dai Servizi. Inoltre, questo aspetto può essere fonte di nuove informazioni, come la cura del sé e lo stato familiare, le competenze, le conoscenze e gli atteggiamenti che la persona ha e come si presenta.

Gli interventi di supporto al lavoro devono essere rivolti a coloro già impiegati in una occupazione ma anche nelle situazioni di ricerca di un'opportunità lavorativa.

L'ingresso o la riammissione al mondo del lavoro vede modalità differenti, plasmate sull'utente, alcuni esempi possono essere la ricerca direttamente nel mercato libero del lavoro, usufruendo o meno la legge 69/1999 (norma che istituisce una "quota di posti di lavoro" dedicata alle persone appartenenti alle categorie protette), oppure sfruttando progetti attuati tramite cooperative o finanziati da specifici Enti, i quali promuovono corsi di formazioni pagati seguiti da periodi di stage.

Quando si attua un inserimento lavorativo è bene preparare il paziente, ma anche lo stesso datore di lavoro, passando attraverso una fase preparatoria

di presentazione delle parti, allo scopo di verificare la presenza di un buon livello di accettazione, di ridurre il possibile stigma e le inevitabili resistenze da parte del contesto lavorativo.

- *Sostegno allo studio*. L'istruzione influisce in modo determinante sullo sviluppo del benessere sociale ed economico. La frequenza scolastica e l'impegno didattico sembrano essere un fattore protettivo circa l'utilizzo di sostanze. Oltre al fatto che il completamento degli studi agevola poi nella successiva fase di impiego lavorativo.

La pianificazione dell'istruzione e della formazione, costruita intorno all'utente e al suo contesto, persegue sempre il fine di implementazione delle risorse individuali utili per un reinserimento sociale. Quando è possibile, è da preferire l'inserimento della persona nella scuola o nella sede di insegnamento, piuttosto che tenere le lezioni nel centro di riabilitazione.

- *Abitazione – situazione abitativa decorosa e abitare supportato*. L'intersezione tra la situazione abitativa e la condizione di malattia avviene in modo bidirezionale. Infatti, si è riscontrata forte corrispondenza tra assenza di una stabilità abitativa e ricorso alle sostanze, problemi di salute mentale, disoccupazione e difficoltà finanziarie, criminalità, problemi relazionali, disregolazione familiare e difficoltà d'indipendenza.

I Servizi per l'abitare supportato permettono l'accesso ad alloggi dignitosi, agevolando di conseguenza l'accesso ai Servizi per l'assistenza medico-farmacologica, alle attività sociali, all'istruzione ed al lavoro. Ciò che caratterizza questa forma abitativa sono: il sostegno disponibile sulle ventiquattro ore, ma non presente nell'abitazione (supporto flessibile); la possibilità di affrontare i problemi del vivere in modo indipendente, assieme al gruppo dei pari; di sperimentare nel contesto reale le abilità apprese precedentemente nel corso di *setting* simulati. Anche qui vige la regola della personalizzazione dell'intervento, per tanto si parte analizzando i bisogni specifici in termini abitativi e in riferimento alle abilità richieste (pratiche, di relazione) che sono da migliorare, si ristruttura la giornata e la *routine* di vita, senza dimenticare il tema della prevenzione e gestione delle crisi.

- Coinvolgimento dei caregivers (descritto nel paragrafo “elementi cardine di un percorso integrato per l’utente doppia diagnosi”)
- Gruppi di auto-aiuto, attivazione dei pari (“peer”) e del “paziente esperto”:

I gruppi di auto-aiuto (o auto-mutuo aiuto) derivano dal trattamento per le dipendenze ed i più conosciuti sono gli Alcolisti Anonimi (AA), i Narcotici Anonimi (NA) e i Cocainomani Anonimi (CA). Non vi è la presenza di operatori bensì si tratta di associazioni in cui si riuniscono individui con le stesse problematiche. Questi, utili sia durante che alla fine del percorso con i professionisti, rappresentano un supporto sociale, grazie al rinforzo reciproco e alla condivisione di problemi ed esperienze simili tra i soggetti coinvolti. Inoltre, aiutano nell’identificazione dei modelli positivi, accrescono il senso di appartenenza e le attività relazionali, permettono lo sviluppo di capacità inter- e intrapersonali, forniscono informazione e difesa dei diritti ad utenti e *caregiver*. Gli stessi esiti si riscontrano nei gruppi di auto-mutuo aiuto per i familiari, i quali riescono così ad accettare i limiti ed a convincersi del loro circoscritto potere di controllo, a conoscere la malattia, gli interventi e le necessità del paziente.

Il contesto di gruppo, soprattutto se tra pari, permette, attraverso un clima supportivo e di socializzazione, di non sentirsi soli o l’“eccezione” e di apprendere strategie di *coping*.

Il gruppo dei pari rappresenta tanto un fattore di rischio quanto un fattore protettivo in quanto, soprattutto per quello che concerne l’utilizzo di sostanze ed i comportamenti a rischio, hanno un potenziale di influenza assai rilevante, in particolar modo in giovane età. Questo potere di condizionamento può essere sfruttato all’interno di un percorso per stimolare la ricerca della motivazione, l’aderenza al trattamento, il raggiungimento e mantenimento dell’astinenza.

Il paziente esperto si tratta di un utente che sfrutta la sua esperienza di malattia per affiancare e sostenere le altre persone con il disturbo. Il principio del paziente esperto sfrutta l’approccio dell’apprendimento e del supporto tra pari che risulta molto efficace grazie ad un impatto emotivo-relazionale forte, riduce

quel senso di alienamento che l'utente può provare e diviene stimolo, in quanto egli stesso rappresenta la prova del percorso di *recovery*.

- Lotta e superamento dello stigma – Attività di promozione alla salute mentale:

I programmi di promozione alla salute mentale rappresentano una modalità di intervento di prevenzione per i comportamenti a rischio e le capacità come l'autoregolazione, il fronteggiamento dei problemi, le abilità sociali e di empatia. Inoltre, lavorano sull'isolamento e l'esclusione sociale, specialmente sulla seconda definizione (individuata nel "Reinserimento sociale") in cui la fonte dell'estraniamento della persona è la società. Nella lotta alla discriminazione, portata avanti nell'assetto societario, interviene anche l'assetto normativo internazionale grazie a leggi e regolamenti, ad esempio sancendo, in riferimento al tema dell'occupazione, il principio di non discriminazione in base alla condizione (disturbo mentale e/o da uso di sostanze) attuale o precedente. Questo è stato possibile attraverso il riconoscimento della dipendenza e della malattia psichiatrica come categorie protette, da parte della politica e della legislazione antidiscriminazione e sulle pari opportunità.

Lo stigma è una questione molto importante da affrontare in quanto è un peso che vivono molto spesso le persone con un disturbo mentale e/o un disturbo da uso di sostanze, causandone l'isolamento e ostacolandone la cura. Non è altro che l'attribuzione di pregiudizi infondati circa la patologia e i soggetti che ne sono affetti. Può essere interno, ovvero è il paziente stesso ad avere preconcetti su di sé e il suo disturbo, e/o esterno, in questo caso è l'ambiente sociale ad avere delle credenze. Per agire su questa tematica, si interviene con manovre di promozione alla salute mentale e interventi di riabilitazione con l'utente, in cui lo stigma rappresenta un nodo centrale. È stato osservato che includere l'argomento dello stigma interno ed esterno ha una ricaduta positiva nei percorsi: la considerazione di entrambe le declinazioni permette di lavorare su aspetti intrapersonali utili per prendere confidenza e sviluppare la capacità di stare con sé stesso e con gli altri, oltre a permettere alla persona di assumere dei ruoli sociali.

I percorsi orientati alla *recovery* nella doppia diagnosi devono essere portati avanti sfruttando la creazione e la gestione di una rete socio-sanitaria

interdipartimentale, che comprenda le Aziende ULSS e gli Enti Territoriali, in modo tale da garantire la continuità dei percorsi riabilitativi. La collaborazione tra i Servizi deve strutturarsi, oltre che per la diagnosi e il trattamento, anche intorno agli aspetti di prevenzione, soprattutto nei soggetti ad alto rischio di psicosi, e di promozione alla salute mentale, di consulenza anche nei casi di disturbi psichici meno severi e di dipendenze comportamentale (es.: Disturbo da Gioco d'Azzardo). Inoltre, la collaborazione interservizio deve essere estesa alla condivisione degli strumenti diagnostici, farmacoterapeutici, psicoterapeutici e riabilitativi.

I punti salienti della pianificazione e della definizione di un percorso riabilitativo *recovery-oriented*, da parte dell'equipe interdipartimentale, sono: la definizione delle aree di intervento, con i relativi obiettivi da raggiungere, e delle responsabilità in capo all'operatore di riferimento (in termini di gestione del paziente e di punto di snodo tra i vari soggetti coinvolti), l'aggiornamento periodico dei percorsi attivi e la valutazione degli esiti dei vari interventi attuati.

4 – STUDIO OSSERVAZIONALE DELLA DOPPIA DIAGNOSI NEL DISTRETTO 1 DI ROVIGO

L'evoluzione del campo della doppia diagnosi e la complessità dell'utenza così categorizzata, caratterizzata da richieste sempre nuove e più esigenti, da l'origine a difficoltà di presa in carico, la quale deve essere ritagliata su misura dell'individuo. Analizzare le caratteristiche della realtà locale e dei suoi utenti permette di contestualizzare e apprendere in modo migliore il fenomeno, consentendo così la modellazione *ad hoc* l'approccio, i Servizi e gli stessi professionisti, su quelle che sono le specificità. Per tale ragione, sommato ad un mio interesse personale e professionale, ho condotto uno studio osservazionale sul Distretto 1 di Rovigo. I dati raccolti durante il tirocinio invernare di quest'ultimo anno universitario, presso il Servizio per le Dipendenze della circoscrizione in oggetto mi ha permesso di approfondire e delineare il contesto dove ho operato. Mettendo in luce i tratti distintivi e gli elementi di sovrapposizione tra i pazienti con un disturbo da dipendenza e un disturbo psichiatrico in comorbidità, di conseguenza seguiti sia dal Ser.D. sia dal CSM, e le persone seguite esclusivamente dal dipartimento per le dipendenze.

L'obbiettivo dell'analisi scritta nel corpo di questo capitolo è quello di offrire una panoramica della realtà dei Servizi del Distretto 1 di Rovigo, circa i quadri clinici di dichiarata doppia diagnosi.

Con questo lavoro, voglio andare a descrivere e quantificare alcune delle caratteristiche delle persone con un percorso duale tra psichiatria e dipendenza. Dopo una presentazione dei profili di comorbidità, questi li pongo all'interno di confronti con l'utenza afferente al solo dipartimento per le dipendenze del medesimo distretto.

All'interno del campione costituito dalle persone con compresenza dei disturbi, lo studio esamina l'aspetto diagnostico estrapolando singolarmente quelle che sono le diagnosi psichiatriche e di dipendenza riconosciute e registrate. Ma prende in considerazione anche la relazione tra le due, mostrando maggiore incidenza per alcuni quadri piuttosto che per altri, come nel caso della frequente associazione tra le condizioni legate all'alcool e i disturbi dell'umore. Oggetto di interesse è stata anche la terapia farmacologica di questi individui, con un focus specifico

sulla psicofarmacologia, dalla quale emerge: una preponderanza di prescrizione per alcuni composti (ne sono esempio le benzodiazepine ed i farmaci ad azione antipsicotica), a discapito di altri; la non così inusuale assunzione congiunta di due o più psicofarmaci con azione simile; la caratteristica di essere pazienti complessi a trecentosessanta gradi, anche dal punto di vista internistico, data la disposizione di terapie diverse, oltre a quelle ad azione psicoattiva.

Di seguito poi, si sono messi a confronto le persone assistite sia dal CSM sia dal Ser.D. e i pazienti seguiti in modo esclusivo dal dipartimento delle dipendenze. Nello specifico sono stati comparati il grado di scolarizzazione, il sesso, l'età dell'utenza, l'età del primo trattamento e del primo consumo, gli anni di ritardo della presa in carico. Infine, sono state accostate le sostanze di consumo predilette (alcool incluso) e le diagnosi primarie di dipendenza, il tipo di strutture a cui le persone accedono, in numero di accessi e la durata di permanenza in queste ultime.

4.1 - METODI

Si tratta di uno studio osservazionale, in cui viene esaminato un gruppo di 509 pazienti. Questo insieme è costituito interamente da persone in carico al Ser.D. di Rovigo (Distretto 1) nel 2023, ovvero che al 31 dicembre 2023 risultavano ancora in trattamento oppure dimesse nel corso di questo stesso anno.

Nella ricerca, sono stati inclusi gli individui con una patologia legata primariamente alle sostanze stupefacenti, all'alcool, al gioco d'azzardo e ai disturbi comportamentali. Escludendo i soggetti seguiti solamente dall'ambulatorio del tabagismo (in quanto, se pur rientrando sempre all'interno della medesima area di competenza, l'equipe di cui si compone questa articolazione differisce nei professionisti coinvolti) e quelli che attualmente risultano in carcere, motivato dal loro percorso differente.

Per l'intera popolazione studiata, gli aspetti anagrafico-anamnestici e quelli legati alla dipendenza sono stati estratti dal *database* del Ser.D. attraverso il loro programma gestionale "Ge.Di.", previa autorizzazione della direzione dell'Unità Operativa Complessa (UOC) Ser.D. Rovigo - Badia.

Grazie alla collaborazione con la direttrice dell'UOC, tra gli afferenti al Ser.D., ho identificato coloro che sono seguiti anche dal Servizio di salute mentale del

medesimo distretto, per i quali è riconosciuto lo *status* di pazienti doppia diagnosi e per i quali le due equipe si incontrano periodicamente. Ai dati comuni, per quest'ultimo sotto-gruppo, ho aggiunto informazioni circa la diagnosi psichiatrica e la psicofarmacologia operando una ricostruzione attraverso indicazioni dirette della direttrice e della cartella clinica in Ge.Di.. Così facendo il maxi-campione l'ho scisso in due sotto-insiemi: uno costituito da soggetti la cui unica equipe di riferimento è quella del dipartimento delle dipendenze (campione 1), mentre l'altro è formato dagli utenti doppia diagnosi (campione 2).

Le variabili utilizzate per esaminare e confrontare i due campioni, tramite un'analisi comparativa, sono le seguenti: sesso e scolarità, età dell'utenza, età di primo consumo e del primo trattamento, sostanze (alcool incluso) d'inizio e quelle primarie, diagnosi primaria di dipendenza, numero di accessi e durata di permanenza in quali differenti tipi di struttura. Mentre, le variabili aggiuntive considerate allo scopo di approfondire la conoscenza della popolazione doppia diagnosi sono la diagnosi psichiatrica e la farmacologia. I due campioni sono stati identificati con caratteri numerici, nello specifico assegnando "1" agli utenti seguiti solamente da dipartimento delle dipendenze, mentre con "2" il campione doppia diagnosi.

Allo scopo semplificare la lettura dei risultati, relativamente ad alcune costanti, è stato deciso di creare delle macro-categorie, ad esempio nel caso delle diagnosi, psichiatriche e di dipendenza, basandosi sulla catalogazione del DSM. Per lo stesso motivo, in relazione agli accessi e alla permanenza (in giorni), le varie strutture sono state suddivise in base alla tipologia (comunità, centro diurno, carcere, gruppo AMA [auto-mutuo-aiuto]) e non in base al "nome proprio" di essa. Infine, per rendere più omogenea l'analisi della farmacologia, ogni farmaco è stato riportato al suo principio attivo e successivamente alla sua azione principale.

Quanto raccolto è stato analizzato sfruttando l'ultima versione del foglio di calcolo statistico del programma *Jamovi* (*Jamovi 2.6.13*) e, in parte, *Excel*.

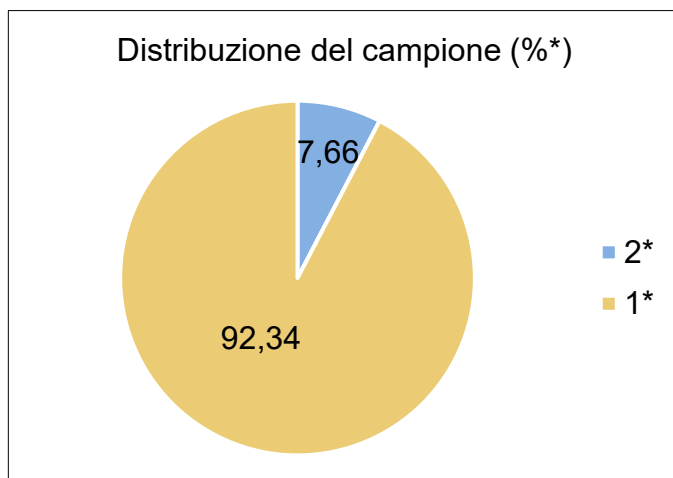
L'estrapolazione dei risultati è iniziata dall'esplorazione delle variabili numeriche (età, età di primo uso, età di primo trattamento) del *database* tramite le analisi descrittive di *Jamovi* con l'individualizzazione della media, della mediana, della deviazione standard e quelli che sono i valori minimi e massimi.

Successivamente, attraverso la distribuzione *t di Student* (test *t* a campioni indipendenti) si è verificata la significatività tra i campioni 1 e 2. Invece, per il confronto tra le due popolazioni relativamente ai restati dati qualitativi (sesso, scolarità, sostanze, diagnosi di dipendenza) si sono andate ad utilizzare le tabelle di contingenza per campioni indipendenti ed applicare il *test chi quadrato* (χ^2) per valutare la presenza o meno di una differenza significativa nelle distribuzioni tra i gruppi 1 e 2 del maxi-campione originale.

4.2 - RISULTATI

Il gruppo di pazienti complessivamente studiati è composto da 509 persone, tutti assistiti dal Ser. D. di Rovigo. La suddivisione di questo maxi-campione, in base ai Servizi che si occupano dei singoli, ha fatto in modo tale che questo si distribuisse secondo due sotto-insiemi indipendenti (Allegato 1 – Figura 4.1): il primo (campione 1) è costituito da 470 individui, ovvero il 92,34% dell'intero, e riferisce all'utenza seguita solamente dal Ser.D.; mentre il secondo (campione 2) è formato da 39 persone con doppia diagnosi, cioè il 7,66%.

Figura 4.1 - Utenza del Ser.D. e distribuzione in due campioni



* % = Frequenza percentuale; 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM)

4.2.1 - Caratteristiche specifiche del campione 2 (Doppia Diagnosi)

- Le diagnosi

Il primo passo nella ricerca è stato quello di focalizzarsi esclusivamente sulle casistiche del campione 2, prendendo in esame, per l'intero gruppo di 39 pazienti

con comorbidità, la diagnosi psichiatrica (Allegato 4.2 – Figura 4.2) e quella di dipendenza (Allegato 4.3 – Figura 4.3) categorizzate secondo la classe di appartenenza, individuata tramite il DSM.

In termini di diagnosi psichiatrica, e tenute in considerazione anche le tre situazioni (7,69%) in cui non è stata ancora conclusa la fase di accertamento, si osserva come la maggior prevalenza è in capo ai disturbi dell'umore (35,9%), seguiti dai quadri di psicosi (28,21%) e dai disturbi di personalità (20,51%). Invece, relativamente alla diagnosi di dipendenza, le condizioni con i più alti tassi di frequenza sono quelle legate all'alcool e alle sostanze psicoattive (diverse dall'alcool), rispettivamente per il 61,54% ed il 25,64%. In quest'ultimo calcolo sono state incluse anche le tre persone (7,69%) in cui non è stata esplicitata la diagnosi di dipendenza ma per i quali possiamo comunque individuare il composto di consumo prediletto (due alcool, una cocaina). Integrando e combinando (Allegato 4.4 – Figura 4.4) le varie diagnosi psichiatriche con le dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo patologico, disturbo da gioco d'azzardo) e le sostanze primarie, ovvero quelle di preferenza consumate, resta confermata la predominanza generale della combinazione con l'alcool, in tutte le classi diagnostiche, con tassi di incidenza all'interno di un range dal 2,56% nei disturbi del neurosviluppo al 30,77% nel caso dei disturbi dell'umore. Un'altra associazione che spunta all'occhio è quella tra le psicosi e il consumo di cannabis (7,69%), mentre tra i disturbi di personalità sembra esserci una maggiore propensione all'uso dell'eroina (5,13%).

Figura 4.2 - Diagnosi psichiatrica nel campione 2

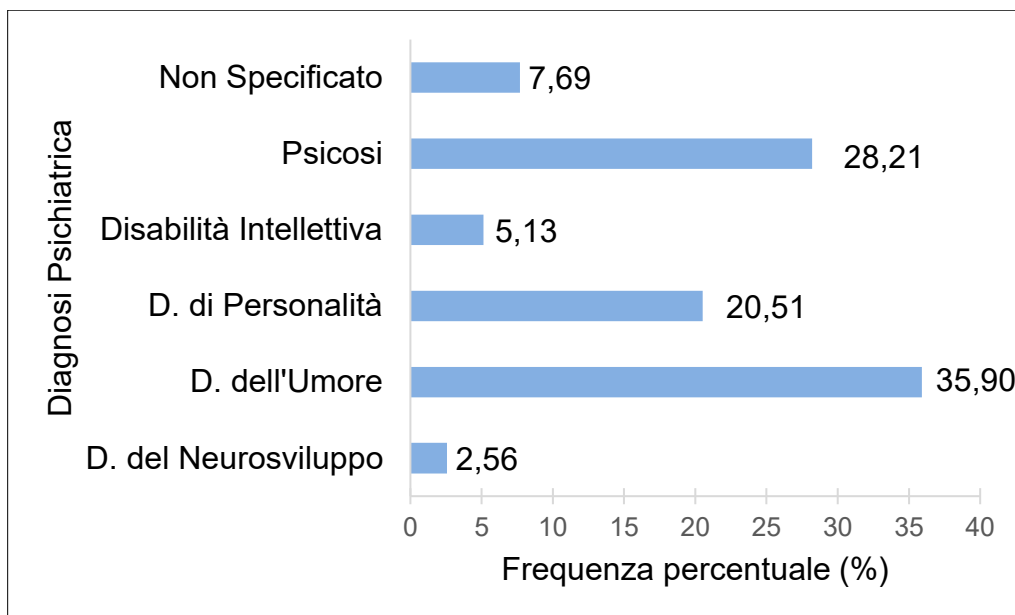
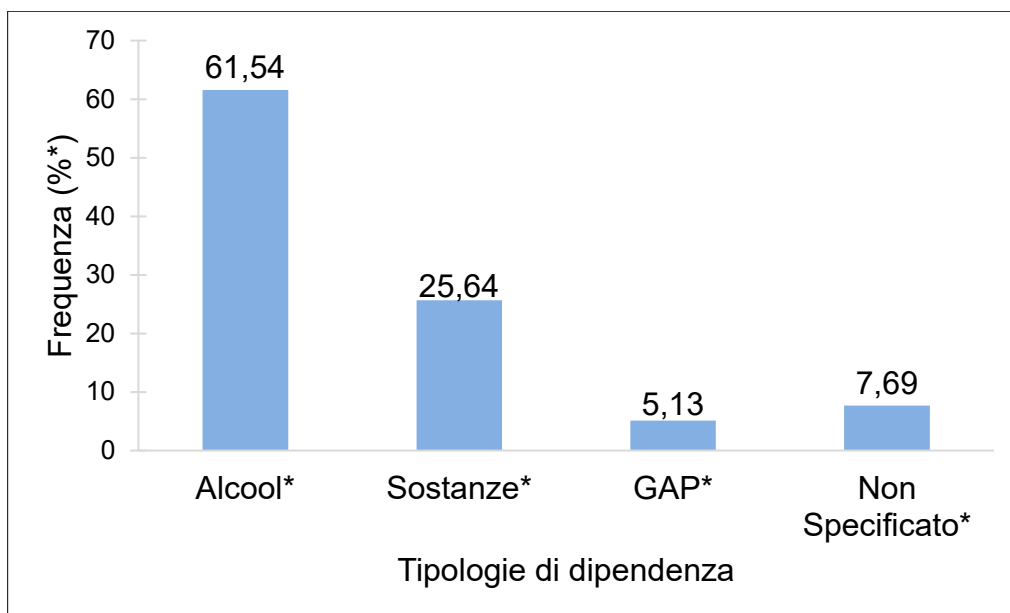
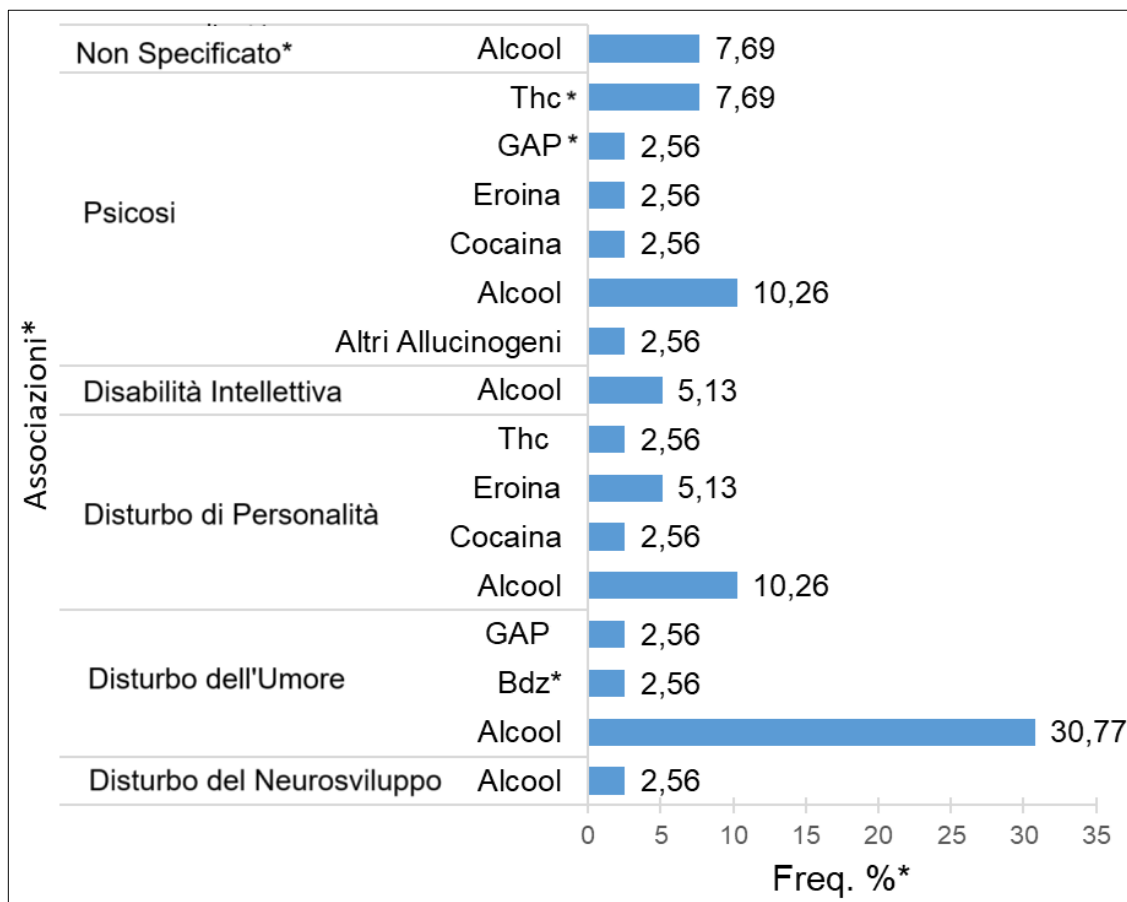


Figura 4.3 - Dipendenza nel campione 2



*% = frequenza percentuale; *Alcool* = dipendenza da alcool, abuso di alcool; *Sostanze* = diagnosi legata ai composti psicoattivi, diversi dall'alcool; *GAP* = gioco d'azzardo patologico, disturbo da gioco d'azzardo patologico; *Non Specificato* = non è presente diagnosi di dipendenza ma vi è l'individuazione di una sostanza primaria.

Figura 4.4 - Associazione tra diagnosi psichiatrica e sostanza primaria nel campione 2



* *Associazioni* = Combinazione tra disturbo psichiatrico e disturbo da consumo di sostanze/dipendenza comportamentale; *Non Specificato* = Disturbo psichiatrico non ancora specificato, ma pazienti individuati ugualmente come doppia diagnosi; *Freq. %* = frequenza percentuale delle associazioni; *Thc* = Cannabinoidi; *GAP* = Gioco d'Azzardo Patologico; *Bdz* = Benzodiazepine non prescritte

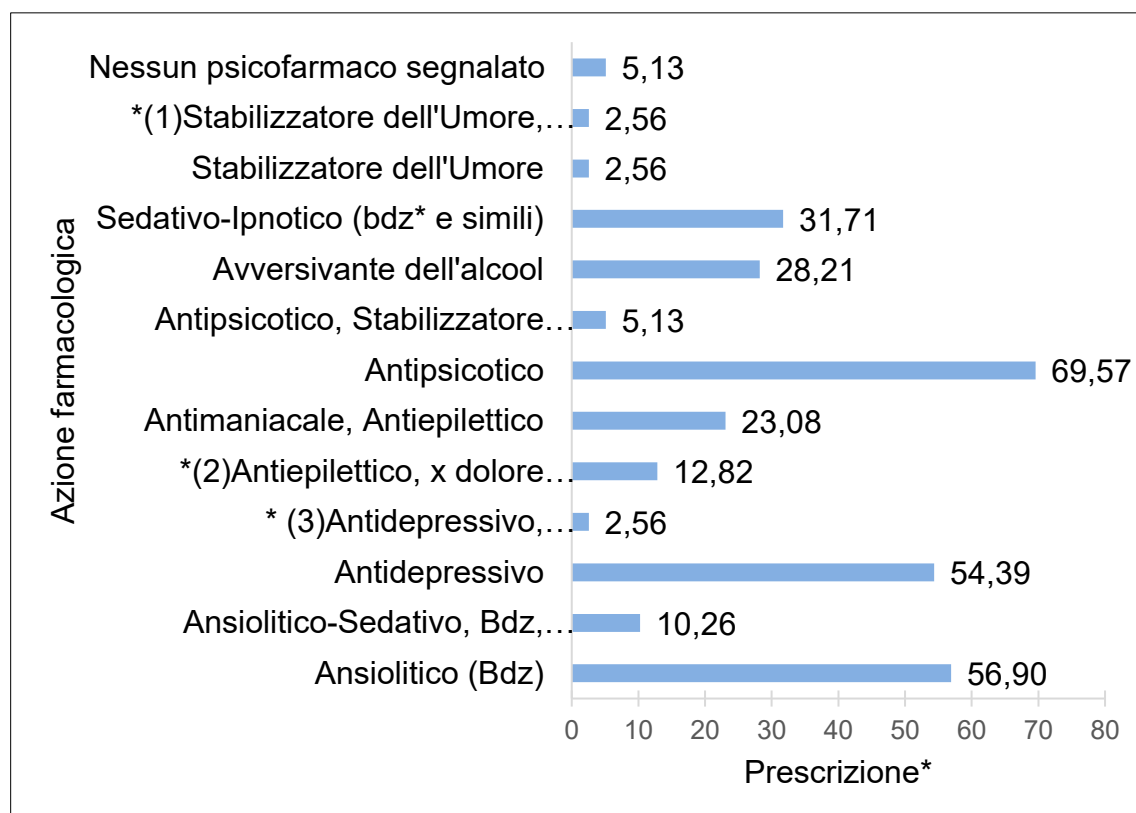
- La farmacoterapia

Continuando con l'analisi della sola popolazione con doppia diagnosi è stata presa in esame la componente della terapia farmacologica, dalla quale si conferma l'importante complessità di questi pazienti. Lo studio ha suddiviso la psicofarmacologia dalle cure di tipo internistico, questo perché, nonostante i limitati riferimenti delle prescrizioni in generale e l'assenza di una regola di registrazione nella documentazione sanitaria, vi era una maggiore chiarezza nella segnalazione dei farmaci psicoattivi.

Approfondendo la componente della psicofarmacologia (Allegato 4.5 – Figura 4.5), la maggior parte (94,87%) del campione 2 assume almeno un farmaco psichiatrico e l'unica eccezione corrisponde a due utenti in cui, in cartella, non vi è traccia di alcuna indicazione di questa classe farmacologica (rappresentano il 5,13% del campione 2). Basandosi sull'azione, e non tanto sul singolo principio attivo, in testa alla piramide delle prescrizioni si individuano i composti benzodiazepinici, nelle loro varie formulazioni (ansiolitico, sedativo, ipnotico), seguiti dagli antipsicotici e poi dagli antidepressivi. Non raramente, uno stesso individuo assume due o più farmaci psichiatrici con principi attivi diversi ma con un'azione farmacologica simile, come nel caso degli antipsicotici, degli ansiolitici benzodiazepinici e degli antidepressivi.

Per quanto riguarda i medicinali internistici i riferimenti erano più vaghi, eppure l'assunzione di composti come i beta-bloccanti, gli ACE inibitori, gli inibitori di pompa protonica, FANS (Antinfiammatori non steroidei), biguanidi (terapia per il diabete) ed altri, denotano un grande uso di farmaci.

Figura 4.5 - Suddivisione della terapia psicofarmacologica in base all'azione dei principi attivi



* (1) = Stabilizzatore dell'Umore, Antiepilettico, per il dolore neuropatico periferico
[!può essere sostanza d'abuso; (2) = Antiepilettico, per il dolore neuropatico periferico, per i Disturbi d'Ansia; (3) = Antidepressivo, Stabilizzatore dell'Umore;
bdz = benzodiazepina; *Prescrizione* = frequenza percentuale (%) di prescrizione.

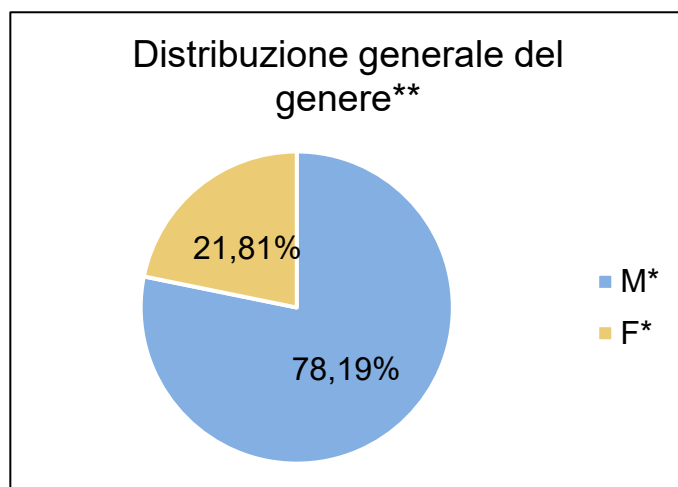
4.2.1 - Confronto tra campioni

Successivamente sono stati messi a confronto il campione 1, composto di 470 pazienti in carico solamente al dipartimento delle dipendenze, con il gruppo di 39 utenti con doppia diagnosi (campione 2) secondo varie variabili, come di seguito illustrate.

- Il genere sessuale e il livello di istruzione

Osservando la distribuzione del sesso biologico in generale, per l'intero maxi-campione di 509 utenti, la popolazione è prevalentemente di genere maschile (Allegato 4.6 - Figura 4.6). Similmente, accade anche quando si studiano in modo separato i due gruppi (Allegato 4.7 - Figura 4.7), è possibile notare il fatto che in entrambi il sesso maschile appare prettamente coinvolto, con tassi di prevalenza del 66,7%, nel campione 2, e del 79,1%, nel campione 1. Attraverso la tabella di contingenza ed il *test* χ^2 , non sono state trovate differenze significative tra i due campioni nella distribuzione tra i due generi (maschile, femminile), in quanto si segnala un valore di *p* pari a .07.

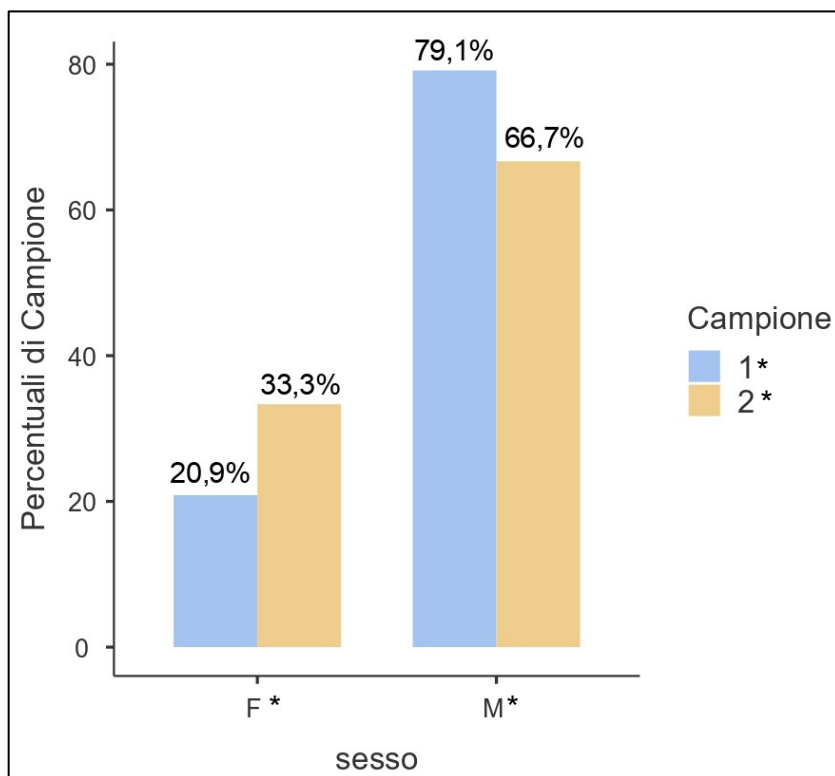
Figura 4.6 - Distribuzione del sesso per l'intera popolazione (campione 1 unito al campione 2)



* *M* = genere maschile; *F* = genere femminile

** espressa in percentuale, calcolata sull'intero maxi-campione di 509 individui

Figura 4.7 - Distribuzione del genere tra il campione 1 e 2



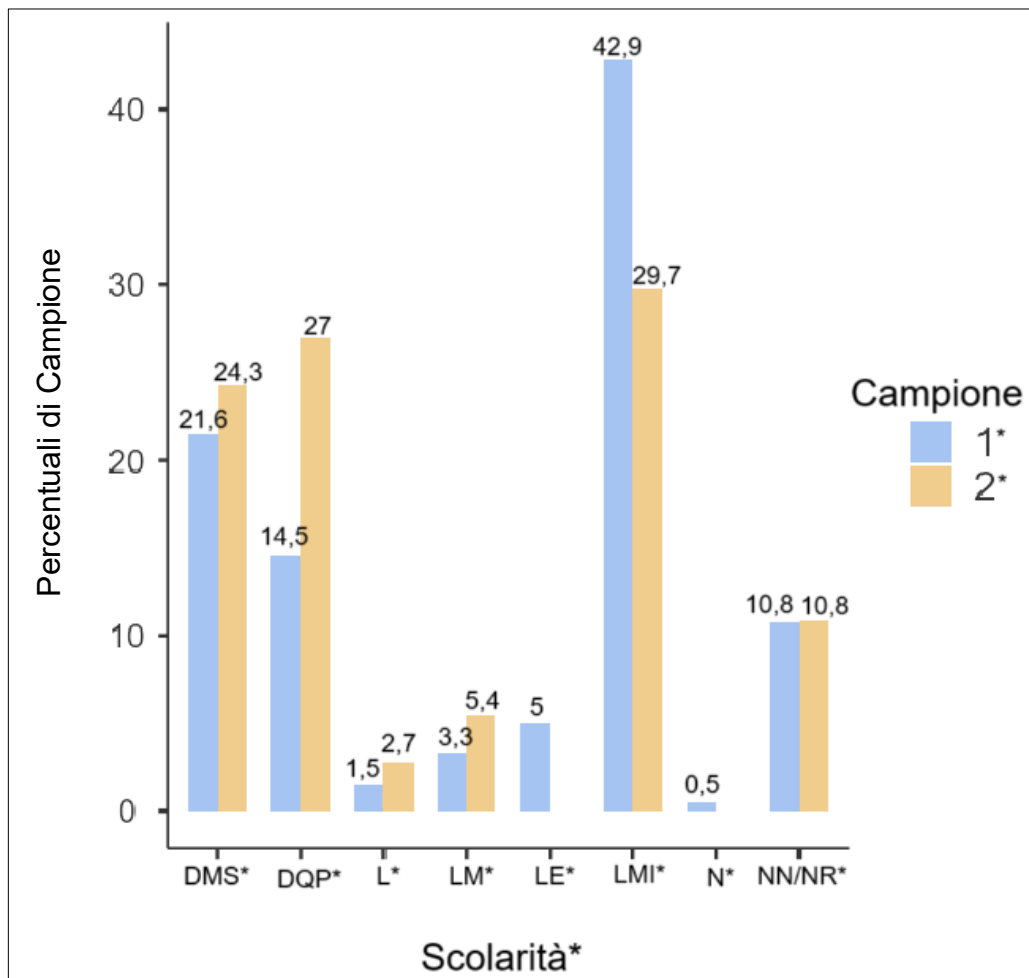
* F = genere femminile; M = genere maschile; 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM)

La comparazione rispetto alla scolarizzazione (Allegato 4.8 - Figura 4.8) degli individui ha mostrato una distribuzione del grado di istruzione pressoché simile tra i due gruppi, con una predominanza del 42,9%, nel campione 1, e del 29,7%, nel campione 2, per il possesso della licenza media inferiore. A seguire, in ordine decrescente nell'insieme 1, i livelli di scolarizzazione sono: diploma di media superiore (21,6%), diploma di qualifica professionale (14,5%), licenza elementare (5%), laurea (4,8%). Mentre tra l'utenza doppia diagnosi sono: diploma di qualifica professionale (27%), diploma di media superiore (24,3%) e laurea (8,1%).

Nella raccolta dati della variabile in oggetto sono stati tenuti in considerazione solamente i campi compilati, anche qual ora vi fosse riportato le voci "non noto" o "nessuno", mentre sono stati esclusi dai calcoli quelli in cui la sezione non è stata valorizzata (71 nel campione 1 [15,11%], 2 nel campione 2 [5,13%]). L'assenza di completamento ha ridotto i campioni 1 e 2 rispettivamente a 399 e 37 partecipanti.

Come per la costante del genere, anche rispetto alla distribuzione del grado di istruzione non si sono registrate differenze significative dato il valore di p pari a .36.

Figura 4.8 - Distribuzione dei livelli di istruzione tra il campione 1 e 2



* 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); *Scolarità* = titolo di studi/livello di istruzione raggiunto; *DMS* = Diploma Media Superiore; *DQP* = Diploma Qualifica Professionale; *L* = Laurea; *LM* = Laurea Magistrale; *LE* = Licenza Elementare; *LMI* = Licenza Media Inferiore; *N* = Nessuno; *NN/NR* = Non Noto/Non Risulta.

- Le variabili numeriche: età, età di primo uso, età di primo trattamento e ritardo di trattamento

Il terzo tema di confronto è stato l'età dell'utenza, estrapolata a partire dalla data di nascita e ponendo come giorno di calcolo il 31 dicembre 2023. Non si sono

individuati dati mancanti e questo non causa condizionamenti nel calcolo della media e della mediana. Dall'analisi descrittiva (Allegato 4.9) di questa variabile si può osservare che il campione 1 sembra essere più giovane (media di 43,5 anni), sebbene si ripartisca in un *range* più ampio (15 – 82 anni), rispetto al campione 2 in cui la media è pari a 44,9 anni, in un arco di età compreso tra i 18 e i 79 anni. La differente distribuzione è ben visibile alle Figure 4.9, 4.10 e 4.11.

Invece, concentrandosi sullo studio dell'evoluzione del consumo di sostanze (alcol incluso) e del progetto terapeutico, si sono esaminati l'età del primo consumo della sostanza (età di 1° uso), l'età in cui la persona intraprende i primi contatti per la costruzione di un percorso (età di 1° trattamento) e il conseguente lasco temporale tra i due avvenimenti.

Esplorando la variabile dell'età di primo consumo, informazione la cui fonte è il paziente stesso e il suo racconto, possiamo notare come non per tutto il maxicampione è possibile risalire all'inizio della problematica di uso, indipendentemente che si tratti del gruppo dei "puri Ser.D." o dei pazienti con doppia diagnosi. Ciò rappresenta una fonte di distorsione nel calcolo dei valori statistici della media e della mediana, per tanto i campi non valorizzati non vengono inclusi. L'età media di primo utilizzo di sostanze è di 19,2 e di 20,6 anni, relativamente al campione 1 e 2; però, dati più interessanti sono rappresentati dagli estremi. Da questi si può osservare più precocità di utilizzo nei consumatori di stupefacenti illegali (escluso l'alcool), anche ad 11 (gruppo 1) e 13 (gruppo 2) anni, mentre esordi più tardivi (50 anni) sembrano essere legati in particolare alle dinamiche concernenti l'alcool e le benzodiazepine. La distribuzione dell'esordio (Allegato 4.10) avviene all'interno di *range* d'età variabili a seconda della sostanza d'inizio, più ristretti e precoci nel consumo di composti diversi da alcool e benzodiazepine, mentre sono più ampi e tardivi nel caso dell'alcool e delle benzodiazepine.

Il tema dell'età di inizio trattamento non evidenzia differenze significative né per l'età media né in riferimento agli estremi. Se nel campione dei soggetti con doppia diagnosi la media è di 34,9 anni e gli estremi di prima presa in carico da parte del Ser.D. sono 13 e 73 anni, il campione degli afferenti al solo dipartimento per la dipendenza presentano un'età media di 34 anni ed estremi di 15 e 76 anni.

Ponendo a confronto, tra i due campioni, le tre variabili in esame, attraverso la distribuzione *t di Student* (*test t* a campioni indipendenti), non è emerso un discostamento significativo del valore medio delle singole distribuzioni (osservabile dai valori di p del *test t* nell'allegato 4.9). Ad ogni modo, approfondendo l'analisi per verificare l'affidabilità della variabilità delle tre grandezze quantitative (età, età di 1° uso, età di 1° trattamento), sfruttando il *test* di omogeneità delle varianze di *Levene*, è stata individuata una violazione dell'assunzione di varianze uguali ($p = .047$) per la variabile "età di 1° uso". Ciò potrebbe provocare degli errori di falso positivo o falso negativo nel *test t*, generando la possibilità di risultati imprecisi. Al contrario, dallo studio dell'età e dell'età di primo trattamento, il valore di p (superiore a $.05$) del *test* di *Levene* soddisfa l'omogeneità di varianza e restituendo affidabilità ai risultati del *test t*.

In modo disgiunto, ma per entrambi i gruppi di pazienti, sono stati calcolati gli anni medi di ritardo tra il primo consumo della sostanza e il primo accesso ai Servizi restituendo una media di 11,9 (campione 1) e 12,7 (campione 2) anni. Per estrapolare quest'ultimo valore statistico sono stati inclusi i soli casi in cui la variabile "età di 1° uso" era compilata. Sono state individuate 7 persone (6 nel campione 1 [1,28%], 1 nel campione 2 [2,56%]) il cui il primo utilizzo è stato dichiarato posteriore al primo trattamento, mentre 6 utenti del campione 1(1,28%) hanno affermato che il consumo di sostanze è iniziato nello stesso anno dell'inizio del percorso terapeutico.

Figura 4.9 - Distribuzione dell'età tra campione 1 ("Puri Ser.D.") e 2 (Doppia Diagnosi)

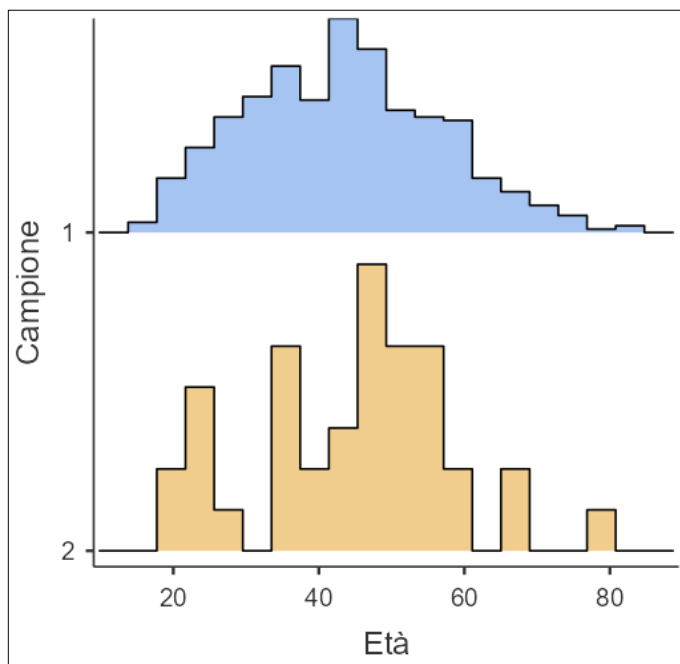


Figura 4.10 - Distribuzione dell'età di 1° consumo tra campione 1 ("Puri Ser.D.") e 2 (Doppia Diagnosi)

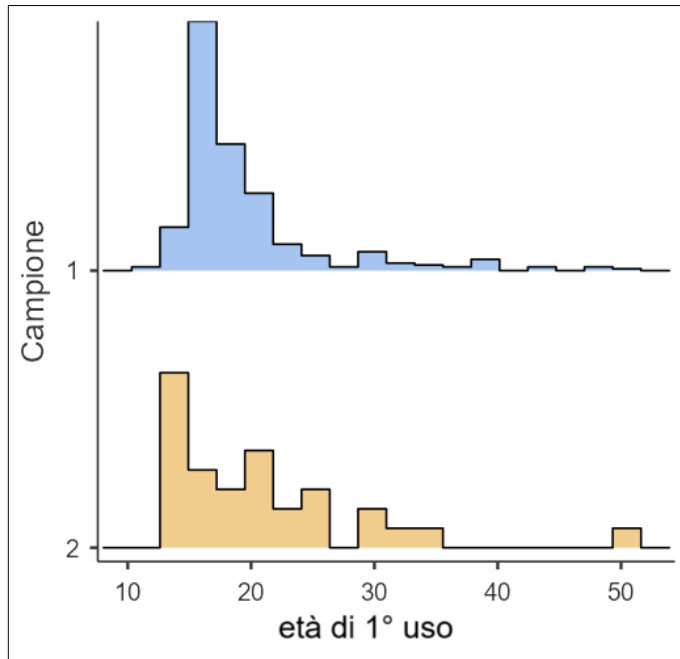
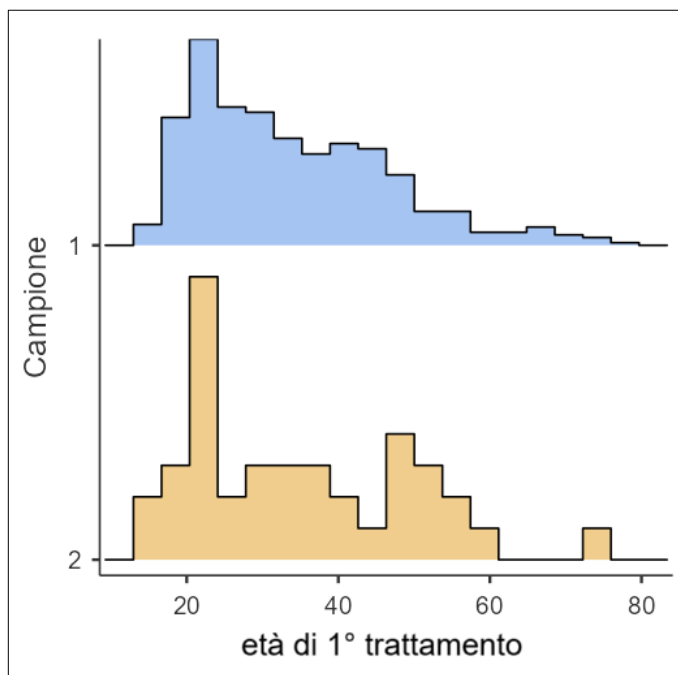


Figura 4.11 - Distribuzione dell'età di 1° trattamento tra campione 1 ("Puri Ser.D.") e 2 (Doppia Diagnosi)



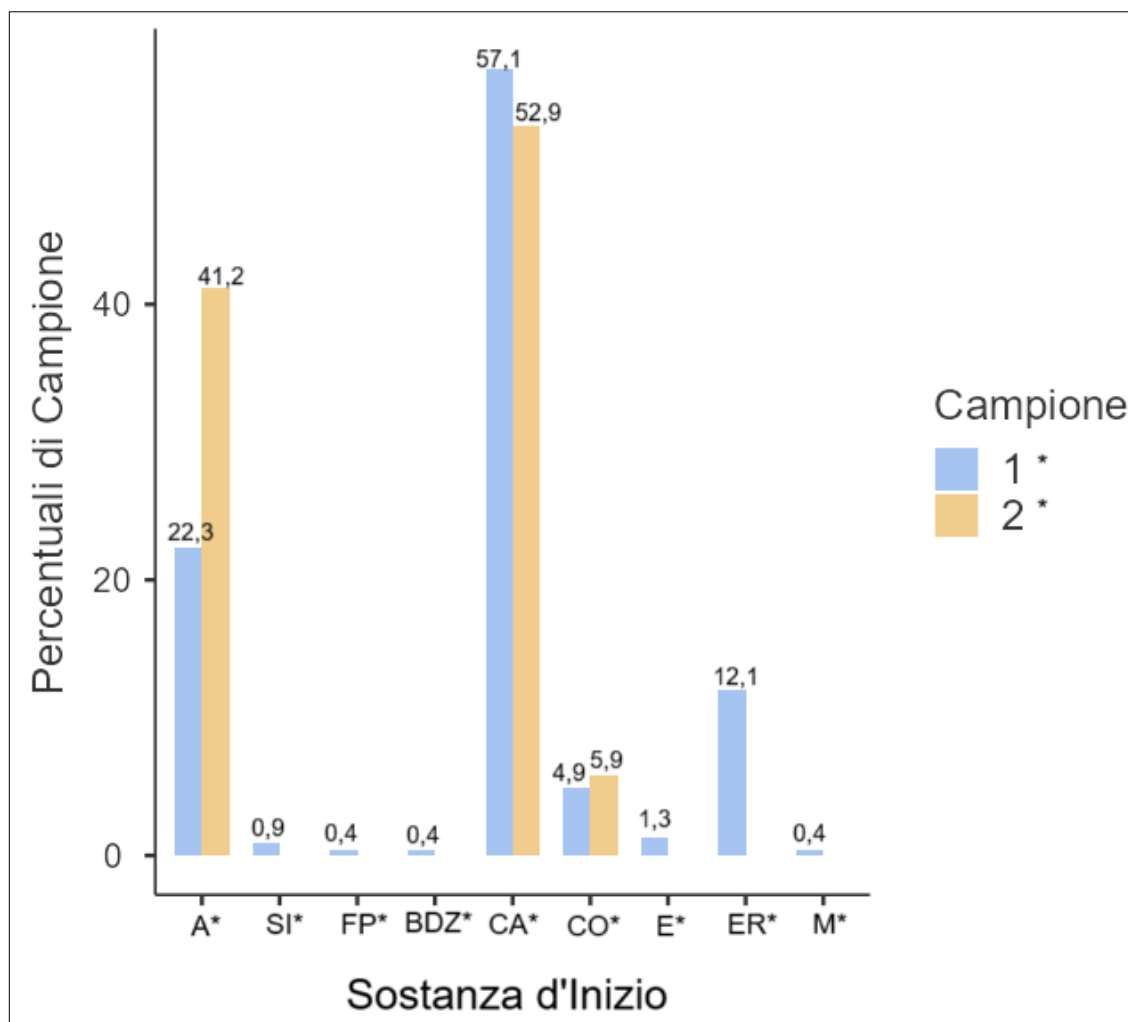
- Le sostanze

Successivamente, lo studio comparativo ha approfondito la tematica delle sostanze (alcool incluso) suddividendo l'analisi tra le sostanze d'inizio, che hanno aperto la porta del loro consumo e della dipendenza, e le sostanze primarie, ovvero i composti psicoattivi prediletti. Per ambedue le variabili, è stato fatto ricorso alle tabelle di contingenza, al *chi quadro* (χ^2) e sono stati esclusi dai calcoli i campi non valorizzati.

I primi risultati che descrivo sono quelli inerenti alle sostanze d'inizio. I campioni di questa ricerca sono composti da 224 soggetti per la popolazione seguita solo dal Ser.D. e 17 individui per il gruppo con doppia diagnosi, con un non totale completamento delle schede per il 47,66% e il 43,59% dei rispettivi campioni 1 e 2 di origine. Come visibile dall'allegato 4.11 e dalla figura 4.12, in entrambi i gruppi il titolo di principale sostanza d'inizio è in mano ai cannabinoidi, con un tasso di frequenza del 57,1% (campione 1) e del 52,9% (campione 2), seguiti al secondo posto dall'alcool con una popolarità del 22,3% (campione 1) e del 41,2% (campione 2). Procedendo poi, in ordine decrescente di incidenza, si ha una maggiore variabilità rispetto alla tipologia dei composti. Ciò nonostante, non sono

state individuate differenze significative, tra le due popolazioni, relativamente alle sostanze d'inizio ($p = .746$).

Figura 4.12 - Distribuzione della tipologia di sostanza d'inizio tra campione 1 e 2



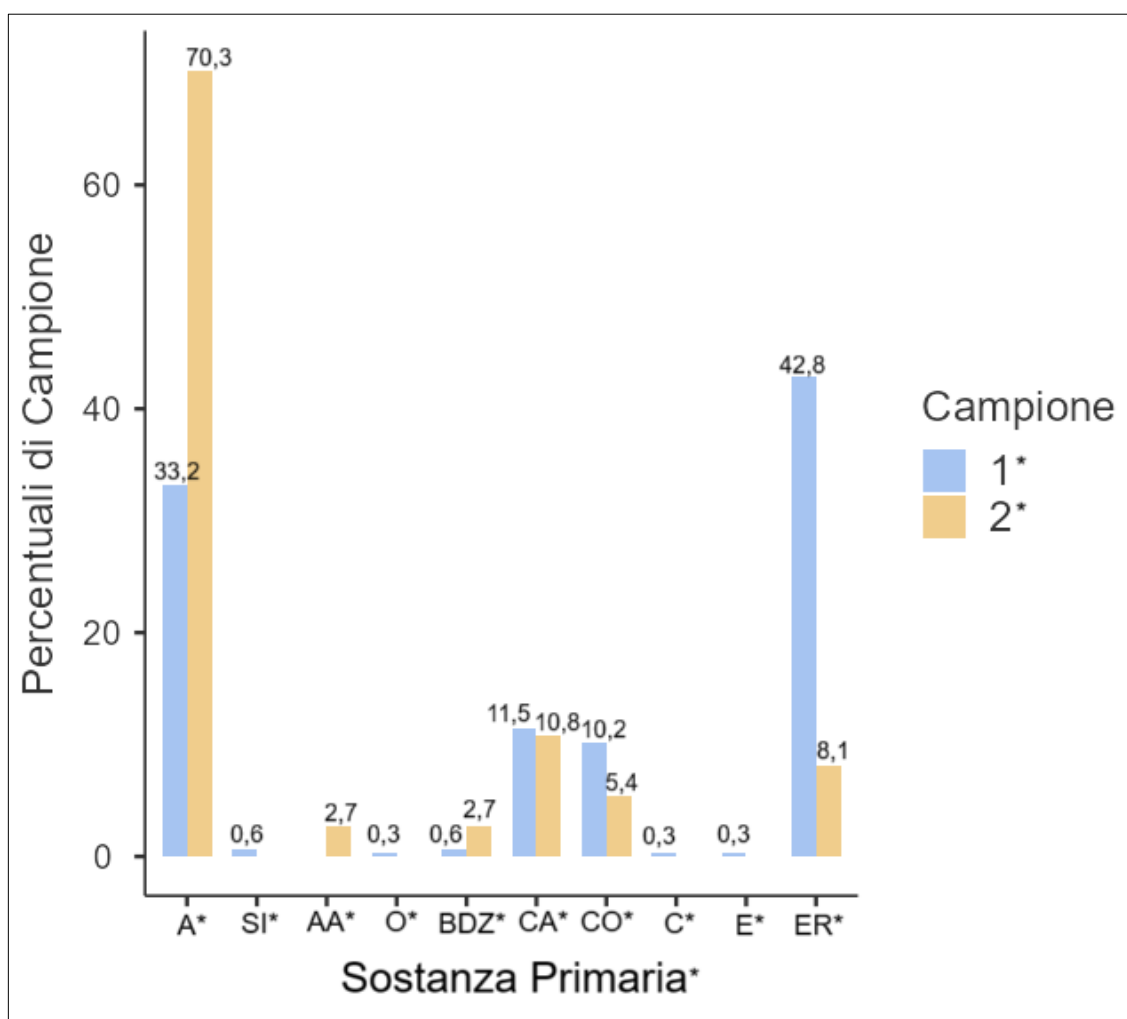
*1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); A = Alcool; SI = Altre Sostanze Illegali; FP = Altri farmaci psicotropi non prescritti; BDZ = Benzodiazepine non prescritte; CA = Cannabinoidi; CO = Cocaina; E = Ecstasy ed analoghi; ER = Eroina; M = Morfina non prescritta.

Proseguo ora con l'illustrazione di quelli che sono invece i risultati derivanti dall'elaborazione della variabile delle sostanze primarie di dipendenza. I campioni, al netto dell'esclusione dei campi non valorizzati, sono costituiti da 313 utenti di afferenza esclusiva al Ser.D. (campione 1) e da 37 individui doppia diagnosi (campione 2). La non compilazione copre il 33,4% (157 casi) del

campione 1 e il 5,1% (2 casi) del campione 2, questi ultimi corrispondono ai due unici quadri di comorbidità con il disturbo da gioco d'azzardo.

Addentrando negli esiti dell'analisi, dai dati in possesso, è possibile osservare alcune diversità di distribuzione (Allegato 4.12 - Figura 4.13) tra i due insiemi considerati. All'interno del campione 1 il maggior indice di frequenza appartiene all'eroina (42,8%), seguito da alcool (33,2%) e cannabinoidi (11,5%), mentre in corrispondenza delle altre sostanze troviamo valori tra il 0,03% e il 10,2%. Nel campione 2, la primarietà è in capo all'alcool (70,3%), ai cannabinoidi (10,8%) e poi all'eroina (8,1%); cocaina, benzodiazepine non prescritte e altri allucinogeni si distribuiscono in un *range* tra il 2,7% e il 5,4%. Grazie al *test* χ^2 , la ripartizione di tale variabile è stata scoperta essere significativamente probabile ($p < .001$).

Figura 4.13 - Distribuzione della tipologia di sostanza primaria tra campione 1 e 2



*1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); Sostanza primaria = composto psicoattivo rilevato essere la sostanza principale di dipendenza; A = Alcool; SI = Altre Sostanze Illegali; FP = Altri farmaci psicotropi non prescritti; BDZ = Benzodiazepine non prescritte; CA = Cannabinoidi; CO = Cocaina; E = Ecstasy ed analoghi; ER = Eroina; M = Morfina non prescritta.

Nei quadri in cui la diagnosi primaria è una dipendenza comportamentale, nello specifico “disturbo da gioco d’azzardo” e diagnosi di “gioco d’azzardo patologico”, è riportata la cannabis come sostanza d’inizio per 5 utenti su 11 (4 di 9 nel campione 1, 1 di 2 nel campione 2). Mentre per quanto riguarda le sostanze primarie: nel gruppo degli individui con doppia diagnosi (2) non vi è riportato nulla; nell’insieme dei pazienti “Puri SerD” (9) i cannabinoidi sono utilizzati da tre persone, l’alcool da due e di altre sostanze illegali (non meglio specificate) da un singolo individuo, nei restanti non vi è alcun composto segnalato.

- Le diagnosi primarie di dipendenza

Restando all’interno della sfera di competenza del dipartimento per le dipendenze, sono state analizzate le diagnosi operate dal personale del Ser.D. (allegato 4.13 - Figura 4.14). Come per alcune delle variabili precedenti, anche in questo caso alcune sezioni non sono state valorizzate e quindi escluse dal calcolo, al di là che fosse stata individuata o meno la sostanza prediletta. Nel campione 1 (“Puri Ser.D.”) i soggetti senza una diagnosi sono 182 e nel campione 2 (pazienti con doppia diagnosi) sono 3; ciò nonostante, esclusi i 142 utenti (campione 1) per i quali non vi è indicazione né del composto di consumo né della diagnosi, per gli altri la sostanza si evince dalla cartella. Di conseguenza, i gruppi considerati per questa parte dello studio sono composti di 288 individui per il campione 1 e 36 per il campione 2.

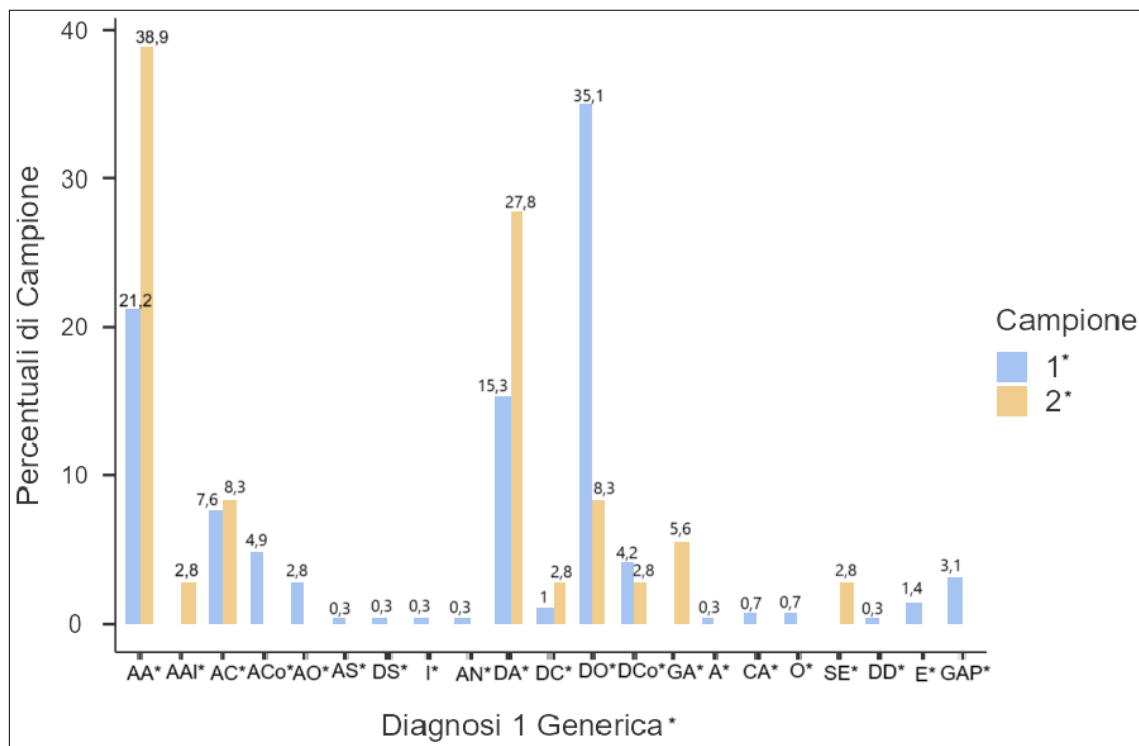
La “dipendenza da oppioidi”, in riferimento all’insieme 1, registra il tasso di frequenza maggiore, pari al 35,1%; mentre, tra i soggetti con comorbidità (campione 2), questa diagnosi ha una prevalenza dell’8,3%. Per entrambi i gruppi, i profili legati all’alcool (abuso di alcool, dipendenza da alcool) rappresentano problematiche di peso e popolarità: l’“abuso di alcool” è la diagnosi maggiormente

riscontrata all'interno del campione 2, con un indice del 38,9%, diversamente nel gruppo 1 segue (tasso di frequenza = 21,2%) la "dipendenza da oppioidi". La "dipendenza da alcool", come inquadramento diagnostico, si posiziona al secondo e al terzo posto rispettivamente nel campione 2 e 1, con prevalenze del 27,8% e del 15,3%. Anche le condizioni caratterizzate dal consumo di cannabis (abuso di cannabinoidi, dipendenza da cannabinoidi) mostrano differenze di rilievo tra i campioni, visibili dal fatto che nel gruppo 1 la somma dei tassi è pari a 8,6%; invece, nel caso dei pazienti con doppia diagnosi, l'incidenza congiunta sale all'11,1%. Questa distribuzione riflette anche la ripartizione, vista precedentemente, delle sostanze primarie.

All'interno del campione 1, le diagnosi primarie individuate non fanno riferimento solo alla sfera delle dipendenze da sostanze (alcool incluso) o comportamentali, bensì è possibile individuare: un caso di "altri disturbi delle abitudini e degli impulsi", un quadro di "anoressia nervosa", una situazione di "disturbo depressivo, non classificato altrove" e quattro soggetti in cui la diagnosi primaria è quella di "epatite C cronica".

La disparità che traspare nella ripartizione delle diagnosi primarie tra la popolazione "Puri Ser.D." e degli utenti categorizzati come doppia diagnosi si è rivelata significativa, attraverso il *test* χ^2 e l'individuazione del valore *p* inferiore a .001

Figura 4.14 - Distribuzione delle diagnosi primarie assegnate dal Ser.D. tra il campione 1 e 2



*1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); *Diagnosi 1 Generica* = Diagnosi primaria assegnata dal Ser.D., escludendo lo stato di gravità (esempio: in remissione, continuo, ecc.); AA = Abuso di Alcool; AAI = Abuso di Allucinogeni; AC = Abuso di Cannabinoidi; ACo = Abuso di Cocaina; AO = Abuso di Oppioidi; AS = Abuso di Sostanze che non provocano dipendenza; DS = Altra dipendenza da sostanze non specificate; I = Altri disturbi delle abitudini e degli impulsi; AN = Anoressia Nervosa; DA = Dipendenza da Alcool; DC = Dipendenza da Cannabinoidi; DO = Dipendenza da Oppioidi; DCo = Dipendenza da Cocaina; GA = Disturbo da Gioco d'Azzardo; A = Disturbo da uso di Alcool; CA = Disturbo da uso di Cannabis; O = Disturbo da uso di Oppiacei; SE = Disturbo da Sedativi, ipnotici o ansiolitici; DD = Disturbo Depressivo, non classificato altrove; E = Epatite C cronica senza menzione di coma epatico; GAP = Gioco d'Azzardo Patologico.

- Le strutture: accessi e permanenza

Infine, le ultime ricerche sono state quelle condotte in merito al numero di accessi (Allegato 4.14 - Figura 4.15) e la permanenza (Allegato 4.15) nei vari tipi di strutture, con un *focus* particolare alle comunità terapeutico-riabilitative (residenzialità) e al centro diurno (semi-residenzialità). La valutazione di entrambe le tipologie di strutture è attuata sulla base di quanto riportato nelle cartelle cliniche, in cui sono stati registrati i percorsi in strutture solamente di pertinenza del dipartimento delle dipendenze. La ricostruzione di questi progetti ha incontrato delle difficoltà legate alle frequenti interruzioni permanenti o temporanee dei percorsi, motivo per il quale mi sono riferita unicamente a quanto contenuto nella sezione di Ge.Di. dedicata alle ammissioni e dimissioni dei vari percorsi (territoriali, residenziali e semi-residenziali) aggiustando con l'eventuale storia anamnestica, antecedente al sistema informatico, riportata come prestazione clinica. I soggetti dei due campioni che hanno svolto uno o più percorsi residenziali e/o semiresidenziali, nel corso della presa in carico e fino al 31 dicembre 2023, sono 81 nel campione 1 ("Puri Ser.D." – 17,2%) e 15 del campione 2 (persone con doppia diagnosi – 38,5%).

Dall'analisi del numero di accessi, emerge come il 35,9% e il circa 18% della totalità degli individui (39) con doppia diagnosi (campione 2) hanno affrontato almeno un percorso (quindi hanno effettuato uno o più accessi), rispettivamente, di tipo residenziale e semi-residenziale (compreso il singolo percorso presso il centro diurno del CSM); mentre le frequenze di abbassano, a 14,3% per la residenzialità ed a 5,5% per la semi-residenzialità, nell'utenza dell'intero campione 1(470). Tale ripartizione (tassi maggiori per l'insieme 2 e minori per l'1) si ripercuote similamente anche distinguendo tra i pazienti con un singolo accesso e quelli con un accesso multiplo alle diverse tipologie di strutture.

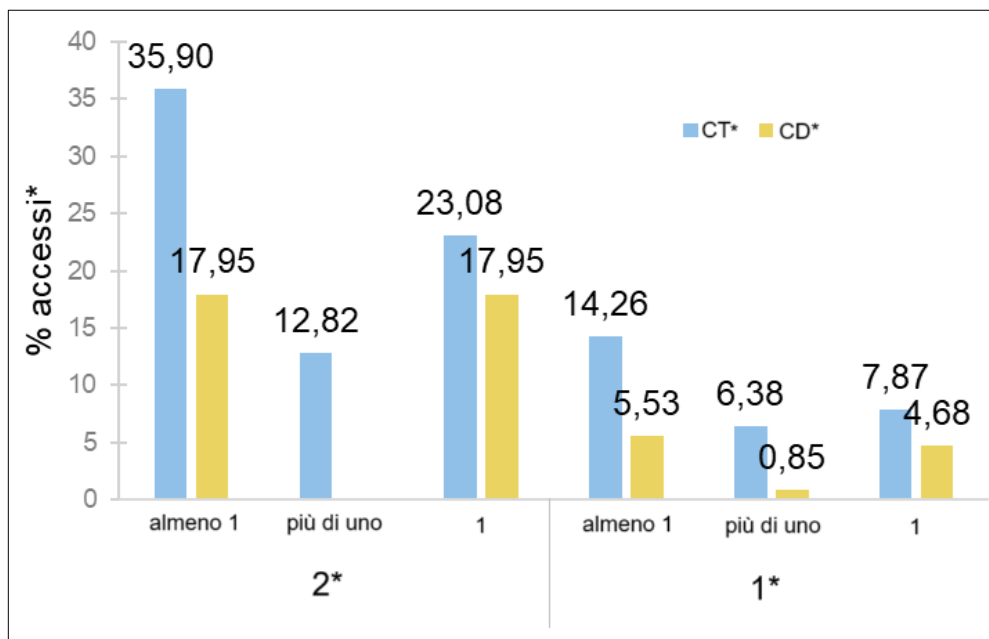
Focalizzandosi invece sulla durata di un progetto comunitario o del centro diurno, tra i due campioni, è stata confrontata la permanenza in struttura (Allegato 4.15) in ragione del numero di accessi totali e di pazienti con almeno un accesso nel tipo di struttura indagata. I risultati di quest'ultimo *focus* mostrano una maggiore durata di presenza, considerando entrambe le modalità di calcolo, in ambedue i tipi di struttura da parte dei pazienti afferenti al solo Ser.D. (campione 1). Se,

basandosi sul numero totale di accessi, la persistenza di un progetto residenziale si protrae mediamente per 190 giorni (6 mesi e 10 giorni) nel caso degli individui del campione 1, gli appartenenti al campione 2 affrontano percorsi della durata media di 121 giorni (4 mesi e 1 giorno). In modo speculare, prendendo in esame la semiresidenzialità la permanenza media è di 907 giorni (2 anni, 6 mesi e 7 gironi) per i pazienti “Puri Ser.D.” e di 482 giorni (1 anno, 4 mesi e 2 giorni) per coloro con comorbidità.

Per livellare le differenze, che possono nascere da fonti di distorsione come la permanenza in struttura di zero giorni, la durata variabile (in giorni) dei mesi e la non indicazione della durata di due progetti, si sono adottate alcune particolarità nel calcolo della media di permanenza. Le specificità sono:

- Struttura semiresidenziale (*CD* – Centro Diurno): esclusione dal calcolo della media, sia per accessi sia per numero di pazienti, del singolo caso di un percorso attuato presso il centro diurno psichiatrico, data l’indicazione non esatta dei giorni di percorso.
- Strutture residenziali (*CT* – Comunità Terapeutica): per entrambi i campioni sono stati inclusi nel calcolo anche gli accessi di durata pari a zero giorni; mentre, con riferimento alla permanenza media in base all’accesso, solo relativamente al campione 1, è stato escluso un caso in funzione della non esatta indicazione di permanenza.
- Le medie sono calcolate in giorni (gg), che sono stati convertiti in mesi ed anni utilizzando come base di calcolo l’anno commerciale (composto da mesi 30 giorni)

Figura 4.15 - Distribuzione degli accessi nelle due tipologie di strutture tra campione 1 e 2, con la suddivisione in base al numero totale di pazienti



*1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); % accessi = frequenza percentuale del numero di accessi, in base al totale del campione a cui cisi riferisce; CT = Comunità terapeutica (residenzialità); CD = Centro Diurno (semiresidenzialità).

4.3 - LIMITI

I dati provengono solamente dal dipartimento per le dipendenze limitando così la ricerca principalmente alle caratteristiche dell'aspetto legato alle sostanze (alcol incluso) e alle dipendenze comportamentali. L'unicità della fonte può rappresentare causa di distorsione dello studio, soprattutto quando si affronta la tematica della doppia diagnosi, in quanto l'integrazione e l'arricchimento di informazioni con il Servizio di salute mentale permetterebbero di approfondire la conoscenza di questo tipo di utenza. Per esempio, aiuterebbe nella maggiore precisione della raccolta di dati inerenti alla psicofarmacologia, offrirebbe un approfondimento sugli interventi operati dalla psichiatria e diverrebbe un modo per verificare la diversità di presa in carico tra i due Servizi, nell'ottica anche di valutare come inquadrare meglio la relazione (primario, secondario, in parallelo) dei due disturbi e migliorare l'effettiva integrazione tra i dipartimenti.

L'utilizzo del sistema informatico Ge.Di. da un lato ha agevolato la raccolta dei dati, ma dall'altro la non completa valorizzazione della cartella rappresenta una limitazione e una fonte parziale di distorsione dei risultati; in quanto, queste lacune, non permettono di determinare minuziosamente e in modo puntiglioso le peculiarità e le differenze tra le popolazioni dei due campioni. Osservando la qualità e la quantità dei dati non compilati è emerso il fatto che, anche escludendo i soggetti con l'assunzione in cura più recente (2023) per i quali si può presumere la necessità di ulteriori incontri conoscitivi, il maggior numero di vuoti si ha in corrispondenza dell'utenza con la più recente presa in carico (2013 - 2022). Mettendo a paragone i due campioni, le anagrafiche del gruppo dei pazienti dichiarati doppia diagnosi appaiono compilate in modo più preciso e completo, con meno variabili non valorizzate. Inoltre, altro aspetto da segnalare, è il come vengono riportate le informazioni in cartella, in svariate occasioni ho riscontrato una non univocità di completamento. Alcuni esempi sono: la pluralità nella metodologia di documentazione e registrazione delle prescrizioni farmacologiche e dei referti medici operati da parte di professionisti esterni al dipartimento delle dipendenze; nella sezione delle ammissioni e dimissioni dalle varie strutture, viene segnato se si tratta di un percorso residenziale o semiresidenziale però i dati identificativi della struttura non sempre vengono descritti oppure vengono inseriti solo parzialmente; se un'informazione è richiesta in più sezioni della cartella clinica questa viene in più occasioni, e senza una regola, inserita da una parte o in un'altra o possono differire tra di loro, così da costringere a risalire, attraverso le prestazioni degli operatori, al dato da considerare.

4.4 - DISCUSSIONE

Attraverso l'osservazione delle variabili e dei risultati illustrati si è cercato di approfondire le caratteristiche della popolazione affetta da una comorbidità tra disturbo psichiatrico e dipendenza che afferisce al Servizio per le dipendenze di Rovigo (Distretto 1). Sono state affrontate tematiche specifiche per questa utenza in particolare, ma si sono indagate anche alcune aree trasversali agli individui seguiti solamente da dipartimento delle dipendenze.

Dal confronto dei due campioni ci si accorge delle peculiarità comuni, in cui i due gruppi di pazienti non differiscono significativamente tra di loro, come nel caso

della distribuzione del genere maschile e femminile e della scolarità. Queste hanno mostrato, sia nel campione 1 (“Puri Ser.D.”, seguiti esclusivamente dal Ser.D.) sia nel campione 2 (persone con doppia diagnosi), un’utenza in generale prevalentemente di sesso maschile e bassi livelli di scolarizzazione che spesso si fermano al conseguimento della licenza media inferiore. Aprendo così la porta a quesiti in merito alla vulnerabilità e ai fattori di rischio, all’accessibilità ai Servizi e ai processi diagnostici. Altre variabili in cui non sono state messe in luce discrepanze significative tra i campioni sono l’età, l’età di primo consumo e la sostanza d’inizio, l’età di primo trattamento. In entrambi i gruppi abbiamo un’età media tra i 43 e 45 anni, ciò che differisce è il *range* in cui si calcola questo valore: più ristretto e coinvolgente soggetti solamente maggiorenni, nella popolazione con doppia diagnosi; più ampio, e influenzato dalla presenza di minorenni (<18 anni), tra i “Puri Ser.D.”. Sollevando un punto di possibili approfondimenti circa la collaborazione tra il Ser.D., la neuropsichiatria infantile ed i Servizi per la presa in carico dei minori; la presa in carico da parte del dipartimento di salute mentale avviene a partire dai 18 anni causa l’inizio della considerazione come doppia diagnosi a partire da quell’età andando così a condizionare l’età media e viziando il confronto. Sebbene il primo consumo, basato su quanto riferito dai singoli pazienti, sembri essere omogeneo nella ripartizione tra i due campioni, in termini sia d’età (tra gli 11-13 e i 50 anni) sia di sostanze (per lo più cannabinoidi ed alcool), emerge un’intersezione tra i due elementi. Nel consumo, come sostanza d’inizio, di composti psicoattivi diversi dall’alcool (cannabinoidi in primis) viene riportata un’età più precoce, mentre più tardivo risulta essere l’uso di quest’ultimo, assieme alle benzodiazepine, come sostanza d’inizio. Questo suggerisce la necessità e l’importanza di andare a considerare, analizzare e di sviscerare gli eventi di vita degli individui e delle possibili cause, anche ambientali, di ricorso alle sostanze. L’inizio di un percorso, nel circuito della presa in carico da parte del dipartimento per le dipendenze, avviene tra i 13-15 anni e i 73-75 anni confermando la rilevanza circa la considerazione delle problematiche e delle dinamiche di vita che portano al ricorso al Servizio.

Al contrario, tra i due gruppi si sono scoperte differenze significative in merito alla distribuzione delle sostanze primarie di dipendenza e, coerentemente, delle

diagnosi operate in ambito delle dipendenze. Gli individui del campione 1 sembrano avere una maggiore propensione per l'eroina, in primis, e poi per l'alcool, con un conseguente inquadramento diagnostico il più probabilmente legato a questi composti. Cosa diversa accade per l'insieme dei pazienti con doppia diagnosi in cui l'alcool, al primo posto, e i cannabinoidi sembrano essere le sostanze predilette condizionando allo stesso modo le diagnosi di dipendenza. Ultima tematica di comparazione sono state le strutture residenziali e semiresidenziali afferenti al dipartimento delle dipendenze, in relazione alla quantità di utenti che necessitano di tali progetti e alla durata di quest'ultimi. Per ambedue le popolazioni vi sono un maggior numero di utenti che affrontano un percorso residenziale, però è il campione dei pazienti con comorbidità ad avere tassi più elevanti di accesso. Tuttavia, la permanenza media sia nelle comunità sia nel centro diurno risulta di maggior durata per il gruppo di coloro non riconosciuti come doppia diagnosi ("Puri Ser.D."), tale scoperta fa nascere degli ulteriori nuovi possibili punti di indagine, come l'idoneità di queste strutture e gli esiti dei progetti in esse, il coinvolgimento e il ruolo dei Servizi (Ser.D. e CSM), l'inserimento e il non inserimento in strutture appartenenti al dipartimento di salute mentale.

Per entrare meglio nella comprensione dei quadri di comorbidità del contesto di Rovigo, del distretto 1, ci si è addentrati in argomenti specifici per questa popolazione, come la diagnosi psichiatrica, l'intersezione di questa con le sostanze consumate principalmente e il gioco d'azzardo patologico, il tipo di dipendenza e la componente farmacologica.

Sono i disturbi dell'umore quelli che godono di un maggiore indice di incidenza, seguiti dalle condizioni di psicosi e dai disturbi di personalità. Approfondendo il campo della dipendenza, per questa popolazione, emerge la forte predominanza dei quadri legati all'alcool, seguita dall'incidenza dei profili condizionati dalle altre sostanze, solo in minima parte non si è ancora stata fatta una diagnosi di dipendenza da sostanze (ma si conosce il composto psicoattivo primario) o una diagnosi di dipendenza comportamentale. Se in generale, per qualsiasi disturbo psichiatrico individuato (disturbo dell'umore, disturbo di personalità, psicosi, disturbi del neurosviluppo, disabilità intellettiva, non specificato), la sostanza

prediletta in assoluto è l'alcool, appaiono rilevanti anche le associazioni tra la psicosi e la cannabis, tra i disturbi di personalità e l'eroina.

Indagando l'aspetto farmacologico sono stati esaminati distintamente i farmaci psichiatrici da quelli internistici, in generale però le numerose prescrizioni di ambedue le tipologie hanno messo in luce un grande ricorso alla farmacologia. Addentrandoci infine nella psicofarmacologia, la maggiore popolarità di utilizzo si rivela per le classi delle benzodiazepine, degli antipsicotici e degli antidepressivi con, spesso, una poliprescrizione di questi.

Attraverso i risultati di questo studio osservazionale è possibile mettere a fuoco in modo più dettagliato le peculiarità dell'utenza della realtà di Rovigo e permette di comprendere meglio i bisogni e le risorse, di conseguenza aiuta nella delineazione di quelli che possono essere gli interventi e le modifiche ai Servizi da attuare per migliorare e personalizzare l'assistenza.

Tuttavia, oltre agli spunti di indagine già esplicitati appena sopra, le analisi aprono la porta ad ulteriori aspetti e contenuti che potrebbero essere approfonditi anche grazie ad un miglioramento nella registrazione delle informazioni contenute nei sistemi informatizzati, andando a considerare gli eventi di vita e di sviluppo della persona e delle condizioni psicopatologiche, soprattutto per quanto riguarda l'utenza giovane. Non devono essere trascurati nemmeno i dati inerenti agli individui in cui l'esordio è più tardivo e, anche in tal caso, è bene particolareggiare le dinamiche e le cause che possono aver portato a manifestare i vari quadri.

Al di là di queste nuove finestre di studio, i dati in possesso descrivono bene la realtà del Ser.D. di Rovigo (Distretto 1) mettendo in luce come l'utenza con doppia diagnosi si discosta da quella di competenza del solo dipartimento delle dipendenze. Emergono così le differenti esigenze e bisogni delle persone con comorbidità tra disturbo psichiatrico e dipendenza, ragion per cui le specificità del dipartimento delle dipendenze devono essere supportate ed integrate attraverso interventi congiunti, scambi interservizio assidui, formazione del personale continua e costante aggiornamento sulla distribuzione delle caratteristiche rispetto al quadro territoriale.

CONCLUSIONI

Quando si parla di malattia mentale e dipendenza si aprono due branche della medicina moderna assai ampie, dalla loro intersezione nasce la “Doppia Diagnosi” un costrutto articolato e ricco delle caratteristiche di ambedue i quadri patologici. Consultando la letteratura si scorge il fatto che si tratta di un fenomeno non statico, ma al contrario è strettamente correlato al progredire dell’evoluzione societaria e scientifica. Le ricerche e gli studi condotti su questa tematica hanno rivelato una pluralità tra le modalità di relazione e di condizionamento, essa vive in funzione delle due patologie mostrando come da queste nasca una nuova condizione, che è più della somma delle parti. La mera categorizzazione dei pazienti con questa etichetta non è cosa sufficiente a garantire loro l’attenzione e le cure di cui necessitano, per farlo è necessario un cambio di paradigma a livello culturale e organizzativo. In svariate evidenze scientifiche, viene sottolineato come la separazione tra i Servizi, dedicati ai singoli disturbi, non sia favorevole al percorso di *recovery* nel caso di una compresenza di malattia ma, al contrario, rappresenta un ostacolo e un fattore di cronicità. Per tale ragione mi sono soffermata molto, rendendo l’elaborato alquanto corposo, nella descrizione di quelli che rappresentano gli indirizzi locali ed internazionali. Oltre a collocare nel tempo e nello spazio, a comprendere il processo di comorbidità e le modalità di intervento seguendo un contesto generale, con la mia tesi mi sono voluta soffermare ed addentrare in una realtà locale.

Gli obiettivi di questo studio erano quelli di caratterizzare la popolazione con doppia diagnosi del Ser.D di Rovigo (distretto 1) chiedendosi quali fossero le loro peculiarità specifiche e, se presenti, quali invece fossero le differenze tra questa tipologia di pazienti e gli individui con la sola diagnosi di dipendenza.

Per conoscere meglio i quadri di comorbidità è stato utilizzato un campione dei 509 soggetti seguiti dal Ser.D. di Rovigo (Distretto 1) nel 2023. Il numero di individui ha permesso di strutturare uno studio osservazionale attraverso l’extrapolazione ed elaborazione di molteplici informazioni anagrafiche e relative all’anamnesi patologica remota e prossimale.

L’analisi del campione di persone doppia diagnosi ha permesso di delineare il profilo psichiatrico, dal quale emerge la popolarità di alcuni disturbi (psichiatrici e

di dipendenza) e di alcune combinazioni tra essi. Ha osservato una consistente prescrizione di terapie farmacologiche, quasi da rappresentare una regola quando si parla di soggetti con queste caratteristiche, ed inoltre ha individuato la predominanza di particolari tipologie di farmaci rispetto ad altri.

Attraverso le analisi descrittive e i test di significatività, mettendo a confronto l'utenza con comorbidità e quella afferente solamente al Ser.D., è stato possibile osservare le aree di sovrapposizione e di discostamento. Sfruttando la prospettiva data dal dipartimento delle dipendenze e i risultati estrapolati, è stato possibile evidenziare l'effettiva esistenza di differenze significative relativamente all'attuale psicopatologia di dipendenza. La difforme modalità di espressione del proprio disagio è sintomo di bisogni differenti e ciò conferma l'ipotesi di dover discernere le due tipologie di pazienti, anche dal punto di vista assistenziale e di trattamento. Eppure, sono presenti delle similitudini che rappresentano un fattore confondente e di difficoltà nel momento della diagnosi, della diagnosi differenziale e nello stabilire le competenze dell'uno e dell'altro Servizio.

Un punto di forza e un punto di debolezza dello studio risiedono entrambi nel campione stesso: da una parte abbiamo una mole di dati che permette una rappresentazione reale del contesto clinico analizzato, generando conseguentemente un effettivo spunto circa l'impronta assistenziale-terapeutica; dall'altra ci si scontra con una non perfetta compilazione della documentazione.

Un'altra questione è l'argomento minori con lo scarso riscontro dell'interazione con la neuropsichiatria infantile. Sebbene la doppia diagnosi, intesa come interazione tra disturbo psichiatrico e dipendenza, venga riconosciuta a partire dai 18 anni con la presa in carico del CSM, gli accessi al Ser.D. cominciano già in fase adolescenziale. Dato ciò, assume un ruolo di rilievo la collaborazione con i Servizi dedicati a questa fascia d'età.

La mia ricerca dimostra la necessità di implementare la compilazione delle cartelle cliniche, in particolar modo per quello che concerne l'esordio (sostanze, eventi di vita) e gli interventi (farmacologici e non, del proprio e degli altri dipartimenti), migliorando la comunicazione interservizio.

Per concludere, questo elaborato mi ha consentito di conoscere meglio cosa è la doppia diagnosi, come si è sviluppata e le modalità con cui viene affrontata, da

un punto di vista teorico e all'interno di un contesto specifico. Grazie ad esso mi è stato permesso di addentrarmi nell'intersezione tra i disturbi e nelle peculiarità della popolazione stessa. Tuttavia, oltre a delle risposte, ha aperto anche dei nuovi quesiti e argomenti su cui, mi piacerebbe, poter portare avanti nuovi studi e riflessioni ed essere d'ispirazione per ricerche future. Ad esempio, relativamente all'approfondimento di quelli che possono essere i segnali di esordio dello sviluppo di un potenziale quadro di comorbidità, vagliando in modo più analitico gli eventi di vita, le sostanze d'inizio, i fattori di vulnerabilità e di protezione. Al fine di ottimizzare e anticipare al massimo l'intercettazione dello sviluppo di questa condizione, capire come farlo e come intervenire per arginarne e limitarne l'evoluzione.

Infine, gli ultimi aspetti che, se ci fosse stata la possibilità di tempo e spazio, mi sarebbe piaciuto indagare sono due: il ruolo del genere biologico, vista la non indifferente predominanza del sesso maschile; mentre l'altra è inerente al tema delle strutture, ovvero il comprendere le differenze tra esse e del motivo della differente durata di permanenza tra i pazienti dei due campioni.

BIBLIOGRAFIA

- Andersen H (1970). Stofbrugere i de københavnske fængsler 1/7-1965 – 1/7-1969 [Drug users in the Copenhagen prisons 1/7-1965 – 1/7 1969]. København: Vestre Hospital og Sociolog
- Austvoll-Dahlgren A., Forsetlund L., Munthe-Kaas H.M., Kirkehei I. (2012). Effects of support and follow-up interventions for people with severe mental illness. The Knowledge Centre for the Health Services. ISSN (digital): 1890-1298; ISBN (digital): 978-82-8121-493-4
- Bellio G. (2003). In Doppia Diagnosi: dai problemi metodologici all'organizzazione dell'assistenza. Noumen. pp. 8-19
- Bellomo A., Cataldini R., Cotugno S., Deruvo G., Di Sciascio G., Dipietro A., Elia C., Giaquinto P., Labriola D., Mammana G., Nappi G., Nardini M., Pollice A., Proscia M., Vernole E. (2005). In Comorbidità fra disturbi mentali e dipendeze patologiche: il problema della cosiddetta “doppia diagnosi”. Progetto double spiral. Bari. pp.7-48, 147-148, 165-167.
- Bogusz K., Kopera M., Jakubczyk A., Trucco E.M., Kucharska K., Walenda A., Wojnar M. (2021). Prevalence of alcohol use disorder among individuals who binge eat: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. Vol. 116(1):18-31. doi: 10.1111/add.15155. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32533728; PMCID: PMC7736190.
- Brydensholt H.H. (1972). Narkotika og straf [Drugs and punishment]. København: Juristforbundets Forlag
- Carozza P. (2006). Principi di riabilitazione psichiatrica, prima edizione, Milano, Franco Angeli
- Colizzi M., Bortoletto R., Antolini G., Bhattacharyya S., Balestrieri M., Solmi M. (2024). Biobehavioral Interactions between Endocannabinoid and Hypothalamic-pituitary-adrenal Systems in Psychosis: A Systematic Review. *Current Neuropharmacology*. Vol. 22(3):495-520. doi:10.2174/1570159X21666230801150032. PMID: 37533248; PMCID: PMC10845076.

- Davies J. (2011). Positive and negative models of suffering: an anthropology of our shifting cultural consciousness of emotional discontent. *Anthropology of Consciousness*. Vol. 22(2):188-208. doi:10.1111/j.1556-3537.2011.01049.x
- Drake R. E., Wallach M. A. (1993). Moderate Drinking Among People With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*. Vol. 44(8):780–782. doi:10.1176/ps.44.8.780
- Drake R. E., Wallach M. A. (2000). Dual Diagnosis: 15 Years of Progress. *Psychiatric Services*. Vol. 51(9):1126–1129. doi:10.1176/appi.ps.51.9.1126
- Drake R. E., Wallach M. A., Mueser K. T. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*. Vol. 23(6):717-734. ISSN:0306-4603. doi:10.1016/S0306-4603(98)00073-2.
- Fantuzzi C., Mezzina R. (2020). Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 66(3):300-310. doi:10.1177/0020764019899975
- Farrell M., Lewis G. (1990). Discrimination on the grounds of diagnosis. *British Journal of Addiction*. Vol. 85(7):883-890. doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb03718.x
- Fioritti A., Burns T., Hilarión P., Van Weeghel J., Cappa C., Sunol R., Otto E. (2014). Individual Placement and Support in Europe. *Psychiatric rehabilitation journal*. Vol. 37, pp. 123-128. doi:10.1037/prj0000065
- Fonagy P., Allison E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*. doi:10.1037/a0036505.
- Frei A., Rehm J. (2002). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen - Eine Metaanalyse bisheriger Studien [The prevalence of psychiatric co-morbidity among opioid addicts]. *Psychiatrische Praxis*. Vol. 29(5):258-62. German. doi:10.1055/s-2002-32713. PMID: 12101492
- Glaser F.B. (1993). The concept of dual diagnosis: some critical comments. *Dual Disorders: Alcoholism, Drug Dependence and Mental Health*. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa. pp 49-59.
- Gouzoulis-Mayfrank E. (2004). Doppeldiagnose Psychose und Sucht. *Nervenarzt*. Vol. 75, pp 642–650. doi:10.1007/s00115-004-1692-9

- Gregorowski C., Seedat S., Jordaan G.P. (2013). A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC Psychiatry*. Vol. 7(13):289. doi: 10.1186/1471-244X-13-289. PMID: 24200300; PMCID: PMC4226257
- Guy Standing (2015). *The Precariat and Class Struggle*. RCCS Annual Review [Online]. Issue 7. doi:10.4000/rccsar.585
- Hambrecht M., Häfner H. (1996). Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological Psychiatry*. Vol. 40 (11):1155-1163. ISSN: 0006-3223. doi:10.1016/S0006-3223(95)00609-5.
- Harrington A. (2019). *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*. New York, NY: WW Norton & Company.
- Harris M., Bellack A.S. (1989). The Young Chronic Patient. A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia. pp 305-325. Springer US, Boston, MA. doi: 10.1007/978-1-4757-8979-9_13
- Holstein B.E. (1972). *Spredning af stoffer [The diffusion of drugs]*. Ungdom og stofbrug. København: Jørgen Paludans Forlag
- Houborg E. (2014). Construction and handling of drug problems in Denmark from the 1870s to the 1980s. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. Vol. 31(5-6):527-550. doi:10.2478/nsad-2014-0045
- Kathleen R. Merikangas, Rajni L. Mehta, Beth E. Molnar, Ellen E. Walters, Joel D. Swendsen, Sergio Aguilar-Gaziola, Rob Bijl, Guilherme Borges, Jorge J. Caraveo-Anduaga, David J. Dewit, Bohdan Kolody, William A. Vega, Hans-Ulrich Wittchen, Ronald C. Kessler (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*. Vol. 23 (6): 893-907. doi:10.1016/S0306-4603(98)00076-8.
- Kienast T., Stoffers J., BERPohl F., Lieb K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt international*. Vol.111(16):280-6. doi:10.3238/arztebl.2014.0280. PMID: 24791755; PMCID: PMC4010862.
- Kirkehei I., Leiknes K.A., Larun L., Hammerstrøm K.T., Bramness J.G., Gråwe R.W., Haugerud H., Helseth V., Sykehuset A.L., Lossius K., Waal H. (2008). Dual

diagnoses – Severe Mental Illness and Substance Use Disorder. Part 2 – Effect of psychosocial interventions. The Knowledge Centre for the Health Services. ISSN (digital): 1890-1298. ISBN (digital): 978-82-8121-222-0

- Kløvedal M. (1970). Frivillighedsprincippet i praksis [The principle of voluntariness in practice]. *Mentalhygiejne*. Vol. 23: 212–215
- Koskinen J., Löhönen J., Koponen H., Isohanni M., Miettunen J. (2010). Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 36(6):1115-30. doi:10.1093/schbul/sbp031. PMID: 19386576; PMCID: PMC2963055.
- Larsen J.L., Johansen K.S., Mehlsen M.Y. (2022). What kind of science for dual diagnosis? A pragmatic examination of the enactive approach to psychiatry. *Frontiers in Psychology*. Vol. 13. doi:10.3389/fpsyg.2022.825701. ISSN:1664-1078. PMID: 35923725; PMCID: PMC9339962.
- Lia L., Serretti A. (2014). In *Psichiatria per Professioni Sanitarie*. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - AlmaDL Alma Mater Studiorum Università di Bologna. ISBN ISBN: 978-88-980-1019-6. doi: 10.6092/unibo/amsacta/4051.
- Lubman D.I., Hides L., Jorm A.F., Morgan A.J. (2007). Health Professionals' Recognition of Co-Occurring Alcohol and Depressive Disorders in Youth: A Survey of Australian General Practitioners, Psychiatrists, Psychologists and Mental Health Nurses Using Case Vignettes. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 41(10):830-835. doi:10.1080/00048670701579090
- Marecek J., Lafrance M.N. (2021). Editorial introduction: the politics of psychological suffering. *Feminism & Psychology*. Vol. 31(1):3-18. doi:10.1177/0959353521989537
- Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Lovrecic M., Guelfi Gian P., Fanali A., Consoli A. (2003). In *Aggiornamenti in Psichiatria: Giornate pisane di tossiodipendenze*. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*. Vol 5(2):13-24, 29-33, 63-68.
- Maremmani I., Zolesi O., Aglietti M., Marini G., Tagliamonte A., Shinderman M., Maxwell S. (2000). Methadone Dose and Retention During Treatment of Heroin Addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity. *Journal of Addictive Diseases*. Vol. 19(2):29–41. doi:10.1300/J069v19n02_03

- Maremmani I.,Perugi G., PaciniM., Akiskal H.S. (2006). Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: Opiate addiction as a paradigm. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 93 (1–3):1-12. ISSN 0165-0327. doi:10.1016/j.jad.2006.02.022.
- Martino S., Carroll K., Kostas D., Perkins J., Rounsaville B. (2002). Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat*. Vol. 23(4):297-308. doi: 10.1016/s0740-5472(02)00295-7. PMID: 12495791; PMCID: PMC3865805.
- Mason M. et al. (2016). Psychiatric Comorbidity and Complications. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. Vol. 25(3):521-32. doi: 10.1016/j.chc.2016.02.007
- Mattingley S., Youssef G.J., Manning V., Graeme L., Hall K.(2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 300: 492-504. ISSN 0165-0327. doi:10.1016/j.jad.2021.12.126.
- Mc Lellan A.T., Woody G.E., O'Brien C.P. (1979). Development of psychiatric illness in drug abusers. Possible role of drug preference. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 301(24):1310-4. doi:10.1056/NEJM197912133012403. PMID: 41182.
- McCallum S., Mikocka-Walus A., Turnbull D., Andrews J.M. (2015). Continuity of Care in Dual Diagnosis Treatment: Definitions, Applications, and Implications. *Journal of Dual Diagnosis*. Vol.11(3-4):217-32. doi: 10.1080/15504263.2015.1104930. PMID: 26457874.
- McCallum S., Mikocka-Walus A., Turnbull D., Andrews J.M. (2015). Continuity of Care in Dual Diagnosis Treatment: Definitions, Applications, and Implications. *J Dual Diagn*. Vol. 11(3-4):217-32. doi: 10.1080/15504263.2015.1104930. PMID: 26457874
- Merikangas K. R., Mehta R. L., Molnar B. E., Walters E. E., Swendsen J. D., Aguilar-Gaziola S., Bijl R., Borges G., Caraveo-Anduaga Jorge J., Dewit D. J., Kolody B., Vega W. A., Wittchen Hans-Ulrich, Kessler R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the

international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*. Vol. 23(6):893-907. ISSN:0306-4603. doi:10.1016/S0306-4603(98)00076-8.

- Merikangas K.R., Stolar M., Stevens D.E., et al (1998). Familial Transmission of Substance Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 55(11):973–979. doi:10.1001/archpsyc.55.11.973
- Minkoff K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital & community psychiatry*. Vol. 40(10):1031-6. doi:10.1176/ps.40.10.1031. PMID:2807203.
- Møller K.O. (1944). Om eufomani (“narkomani”) og lægens stilling til dette problem [About euphomania (narcomania) and the position of the doctor in relation to this problem]. *Ugeskrift for læger*. Vol. 106(18):448-454.
- Møller K.O. (1946). *Farmakologi [Pharmacology]*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment. A research-based guide (Third Edition). Publication January 2014, revised January 2018
- Nordentoft M. (1990). Afinstitutionalisering og hjemløshed blandt psykisk syge i historisk perspektiv. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. Vol. 44(5):435-441. doi:10.3109/08039489009096594
- Pedrelli P., Lovieno N., Vitali M., Tedeschini E., Bentley K., Papakostas G.I.(2011). Treatment of Major Depressive Disorder and Dysthymic Disorder With Antidepressants in Patients With Comorbid Opiate Use Disorders Enrolled in Methadone Maintenance Therapy: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 31(5):582-586. doi:10.1097/JCP.0b013e31822c0adf
- Pepper B., Kirshner M.C., Ryglewicz H. (1981). The young adult chronic patient: overview of a population. *Hospital & Community Psychiatry*. Vol. 32(7):463-9. doi: 10.1176/ps.32.7.463. PMID: 6263783.
- Peterson A.L. (2013). Integrating mental health and addictions services to improve client outcomes. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol. 34(10):752-6. doi: 10.3109/01612840.2013.809830. PMID: 24066651

- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. Vol. 264(19):2511-8. PMID: 2232018.
- Sampedro-Piquero P., Zancada-Menéndez C., Bernabéu-Brotons E., Moreno-Fernández R.D. (2022). The Relationship between Binge Drinking and Binge Eating in Adolescence and Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*. Vol. 20(1):232. doi:10.3390/ijerph20010232. PMID: 36612554; PMCID: PMC9819376.
- Solomon J., Zimberger S., Shollar E. (1993). *Dual Diagnosis: Evaluation and Treatment Training and Program Development*. Plenum Medical, New York.
- Sumnall H., Brotherhood A. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and intervention for drug user in treatment*. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. doi: 10.2810/72023. ISBN: 978-92-9168-557-8
- Tomko R.L., Trull T.J., Wood P.K., Sher K.J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Disordine J Pers*. Vol. 28(5):734-50. doi: 10.1521/pedi_2012_26_093. PMID: 25248122; PMCID: PMC3864176.
- Torres-González F., Ibanez-Casas I., Saldivia S., Ballester D., Grandón P., Moreno-Küstner B., Xavier M., Gómez-Beneyto M. (2014). Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Vol. 16(10):97-110. doi: 10.2147/NDT.S41063. PMID: 24476630; PMCID: PMC3897352
- Tosato S., Lasalvia A., Bonetto C., Mazzoncini R., Cristofalo D., De Santi K., Bertani M., Bissoli S., Lazzarotto L., Marrella G., Lamonaca D., Riolo R., Gardellin F., Urbani A., Tansella M., Ruggeri M. (2013). The impact of cannabis use on age of onset and clinical characteristics in first-episode psychotic patients. *Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS)*. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 47(4):438-444. ISSN 0022-3956. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.11.009.

- Ulf-Møller B., Jørgensen F. (1972). Spredning af stofbrug blandt danske skoleelever fra 1968 til 1970 [Diffusion of drug use among Danish school children from 1968 to 1970]. *Ungdom og Stofbrug*, pp. 79–88. København: Jørgen Paludans Forlag
- Van Wamel A., Van Rooijen S., Kroon H. (2015). Integrated Treatment: The Model and European Experiences. *Co-Occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from A European Perspective*, pp 27-45. doi:10.1007/978-3-642-45375-5_3.
- Volpicelli J.R., Alterman A.I., Hayashida M., O'Brien C.P. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 49(11):876-80. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820110040006. PMID: 1345133
- Voss T., Ziirsén M. (1971). Stofmisbrug - en samfundssygdom [Drug abuse - a societal disease]. København: Thanning & Appels Forlag.
- Wasser J. G., Gammeter R., Daeppen J. (2005). Prise en charge des patients «double diagnostic»: comment sortir du carrousel institutionnel?, *Revue Medicale Suisse*. Vol. 1(26):1750–1754. doi:10.53738/REVMED.2005.1.26.1750
- Weaver T., Madden P., Charles V., et al. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 183(4):304-313. doi:10.1192/bjp.183.4.304
- Wesson D.R. (2011). Psychedelic Drugs, Hippie Counterculture, Speed and Phenobarbital Treatment of Sedative-Hypnotic Dependence: A Journey to the Haight Ashbury in the Sixties. *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 43(2):153–164. doi:10.1080/02791072.2011.587708
- Winsløw J., Holstein B.E. (1972). Sociologi og stofbrug [Sociology and Drug Use]. *Ungdom og stofbrug*. København: Jørgen Paludans Forlag.
- Yohn S.E., Galbraith J., Calipari E.S., Conn P. J. (2019). Behavioral and Neurocircuitry Disruptions in Drug Addiction, Obesity, and Binge Eating Disorder: Focus on Group I mGluRs in the Mesolimbic Dopamine Pathway. *ACS Chemical Neuroscience*. Vol. 10(5):2125-2143. doi:

10.1021/acscemneuro.8b00601. Epub 2019 Apr 15. PMID: 30933466; PMCID: PMC7898461.

- Young S., Woodhouse E. (2021). Assessment and treatment of substance use in adults with ADHD: a psychological approach. *Journal of Neural Transmission*. Vol. 128 (7):1099–1108. doi:10.1007/s00702-020-02277-w

RIFERIMENTI NORMATIVI e LINEE GUIDA

- Decreto del Direttore Generale 16 settembre 2020, n. 96 - Approvazione delle “Linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli operativi di collaborazione tra i Dipartimenti Salute mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze per favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi”
- Delibera della Giunta Regionale 30 dicembre 2022, n. 1699 “Approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale della Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta per pazienti affetti da comorbidità psichiatrica CTRP - CP. Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002”
- Delibera della Giunta Regionale 5 dicembre 2003, n. 3745 “Approvazione ed adozione di un protocollo operativo tra i Dipartimenti per le Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende UISS del Veneto per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica.”
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). Clinical guideline [CG120] – “Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings”
- National Institute for Health and Care Excellence (2016). NICE guideline [NG58] - “Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services”. ISBN:978-1-4731-2181-2
- Piano d’Azione Nazionale per la Salute Mentale (2013)
- Protocollo di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze AULSS 5 Polesana, Distretto 1 e 2 (2021)

SITOGRAFIA

- Istituto Superiore di Sanità (ISS). Prevenzione e promozione della salute. <https://www.iss.it/prevenzione-e-promozione-della-salute/>

/asset_publisher/GUim0fKOBzE2/content/promozione-della-salute-mentale-nelle-scuole

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recovery and Recovery Support. <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>

ALLEGATI

Allegato 4.1 - Utenza del Ser.D. e distribuzione in due campioni (p. 90)

Frequenza	Campione		Tot. in carico*
	1*	2*	
Assoluta (nr.)	470	39	509
Percentuale (%)	92,34	7,66	100,00

*1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); *Tot. in carico* = numero complessivo della popolazione in carico al Ser.D. di Rovigo (Distretto 1) nell'anno 2023

Allegato 4.2 - Diagnosi psichiatrica nel campione 2 (p. 92)

Diagnosi psichiatrica (classe DSM)	Descrizione (dettaglio delle diagnosi individuate)	Frequenza	
		Assoluta	Percentuale (%)
Disturbi del Neurosviluppo	Autismo ad Alto Funzionamento	1	2,56
Disturbi dell'Umore	<ul style="list-style-type: none"> • Sdr. Depressiva • Sdr. Ansioso-Depressiva 	14	35,90
	<ul style="list-style-type: none"> • Depressione Maggiore • D. Bipolare • Non specificato 		
Disturbi di Personalità	<ul style="list-style-type: none"> • Borderline • Antisociale 	8	20,51
	<ul style="list-style-type: none"> • Ossessivo-Compulsivo con Disturbo Bipolare • con Depressione Maggiore 		
Disabilità Intellettiva	con Psicosi	2	5,13
Psicosi	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbo Psicotico • Disturbo Delirante • Disturbo Schizoaffettivo Bipolare 	11	28,21
	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbo Schizoaffettivo • Psicosi Paranoide • Schizofrenia • Non Specificato 		
Non Specificato		3	7,69

Allegato 4.3 - Dipendenza nel campione 2 (p. 92)

Sostanza	Descrizione (dettaglio delle diagnosi individuate)	Frequenza	
		Assoluta	Percentuale (%)
Alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso di Alcool • Dipendenza da Alcool 	24	61,54
Sostanze (alcool escluso)	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso di Allucinogeni • Dipendenza da Cocaina • Abuso di Cocaina • Dipendenza da Cannabinoidi • Abuso di Cannabinoidi • Dipendenza da Oppioidi • Dipendenza da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici 	10	25,64
GAP	<ul style="list-style-type: none"> • gioco d'azzardo patologico • disturbo da gioco d'azzardo patologico 	2	5,13
Non Specificato*		3	7,69

*% = frequenza percentuale; *Non Specificato* = non è presente diagnosi di dipendenza ma vi è l'individuazione di una sostanza primaria.

Allegato 4.4 - Associazione tra diagnosi psichiatrica e sostanza primaria nel campione 2 (p. 93)

Diagnosi Psichiatrica	Sostanza Primaria	Frequenza	
		Assoluta	Percentuale (%)
Disturbi del Neurosviluppo	Alcool	1	2,56
Disturbi dell'Umore	Alcool	12	30,77
	Benzodiazepine	1	2,56
	GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)	1	2,56
Disturbi di Personalità	Alcool	4	10,26
	Cocaina	1	2,56
	Eroina	2	5,13
	Cannabis	1	2,56
Disabilità Intellettiva	Alcool	2	5,13
Psicosi	Altri Allucinogeni	1	2,56
	Alcool	4	10,26
	Cocaina	1	2,56
	Eroina	1	2,56
	GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)	1	2,56
	Cannabis	3	7,69
	Non Specificato	Alcool	3

Allegato 4.5 - Suddivisione della terapia psicofarmacologica in base all'azione dei principi attivi (p. 94)

Azione (generale) – Principio attivo	Poliassuntori*	Frequenze nette (%*)	
Ansiolitico (Bdz*)			
• Alprazolam			
• Bromazepam	- 8 assumono 2 tipi*	56,90	
• Delorazepam	- 1 assume 3 tipi		
• Diazepam			
• Lorazepam			
<hr/>			
Ansiolitico – Sedativo (Bdz, Antiepilettico)		10,26	
<hr/>			
Antidepressivo			
• Bupropione (Bupropione Cloridrato)			
• Duloxetina			
• Escitalopram			
• Mirtazapina	- 7 assumono 2 tipi	54,39	
• Paroxetina	- 1 assume 4 tipi		
• Sertralina			
• Trazodone Cloridrato			
• Venlafaxina			
• Vortioxetina			
<hr/>			
Antidepressivo – Stabilizzatore dell'Umore			2,56
• Citalopram Bromidrato			
<hr/>			
Antiepilettico (dolore neuropatico periferico, Disturbo d'Ansia)		12,82	
• Pregabalin			
<hr/>			
Antimaniacale – Antiepilettico		23,08	
• Acido Valproico (sotto forma di Sodio Valproato)			
• Carbamazepina			
<hr/>			
Antipsicotico			
• Aloperidolo			
• Amisupride	- 9 assumono 2 tipi	69,57	
• Aripiprazolo	- 4 assumono 3 tipi		
• Clotiapina			
• lurasidone			
<hr/>			

[Segue alla pagina successiva]

<ul style="list-style-type: none"> • Levomepromazina • Olanzapina • Paliperidone • Perfenazina • Promazina Cloridrato • Quetiapina • Risperidone • Tiapride Cloridrato 		
Antipsicotico – Stabilizzatore dell'Umore	1 lo assume oltre ad altri 2 antipsicotici	5,13
<ul style="list-style-type: none"> • Litio Carbonato 		
Avversivante dell'alcool		28,21
<ul style="list-style-type: none"> • Disulfiram 		
Sedativo – Ipnotico (bdz e simili)		
<ul style="list-style-type: none"> • Flurazepam • Lormetazepam • Triazolam • Zolpidem Tartrato 	1 assume 2 tipi	31,71
Stabilizzatore dell'Umore		2,56
<ul style="list-style-type: none"> • Litio Solfato 		
Stabilizzatore dell'Umore (Antiepilettico, dolore neuropatico periferico [può essere sostanza d'abuso])		2,56
<ul style="list-style-type: none"> • Gabapentin 		
Nessun psicofarmaco segnalato		5,13

* *Poliassuntori* = indica il numero di pazienti e il relativo numero di psicofarmaci, con la medesima azione, ad egli prescritti; *tipi* = farmaci con la medesima azione prescritti; % = frequenze percentuali nette di prescrizione; *bdz* = benzodiazepina.

Allegato 4.6 - Distribuzione del sesso per l'intera popolazione (campione 1 unito al campione 2) (p. 95)

Genere	Frequenza	
	Assoluta (nr.)	Percentuale (%)
M*	398	78,19%
F*	111	21,81%
Tot.*	509	

* *M* = genere maschile; *F* = genere femminile; *Tot.* = maxi-campione analizzato (1 [pazienti solamente del Ser.D.] unito a 2 [utenti doppia diagnosi in carico al Ser.D. ed al CSM])

Allegato 4.7 - Distribuzione del genere tra il campione 1e 2 (p. 95)

Tabella di contingenza

Sesso	Campione			Totale
	1*	2*		
F*	nr.*	98	13	111
	%*	20.9%	33.3%	21.8%
M*	nr.	372	26	398
	%	79.1%	66.7%	78.2%
Totale	nr.	470	39	509
	%	100.0%	100.0%	100.0%

* 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); F = pazienti di sesso femminile; M = pazienti di sesso maschile; nr. = frequenza assoluti; % = frequenza percentuale di colonna

$$\chi^2 (N = 509, 1) = 3.29, p = .07$$

Test χ^2

	Valore	gdl*	p
χ^2	3.29	1	0.070**
N*	509		

* N = numero di partecipanti; gdl = gradi di libertà.

** p superiore a .05 quindi non sono presenti differenze significative tra i due campioni in termini di distribuzione del genere biologico

Allegato 4.8 - Distribuzione dei livelli di istruzione tra il campione 1e 2 (p. 96)

Tabella di contingenza

Livello di istruzione		Campione		Totale
		1*	2*	
Diploma media superiore	nr.*	86	9	95
	%*	21.6%	24.3%	21.6%
Diploma qualifica professionale	nr.	58	10	68
	%	14.5%	27.0%	15.6%
Laurea	nr.	6	1	7
	%	1.5%	2.7%	1.6%
Laurea magistrale	nr.	13	2	15
	%	3.3%	5.4%	3.4%
Licenza elementare	nr.	20	0	20
	%	5.0%	0.0%	4.6%
Licenza media inferiore	nr.	171	11	182
	%	42.9%	29.7%	41.7%
Nessuno	nr.	2	0	2
	%	0.5%	0.0%	0.5%
Non noto/non risulta	nr.	43	4	47
	%	10.8%	10.8%	10.8%
Totale	nr.	399	37	436
	%	100.0%	100.0%	100.0%

* 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); nr. = frequenza assoluti; % = frequenza percentuale di colonna

$$\chi^2 (N = 436, 7) = 7.70, p = .36$$

Test χ^2

	Valore	gdl*	p
χ^2	7.70	7	0.360**
N*	436		

* N = numero di partecipanti; gdl = gradi di libertà. ** p superiore a .05 quindi non sono presenti differenze significative tra i due campioni in termini di distribuzione del genere biologico

Analisi Descrittiva

	Campione	Frequenza relativa	Mancanti	Media	Mediana	Deviazione Standard	Min.	Max
Età del- l'utenza	1*	470	0	43.5	43.0	13.46	15	82
	2*	39	0	44.9	49	14.16	18	79
Età di 1° uso	1	319	151	19.2	18.0	6.26	11.0	50.0
	2	31	8	20.6	19.0	8.08	13.0	50.0
Età di 1° trattamento	1	470	0	34.0	31.0	12.86	15	76
	2	39	0	34.9	32	14.54	13	73

* 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM);

Test t a campioni indipendenti

		Statistiche	gdl*	p
Età	<i>t di Student</i>	-0.618	507	0.537
Età di 1° uso	<i>t di Student</i>	-1.158 ^a	348	0.247
Età di 1° trattamento	<i>t di Student</i>	-0.388	507	0.698

* *gdl* = grado di libertà

[Nota] $H_a : \mu_1 \neq \mu_2$

^a Il *test di Levene* è significativo ($p < .05$), suggerendo una violazione dell'assunzione di varianze uguali

[Segue alla pagina successiva]

Test di Omogeneità delle Varianze (Levene)

	F	gdl	gdl2	p
Età	0.0888	1	507	0.766
Età di 1° uso	3.9565	1	348	0.047*
Età di 1° trattamento	2.0761	1	507	0.150

[Nota] Un piccolo valore di p suggerisce una violazione dell'assunzione di varianze uguali

* valore significativo ($p < .05$), assunzione di omogeneità della varianza non soddisfatta. Può portare a risultati imprecisi (errori di tipo I [falso positivo] o II [falso negativo])

Allegato 4.10 - Analisi descrittiva della distribuzione generale dell'età di primo consumo, senza distinzione tra i campioni, suddiviso per sostanza d'inizio (p. 98)

Sostanza d'inizio	N*	Mancanti*	Media*	Min.*	Max*
Alcool	56	1	21.3	13	50
Altre sostanze illegali	2	0	20.5	18	23
Altri farmaci psicotropi non prescritti	1	0	18.0	18	18
Benzodiazepine non prescritte	1	0	50.0	50	50
Cannabinoidi	137	0	16.5	11	25
Cocaina	12	0	21.1	14	44
Ecstasy ed analoghi	3	0	18.3	17	20
Eroina	27	0	17.3	13	21
Morfina non prescritta	1	0	18.0	18	18

* *N* = frequenza assoluta dei pazienti in cui è compilato il campo sia la variabile "Sostanza d'inizio" sia "età di 1° uso"; *Mancanti* = frequenza assoluta degli utenti con la valorizzazione della variabile "Sostanza d'inizio", ma non "età di 1° uso"; *Media* = età media dell'età di 1° uso della sostanza d'inizio considerata; *Min.* = età minima di 1° uso, in relazione alla sostanza di inizio considerata; *Max.* = età massima di 1° uso, in relazione alla sostanza di inizio considerata.

Allegato 4.11 - Analisi della tipologia di sostanza d'inizio tra campione 1 e 2 (p. 101)

Tabella di contingenza

sostanza d'inizio		Campione		Totale
		1*	2*	
Alcool	nr.*	50	7	57
	%*	22.3%	41.2%	23.7%
Altre sostanze illegali	nr.	2	0	2
	%	0.9%	0.0%	0.8%
Altri farmaci psicotropi non prescritti	nr.	1	0	1
	%	0.4%	0.0%	0.4%
Benzodiazepine non prescritte	nr.	1	0	1
	%	0.4%	0.0%	0.4%
Cannabinoidi	nr.	128	9	137
	%	57.1%	52.9%	56.8%
Cocaina	nr.	11	1	12
	%	4.9%	5.9%	5.0%
Ecstasy ed analoghi	nr.	3	0	3
	%	1.3%	0.0%	1.2%
Eroina	nr.	27	0	27
	%	12.1%	0.0%	11.2%
Morfina non prescritta	nr.	1	0	1
	%	0.4%	0.0%	0.4%
Totale	nr.	224	17	241
	%	100.0%	100.0%	100.0%

* 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); nr. = frequenza assoluti; % = frequenza percentuale di colonna

[Segue alla pagina successiva]

$$\chi^2 (N = 241, 8) = 5.11, p = .746$$

Test χ^2

	Valore	gdl*	p
χ^2	5.11	8	0.746**
N*	241		

* N = numero di partecipanti; gdl = gradi di libertà.

** p superiore a .05 quindi non sono presenti differenze significative tra i due campioni in termini di distribuzione della sostanza d'inizio

Allegato 4.12 - Distribuzione delle sostanze primarie tra campione 1 e 2 (p. 103)

Tabella di Contingenza

sostanza primaria		Campione		Totale
		1*	2*	
Alcool	nr.*	104	26	130
	%*	33.2%	70.3%	37.1%
Altre sostanze illegali	nr.	2	0	2
	%	0.6%	0.0%	0.6%
Altri allucinogeni	nr.	0	1	1
	%	0.0%	2.7%	0.3%
Altri oppiacei non prescritti	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Benzodiazepine non prescritte	nr.	2	1	3
	%	0.6%	2.7%	0.9%
Cannabinoidi	nr.	36	4	40
	%	11.5%	10.8%	11.4%
Cocaina	nr.	32	2	34
	%	10.2%	5.4%	9.7%
Crack	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Ecstasy ed analoghi	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Eroina	nr.	134	3	137
	%	42.8%	8.1%	39.1%
Totale	nr.	313	37	350
	%	100.0%	100.0%	100.0%

*1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); nr. = frequenza assoluti; % = frequenza percentuale di colonna

[Segue alla pagina successiva]

$$\chi^2 (N = 350, 9) = 33.9, p < .001$$

Test χ^2

	Valore	<i>gdl</i> *	<i>p</i>
χ^2	33.9	9	<.001**
N*	350		

* *N* = numero di partecipanti; *gdl* = gradi di libertà.

** *p* inferiore a .05 quindi sono presenti differenze significative tra i due campioni in termini di distribuzione della sostanza primaria di consumo

Allegato 4.13 - Distribuzione delle diagnosi primarie assegnate dal Ser.D. tra campione 1 e 2 (p. 104)

Tabella di Contingenza

Diagnosi 1 Ser.D.*	Campione			
	1*	2*	Totale	
Abuso di Alcool	nr.*	61	14	75
	%*	21.2%	38.9%	23.1%
Abuso di Allucinogeni	nr.	0	1	1
	%	0.0%	2.8%	0.3%
Abuso di Cannabinoidi	nr.	22	3	25
	%	7.6%	8.3%	7.7%
Abuso di Cocaina	nr.	14	0	14
	%	4.9%	0.0%	4.3%
Abuso di Oppioidi	nr.	8	0	8
	%	2.8%	0.0%	2.5%
Abuso di sostanze che non provocano dipendenza	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Altra dipendenza da sostanze specificata	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Altri disturbi delle abitudini e degli impulsi	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Anoressia nervosa	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Dipendenza da Alcool	nr.	44	10	54
	%	15.3%	27.8%	16.7%
Dipendenza da Cannabinoidi	nr.	3	1	4
	%	1.0%	2.8%	1.2%
Dipendenza da Oppioidi	nr.	101	3	104
	%	35.1%	8.3%	32.1%

[Segue alla pagina successiva]

Diagnosi 1 Ser.D.*	Campione			
		1*	2*	Totale
Dipendenza da cocaina	nr.	12	1	13
	%	4.2%	2.8%	4.0%
Disturbo da Gioco d'Azzardo	nr.	0	2	2
	%	0.0%	5.6%	0.6%
Disturbo da uso di Alcool	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Disturbo da uso di Cannabis	nr.	2	0	2
	%	0.7%	0.0%	0.6%
Disturbo da uso di Oppiacei	nr.	2	0	2
	%	0.7%	0.0%	0.6%
Disturbo da uso di sedativi, ipnotici o ansiolitici	nr.	0	1	1
	%	0.0%	2.8%	0.3%
Disturbo depressivo, non classificato altrove	nr.	1	0	1
	%	0.3%	0.0%	0.3%
Epatite C cronica senza menzione di coma epatico	nr.	4	0	4
	%	1.4%	0.0%	1.2%
Gioco d'azzardo patologico	nr.	9	0	9
	%	3.1%	0.0%	2.8%
Totale	nr.	288	36	324
	%	100.0%	100.0%	100.0%

* 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); nr. = frequenza assoluti; % = frequenza percentuale di colonna; *Diagnosi 1 Ser.D.* = Diagnosi primaria assegnata dal Ser.D., escludendo lo stato di gravità (esempio: in remissione, continuo, ecc.)

[Segue alla pagina successiva]

$$\chi^2 (N = 324, 20) = 53.0, p < .001$$

Test χ^2

	Valore	<i>gdl</i> *	<i>p</i>
χ^2	53.0	20	<.001**
N*	324		

* *N* = numero di partecipanti; *gdl* = gradi di libertà.

** *p* inferiore a .05 quindi sono presenti differenze significative tra i due campioni in termini di distribuzione della diagnosi primaria di dipendenza, operata dal dipartimento delle dipendenze.

Allegato 4.14 - Distribuzione degli accessi nelle due tipologie di strutture tra campione 1 e 2, con la suddivisione in base al numero totale di pazienti (p. 107)

Struttura*	Campione											
	2*						1*					
	Quantità di accessi											
	almeno 1		2 o +*		1		almeno 1		2 o +		1	
	nr.*	%*	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%
CT*	14	35,9	5	12,8	9	23,1	67	14,3	30	6,4	37	7,9
CD*	7	17,9 5	0	0	7	17,9 5	26	5,5	4	0,85	22	4,7
Nulla*	24	61,5					38 9	82,8				
Tot. Pz in CT e/o CD*	15	38,5					81	17,2				

* 1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); 2 o + = numero di accessi nella struttura, in vita ed entro il 31 dicembre 2023, pari o superiore a 2; nr. = frequenza assoluta; % = frequenza percentuale; *Struttura* = tipologia di struttura; *CT* = Comunità Terapeutica; *CD* = Centro Diurno; *Nulla* = numero di pazienti che non hanno affrontato nessun percorso residenziale o semiresidenziale, ma possono aver frequentato i gruppi AMA (auto-mutuo-aiuto) e/o il carcere; *Tot. Pz in CT e/o CD* = numero totale di pazienti che ha intrapreso uno o più progetti in comunità e/o nel centro diurno

Allegato 4.15 - Permanenza media, in base al numero di accessi e di pazienti, con suddivisione tra campione 1 e 2 (p. 107)

in base a		Struttura*		
		CT*	CD*	
Campione	1*	Accessi* $\frac{gg - m - aa^*}{gg^*}$	$6 m^* + 10,1 g^*$	$2 aa + 6 m + 7,25 g$
			190,1	907,25
	Pazienti*	$\frac{gg - m - aa}{gg}$	$1 aa + 5 m^* + 9,22 g$	$3 aa + 1 m + 6,62 g$
			519,22	1116,62
	2*	Accessi $\frac{gg - m - aa}{gg}$	$4 m + 1,16 g$	$1 aa + 4 m + 2,5 g$
			121,16	482,50
Pazienti	$\frac{gg - m - aa}{gg}$	$10 m + 20,21 g$	$1 aa + 1 m + 23,57 g$	
		320,21	413,57	

*1 = utenti afferenti solamente al Ser.D. di Rovigo (Dipartimento 1); 2 = pazienti dichiarati doppia diagnosi, seguite sia dal Ser.D. sia dal Centro di Salute Mentale (CSM); *Accessi* = medie calcolate sulla base del numero totale di accessi, in relazione al tipo di struttura presa in considerazione; *Pazienti* = medie calcolate sulla base del totale di pazienti che hanno affrontato un percorso residenziale o semiresidenziale, sulla base della tipologia di struttura presa in considerazione; Struttura = tipologia di struttura; CT = Comunità Terapeutica; CD = Centro Diurno; $gg - m - aa$ = media calcolata secondo l'anno commerciale in cui ogni mese è composto da trenta giorni; gg = media calcolata in giorni; m = mese/i; aa = anno/o; g = giorno/i

RINGRAZIAMENTI

A chiusura di questo elaborato, vorrei dedicare un piccolo spazio per ringraziare coloro che mi hanno accompagnato e mi sono stati accanto lungo questo percorso universitario, ma non solo.

In primo luogo, un particolare grazie lo devo alla mia relatrice, la Dott.ssa Carla Cremonese, per il suo appoggio e la sua gentilezza. La devo ringraziare anche per avermi permesso, attraverso la sua guida e i suoi consigli, di accrescere le mie conoscenze e competenze.

Un grazie di cuore ai miei genitori, a papà e mamma, che mi hanno dato questa opportunità, supportandomi in ogni momento di difficoltà e senza i quali arrivare a questo traguardo sarebbe stato forse impensabile. A voi che nei momenti di sconforto avete saputo trovare le parole giuste per consolarmi e ridarmi la carica.

A mia sorella Noemi perché, anche se siamo cane e gatto, quando si parla di università ci capiamo, per la pazienza che hai avuto in questi e i futuri anni di studio.

Al mio ragazzo Giacomo, per essermi stato accanto lungo tutto il mio percorso supportandomi e sopportandomi. Ma anche per avermi costretto a staccare anche quando “non lo volevo”, permettendomi di riprendere le forze e le idee.

A mia zia Anna, al suo volermi bene e il suo interesse per il mio stare bene, alla sua curiosità per quello che ho fatto, che farò e che diventerò.

Ai miei amici e amiche, per aver preso parte a questa avventura, ognuno a suo modo. A voi che ci siete stati tra sorrisi, gossip e consigli.

Volevo ringraziare i miei compagni di corso per aver condiviso gioie e dolori di questi tre anni di università.

Ma devo dedicare un grazie particolare a Sofia ed Elisabetta con le quali ho costruito più di un percorso condiviso di studi. Per tutti i nostri viaggi in treno, soprattutto quelli della speranza tra un ritardo e l'altro. Per aver reso più leggero questo percorso ed essere state le mie complici. Per esservi aperte ma anche per essermi state accanto senza giudizi, avermi ascoltata e dato consigli.

Un grazie alle mie passioni, al ballo, ai libri, alle camminate e alla montagna, che mi liberano la testa dai mille impegni e pensieri, riempiendomi il cuore di felicità e la testa di serenità.

In ultima ringrazio me stessa e questo stesso percorso, per aver avuto il coraggio tre anni fa di cambiare strada e di non aver cambiato idea nel frattempo. Per la mia costanza e il mio non demordere. Per l'opportunità di crescita e di conoscermi meglio che mi ha dato.