

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *triennale* in

Servizio Sociale



DOPPIA DIAGNOSI E SERVIZIO SOCIALE: ANALISI
DELLA FRAMMENTAZIONE DIAGNOSTICA E DEI
SERVIZI

Relatore: Prof. Giordano Padovan

Correlatore: Prof. Mauro Farnesi Camellone

Laureando: Francesco Busato

Matricola 2086909

A.A. 2025/2026

INDICE

INTRODUZIONE	5
1. DOPPIA DIAGNOSI.....	6
<i>Diagnosi di Comorbidità.....</i>	<i>7</i>
<i>L'Ipotesi dell'Automedicazione</i>	<i>9</i>
<i>Terminologie della Tossicomania</i>	<i>11</i>
1.1 STORIA DELLA PSICHIATRIA.....	12
<i>Classificazioni Psichiatriche Odierne.....</i>	<i>15</i>
1.2 STORIA DELL'ABUSO DI SOSTANZE.....	17
<i>L'Evoluzione del Concetto di Droga</i>	<i>17</i>
<i>Le "War Drugs": Le Sostanze nei Conflitti Mondiali</i>	<i>21</i>
2. SERVIZI PSICHIATRICI E PER LE DIPENDENZE.....	22
2.1 EVOLUZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI.....	23
<i>Evoluzione legislativa ed organizzativa</i>	<i>23</i>
<i>Evoluzione ideologica</i>	<i>26</i>
2.2 EVOLUZIONE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE	30
<i>Evoluzione legislativa ed organizzativa</i>	<i>30</i>
<i>Evoluzione ideologica</i>	<i>34</i>
<i>I concetti di Anima e Vizio.....</i>	<i>35</i>
<i>Il Polo Biomedico e la metodologia della malattia.....</i>	<i>37</i>
<i>Il Modello Britannico nella gestione della Doppia Diagnosi</i>	<i>38</i>
RIFLESSIONE ORGANIZZATIVA	40
2.3 ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI IN RELAZIONE ALLA “COMORBILITA’”....	42
<i>I modelli di collaborazione</i>	<i>42</i>
<i>Ipotesi della “Tectologia”</i>	<i>44</i>
3. ASSISTENTE SOCIALE E DOPPIA DIAGNOSI.....	46
3.1 METODOLOGIA	46
<i>Approccio Trifocale.....</i>	<i>46</i>
3.2 STRUMENTI OPERATIVI	49
<i>Il Colloquio</i>	<i>50</i>
<i>Case Manager</i>	<i>52</i>
<i>Advocacy Istituzionale.....</i>	<i>53</i>
3.3 PRESA IN CARICO DELLA DOPPIA DIAGNOSI E POSSIBILITÀ PROFESSIONALI	54

<i>Elementi di presa in carico delle persone con doppia diagnosi</i>	55
CONCLUSIONI	60
Bibliografia e Sitografia	63

INTRODUZIONE

Alla base di questo studio vi è l'analisi del concetto di doppia diagnosi, o comorbidità, affrontato nei suoi aspetti teorici e pratici, in particolare dall'ottica del professionista assistente sociale e dell'organizzazione dei Servizi competenti per la presa in carico e la cura di questo disturbo.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire questo tema hanno origine in parte nel mio percorso di tirocinio, svolto presso il Servizio per le dipendenze di Rovigo e presso l'Ufficio di esecuzione penale esterna di Padova e Rovigo, ed in parte nelle materie che più mi hanno affascinato e coinvolto durante il mio percorso universitario. L'esperienza diretta generata nei Servizi mi ha permesso di cogliere la tematica della comorbidità come una situazione complessa, frequente e raramente trattata con i mezzi corretti. L'unione di questa consapevolezza con l'approfondimento della disciplina psichiatrica, applicata al Servizio sociale, ha creato i presupposti per la mia ricerca e analisi della doppia diagnosi.

L'obiettivo di questa tesi di laurea triennale è quello di fornire una premessa storica e teorica che permetta di comprendere la doppia diagnosi nell'attuale sistema dei Servizi italiani, in particolare quelli per le dipendenze e quelli di salute mentale. Questi ultimi verranno affrontati nei loro aspetti organizzativi, legislativi e ideologici, per giungere all'attuale separazione specialistica che li caratterizza e che, nel caso della doppia diagnosi, crea fenomeni svantaggiosi come quello del “rimbalzo” tra Servizi.

La tesi è articolata in tre capitoli: il primo capitolo affronta le caratteristiche di definizione e diagnostiche della doppia diagnosi, fornendo una ricostruzione storica ed ideologica dei concetti che stanno alla base delle discipline psichiatriche e delle dipendenze. Il secondo capitolo, corpo della ricerca, ricostruisce, attraverso l'analisi della nascita ed evoluzione dei Servizi della salute mentale e delle dipendenze, i presupposti dell'attuale frammentazione ideologica ed organizzativa. Infine, il terzo ed ultimo capitolo si concentra sulla figura dell'assistente sociale come “professionista di confine” e “collante operativo” tra i Servizi, analizzandone le metodologie e prassi operative, gli strumenti pratici ed etici e le possibilità professionali in un'ottica di integrazione e cura della doppia diagnosi.

1. DOPPIA DIAGNOSI

Si è prodotta una grande letteratura in Italia e all'esterno riguardo a *come* debba essere definita la "Doppia Diagnosi". Lo stesso termine comunemente utilizzato anche in Italia, derivante dall'inglese "Dual diagnosis", si riferisce ad un'espressione utilizzata da alcuni autori, in particolare di nazionalità americana, per definire una concorrenza tra un disturbo psichiatrico e una condizione tossicomane ("dual diagnosis") (Bignamini et al., 2002, p. 7). Un'alternativa individuata da diversi autori all'espressione doppia diagnosi è "Comorbilità", termine che assume il significato di una diagnosi di concorrenza tra due o più disturbi, senza primato legato alla gravità o alle tempistiche di manifestazione dei sintomi, con l'obiettivo di dare maggior peso alla concatenazione complessa che intercorre tra i disturbi. Anche questo termine, però, non è esente da critiche, data la grande variabilità dei criteri alla base delle procedure diagnostiche, differenti in base al contesto d'applicazione, ai Servizi e alla popolazione a cui si applicano; risulta ugualmente inattendibile rispetto alla definizione di doppia diagnosi. In questo elaborato le due terminologie saranno utilizzate come sinonimi, adattandole al capitolo specifico.

Nell'ambito della classificazione WHO (World Health Organization), il disturbo duale viene generalmente inteso come la coesistenza, nel medesimo individuo, di un disturbo correlato all'uso di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico. La chiarezza di tale definizione sembra implicare una descrizione affidabile in quanto la stessa "Dual diagnosis" può essere ascritta a una specifica categoria nosografica. In realtà, la letteratura e i termini in auge sono tutt'altro che chiari e giunti a conclusioni univoche. È necessario quindi specificare la presenza di un'ambiguità di fondo, dovuta alla complessità diagnostica dei soggetti che presentano un quadro comorbile e a come la visione morale, lungi dall'essere stata abbandonata, s'intreccia sotterraneamente con il paradigma medico attualmente dominante (Rigliano, 2003).

I dubbi fondanti l'incertezza sulla definizione di "Doppia diagnosi" si presentano anche nella pratica: nella presa in carico clinica per esempio, che per alcuni autori viene limitata ai casi gravi per intensità e durata di abuso di sostanze psicoattive "pesanti" (es. eroina, cocaina), mentre per altri autori dovrebbe essere estesa sia ai problemi psichiatrici di entità medio-grave, sia all'uso di sostanze come l'alcol, amfetamine, barbiturici, sostanze sintetiche (Cimillo, 2001) e tenendo conto delle dipendenze comportamentali, come il GAP (Gioco d'azzardo patologico). Nello stesso quadro di presa in carico si denota anche

un'ulteriore falla nel sistema dei Servizi, in particolare italiani ma anche esteri, cioè i complicati rapporti tra Servizi che si occupano di dipendenza e quelli relativi alla salute mentale. Un esempio pratico emerge nel caso dei medici psichiatri che, ritenendo le persone che presentano comorbidità in primis legate ai Servizi per le dipendenze, tendono a reindirizzare ad essi questa casistica. Il secondo problema affiora quando ci si rende conto che non esistono di fatto due diagnosi separate, ma due condizioni che si influenzano reciprocamente a creare quadri molto complessi, senza veri e propri nessi di causa-effetto. È quindi una tendenza quella di utilizzare un metodo descrittivo, in particolare nei manuali diagnostici (DSM; ICD), e di enumerare i disturbi. Ciò è comprensibile in un'ottica di comodità diagnostica che cede la primarietà alla presa in carico di un Servizio rispetto a un altro (dovuto anche alla comprensione del disturbo da abuso di sostanze nei disturbi dell'asse I nel DSM-IV (scomparso nel DSM-5)).

L'unione di un disturbo da uso di sostanze con un disturbo psichiatrico non può quindi essere in un rapporto dato, viste le intense dinamiche emozionali e di volontà che si delineano nel soggetto, ma un unico sistema complesso. L'influenza reciproca delle due sintomatologie rende sfuggente l'identificare quali *out-put* siano determinati dall'una o dall'altra condizione, soprattutto per operatori sociali come l'Assistente sociale, in assenza di riferimenti teorici. La complessità della definizione è quindi la stessa complessità che si crea in un soggetto con comorbidità, potendo esservi degli elementi rassicuranti riconducibili alle pratiche di un Servizio per le dipendenze, ma senza gli strumenti di completezza per alleviare la sofferenza psichica, e viceversa.

A questo punto affrontare l'evoluzione della comorbidità significa scandagliare le “modificazioni d'espressione fenomenologica osservate nella malattia mentale e nelle tossicodipendenze negli ultimi trent'anni” (Chianura et al., 2005).

Diagnosi di Comorbidità

In secondo luogo vi è la questione della diagnosi che, secondo un articolo degli Annali dell'Istituto Superiore di Sanità (Iannitelli et al., 2002), è possibile inquadrare in una classificazione ipotetica sulla base di 3 situazioni:

- Pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicodipendenza secondaria
- Pazienti con disturbo da uso di sostanza primario e disturbo psichiatrico secondario
- Pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicodipendenza primaria

La prima opzione sottintende che lo sviluppo della dipendenza sia considerabile una conseguenza del disturbo mentale. In questo caso l'abuso di sostanze viene interpretato come una forma di automedicazione (*self-medication*), ovvero il tentativo disfunzionale del soggetto di “medicare” i sentimenti d'angoscia e di sofferenza, la frammentazione e il vuoto psicologici.

Nella seconda ipotesi “vengono compresi i quadri clinici in cui la patologia psichiatrica deriva direttamente dall'abuso cronico (es. demenza alcolica, disturbo organico da amfetamine)” (Iannitelli et al., 2002).

Infine, l'ultima opzione descrive la combinazione dei due disturbi con eguale primarietà, definita dall'Istituto Superiore di Sanità come “molto rara e la cui identificazione specifica non trova un accordo unanime tra gli autori dell'ambito”.

Sono stati inoltre individuati dei criteri per provare a stabilire la primarietà del disturbo psichiatrico. Il primo è il “Criterio temporale”: questo determina la primarietà nel caso in cui il disturbo psichiatrico sia preesistente alla condotta di abuso di sostanze. Il secondo è il “Criterio causale”: avviene tramite esame della modalità di utilizzo della sostanza in rapporto alla struttura di personalità e al temperamento del soggetto. Il terzo è il “Criterio sintomatologico”: emerge nella coerenza tra le caratteristiche farmacologiche della sostanza assunta e le caratteristiche del quadro clinico. Infine, il quinto criterio è quello di “autonomia”: cioè la valutazione della presenza del disturbo psichiatrico durante i periodi definiti “intercritici”, ovvero di non assunzione della sostanza.

In ambito diagnostico è frequente incontrare difficoltà nel diagnosticare la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi. Tra questi: l'abitudine a diagnosticare il disturbo che si presenta più frequentemente in ambito clinico, la scarsa diffusione di operatori con esperienza in entrambi gli ambiti di indagine, la sottovalutazione dell'importanza della diagnosi in psichiatria, la frequente comparsa – durante l'intossicazione e l'astinenza da sostanze – di sintomi psichiatrici, l'appartenenza di alcuni sintomi ad entrambe le classi di disturbi (apatia, disforia, astenia, turbe del sonno, crisi d'ansia acute) e la scarsa abitudine a collaborare dei Servizi durante il processo diagnostico, spesso molto lungo (Boso et al., 2018). In molti casi si può solo prendere atto che due diagnosi coesistono in un definito soggetto a un definito punto della sua storia (Boso et al., 2018).

Il dott. Santino Cambria, nell'ottica di fornire indicazioni di rilievo clinico nell'ambito del Servizio sociale, riferisce l'importanza per il professionista di queste riflessioni diagnostiche dato che *“fino a non molto tempo fa le manifestazioni psichiatriche gravi di un tossicodipendente erano esclusivamente da ghettonizzare nella definizione stessa di tossicodipendenza”* (Cambria, 2004).

L'Ipotesi dell'Automedicazione

Riprendendo la prima ipotesi di comorbidità, data dagli Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, che prevede una diagnosi psichiatrica primaria, la formulazione dell'ipotesi autoterapica (*self-medication hypothesis*) rappresenta uno dei paradigmi teorici più influenti nel campo della Doppia diagnosi, con l'intento di offrire una spiegazione clinica del motivo per cui determinati individui sviluppano una dipendenza. Elaborata da Khantzian (Khantzian, 1985) a partire dagli anni '70 del Novecento e sostenuta in epoca contemporanea da autori come Miquel Casas, essa si interfaccia al Disturbo da Uso di Sostanze, ribaltando la visione tradizionale dell'abuso. Khantzian, con particolare riferimento alla dipendenza da eroina e cocaina, propone che “gli specifici effetti psicotropi di queste sostanze interagiscano con disturbi psichici e stati di sofferenza emotiva in modo da renderle compulsivamente necessarie per individui suscettibili”. Gli individui selezionerebbero quindi autonomamente le diverse sostanze sulla base dell'organizzazione di personalità e degli squilibri della sua struttura (Pacini et al., 2001). Quest'ipotesi spostò l'attenzione, rispetto alle formulazioni classiche degli anni '50 e '60, sulle vulnerabilità psicologiche e sul dolore psichico, creando un ulteriore nucleo della sua teoria: il concetto di “*self-selection*”. Secondo quest'ultimo il soggetto interviene sul proprio disturbo psichico scegliendo la sostanza che meglio interagisce con esso e ne allieva la sintomatologia. Esempi che l'autore riporta sono:

- Oppiacei: scelti ed utilizzati per l'effetto calmante, con lo scopo di mitigare intollerabili sentimenti di rabbia, aggressività, angoscia ed isolamento.
- Stimolanti (cocaina ed amfetamine): verrebbero selezionati per contrastare stati di depressione, astenia ed anedonia o per regolare i disturbi legati al deficit di attenzione e iperattività (ADHD). La cocaina in particolare agirebbe fornendo un senso temporaneo di autosufficienza, controllo ed autostima in soggetti clinicamente depressi o iperattivi.

Secondo Khantzian la scelta della sostanza d'abuso non sarebbe casuale, ma guidata dalla necessità di gestire specifici sintomi o tratti di personalità relativi ad una malattia psichica. In questa prospettiva la psicopatologia è spesso considerata primaria rispetto alla dipendenza, la quale agisce come un supporto ai meccanismi di difesa dell'Io che risultano carenti o inesistenti.

L'autore riporta in un articolo del 2017, "The Theory of Self-Medication and Addiction", che l'ipotesi dell'automedicazione descritta nella ripubblicazione aggiornata e riportata nel "Harvard Review of Psychiatry" del 1997 deriva da valutazioni cliniche e dal trattamento di migliaia di pazienti (practice-based evidence) eseguito in circa cinquant'anni. Nello stesso articolo Khantzian individua in questa sua teoria un valore investigativo e di paradigma clinico in grado di affrontare una delle questioni più complesse riguardanti la doppia diagnosi e la dipendenza, cioè il perché le sostanze psicotrope abbiano una tale attrattiva e potere psicologico, in particolare nell'unione con un disturbo psichiatrico. Egli stesso non assume per universale quest'ipotesi ma, citando le sue parole, *"La self-medication hypothesis è una teoria che si concentra sui fondamenti psicologici umani dei disturbi da dipendenza. Non è in competizione con gli approcci che enfatizzano i fattori biologici o sociali. Piuttosto, le prospettive si completano a vicenda. Se integrate con giudizio, possono arricchire il nostro approccio per svelare e risolvere l'elusiva equazione della dipendenza. Tale comprensione e prospettiva si inseriscono nelle migliori tradizioni umanistiche della scienza, della medicina e della psichiatria."*

Ad oggi Miquel Casas, professore di psichiatria e psichiatra presso l'ospedale Sant Joan de Déu di Barcellona, postula nel Convegno: "VIII Incontro tra ricercatori in Salute Mentale, pazienti e familiari" che la doppia diagnosi sia una delle problematiche più preoccupanti per le famiglie a fronte dell'aumento delle dipendenze tra parenti affetti da disturbi mentali. Ciò, secondo Casas, è dovuto a "una maggiore autonomia, all'automedicazione e alla mancanza di un trattamento adeguato". Il nocciolo epistemologico risiederebbe nell'individuazione del disturbo primario, secondo l'autore, sostenendo che "sono i disturbi mentali ad indurre all'uso di droghe", dati i loro effetti ansiolitici, antidepressivi ed antipsicotici in grado di migliorare la psicopatologia dei pazienti psichiatrici.

Questa ipotesi viene discussa anche dall'autore Paolo Rigliano nel testo "Doppia Diagnosi, tra tossicodipendenza e psicopatologia" (Rigliano, 2003), che individua la validità dell'effetto autoterapico nelle prime fasi della tossicomania, mentre rimarrebbe una teoria

ipotetica nella piena cronicizzazione. Nell'affrontare la *self-medication-hypothesis* bisogna in primis evidenziare che il concetto di “cura”, riportato da autori come Miquel Casas o Khantzian, individua nella sofferenza sottostante del disturbo psichiatrico la motivazione dedita ad alleviarla, e nella scelta delle sostanze psicotrope un oggetto che modifichi istantaneamente i propri stati psichici, in modo tale che la persona li viva positivamente. L'abuso non diviene una diretta conseguenza del dolore psichico ma, in un moto di ricerca disfunzionale attraverso la sperimentazione su di sé, una scoperta che la persona ritiene desiderabile, motivando la scelta di continuare a utilizzare quella specifica sostanza (Rigliano, 2003).

Terminologie della Tossicomania

Il fenomeno della dipendenza pone le radici nella società dai primi passi dell'uomo, ed è ora un fenomeno strutturale delle nostre culture e vite quotidiane, essendosi nel tempo adattato alle abitudini delle persone, rendendosi più visibile e accettato con il decadere dello stereotipo del “tossico”. La dipendenza viene ora percepita anche nei legami stretti amicali e familiari, portando ad una costante normalizzazione dell'uso, in base al tempo e al contesto, di determinate sostanze o comportamenti patologici.

Uno degli assunti impliciti di cui un'assistente sociale, che lavora in un Servizio per le dipendenze o per la salute mentale, fa esperienza diretta ma, da un punto di vista teorico, spesso resta in superficie, è dato nel termine “dipendenza”. Nel 1975 la Legge italiana ha individuato la specificità della materia delle dipendenze, istituendo i Servizi specialistici SerD, ma senza affrontare la problematica conseguente all'assenza di professionisti preparati o laureati in quest'ambito specialistico. *“Esiste, quindi, tutto un complesso iter normativo che riguarda l'assunzione di personale...in questi servizi, senza che esista un insegnamento di base nel corso di laurea specialistica in medicina, psicologia, infermieristica o nelle scuole per i servizi sociali”* (Maremmani et al., 2025). I fondamenti teorici e, successivamente, pratici, risultano fondamentali specialmente nell'attuale fase di ampliamento e rafforzamento delle funzioni dell'assistente sociale, rendendo preminente la sua azione nell'affrontare i problemi di dipendenza dall'assunzione di sostanze (Cambria, 2004).

La complessità che deriva dalle dinamiche della tossicomania e dall'attuale costante aumento del poliabuso e della comorbilità psichiatrica richiede formazioni che rendano chiare le premesse di queste condizioni per poter operare in modo efficace.

In primis la tossicodipendenza viene definita dall'APA (American Psychological Association) come *“una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazioni o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre o più delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi...”*. Questa definizione rende facilmente identificabile una condizione di dipendenza, tenendo conto della sintomatologia e dei tempi in cui si presenta, ma non spiega i meccanismi insiti nella relazione tra la persona tossicomane e la sostanza o il comportamento d'abuso. Come si spiega quindi la capacità ossessiva di ricerca della sostanza? E la sua stratificata presenza nella nostra società?

Il dott. Paolo Rigliano dà questa definizione: *“La dipendenza è la condizione esistenziale di un soggetto che ha organizzato nel tempo una struttura di azioni significative, volte a ristabilire la relazione tra sé e l'oggetto (della dipendenza), da cui ricava uno stato mentale di eccezionale valore”*. Egli sottolinea l'importanza di intendere la dipendenza non come *qualcosa che si ha o qualcosa che si è*, ma come una relazione tra persona e oggetto del desiderio, capace di realizzare una nuova identità: una forma migliore di sé, che il soggetto pensa di non poter raggiungere senza quell'oggetto (Rigliano, 2003).

L'unione della definizione dell'APA e di Rigliano riflette una completezza di senso nel capire cosa affligge, almeno nella fase di abuso, la persona tossicomane: dei punti di partenza per costruire una presa in carico e un'organizzazione dei Servizi che comprenda appieno le aspettative, le paure e le responsabilità della persona che si affida ad un Servizio per le dipendenze o per la salute mentale.

1.1 STORIA DELLA PSICHIATRIA

La malattia mentale è sempre stata presente nella storia dell'umanità. Di conseguenza, i malati di mente hanno sempre fatto parte delle varie comunità, paesi, città. Di solito, la reazione dei cosiddetti “normali” è stata quella di temere, deridere, provare meraviglia o compassione, a volte torturare, ma purtroppo raramente curare (Alexander, Selesnick, 1975).

Nel corso dei millenni, quando determinati comportamenti iniziarono ad essere definiti “folli”, la curiosità umana si pose l’interrogativo riguardo all’origine di questi, se fosse la “mente” o il “corpo”, o anche se i disturbi mentali fossero solamente delle variazioni dei comportamenti umani o veramente anormali. Le radici della psichiatria non hanno quindi fondamento unico nella necessità di cura, ma anche nel regolare interrogarsi dell’uomo per comprendere sé stesso e il mondo che lo circonda. È questa stessa curiosità che nel corso della storia ha spinto l’essere umano ad utilizzare le sostanze stupefacenti presenti in natura, affinarle e alterarle chimicamente per esaltarne i principi attivi, in base alla propria cultura, religione e società. La ricerca di casualità riguardo a queste problematiche fu da subito indirizzata all’ambito spirituale e quindi, successivamente, religioso. La prima eccezione storica può essere ricondotta all’Epilessia e alla teoria di Ippocrate di Coe (Coe, 460 a.C. ca. – Larissa, 377 a.C. ca.) che spiegò come l’*ἱερά νόσος* (il morbo sacro) non fosse determinato da influenze di dei e/o demoni, bensì fosse frequentemente associato a febbri. L’epilessia diventò quindi il primo esempio di alterazione psichica su base organica, contrapposta ad altri disturbi senza base organica come la depressione, chiamata al tempo melancolia (→mania, se acuta o →insania, se cronica →psichiatria).

Le teorie divine furono però le più accreditate per molto tempo, in particolare nella risonanza data dalla cultura alto-medioevale che considerava valida la collisione tra malattia mentale e possessione demoniaca, facendole risuonare per millenni. Questo paradigma prevedeva che le persone, in quanto sotto l’influenza del diavolo, dovessero essere curate da autorità religiose e non da medici. *“Per quanto riguarda le strutture deputate all’accoglienza e al trattamento delle persone folli sono da segnalare alcuni casi che potevano vantare una buona organizzazione dell’assistenza ospedaliera soprattutto nei paesi arabi, mentre in Occidente le uniche istituzioni che si occupavano di tale problematica erano gli ospizi di carità cristiana”* (Lavanna, 2023).

Negli stessi anni potevano avvenire in determinate condizioni abusi di sostanze come alcolici, durante le festività, o allucinogeni e narcotici spesso utilizzati nella medicina popolare e nella magia. Lo specifico caso della tradizione nord-italiana prevedeva preparazioni capaci di dar sollievo al dolore in modo “fai-da-te”, utilizzando piante come la Mandragora e la Belladonna con rischi elevati di intossicazione ed allucinazione. Proprio durante il lungo periodo medioevale si marcò una distinzione netta tra farmaco, droga e spezia, associata in base alle proprietà curative o velenose, alla medicina o al

demonio. Si rispecchia quindi anche nell'alterazione comportata dalle sostanze e dall'intossicazione la visione religioso-naturale come causa fondante.

In Occidente le principali rivoluzioni psichiatriche e scientifiche hanno permesso di sviluppare in seguito teorie che si affinavano anche all'interno della cura e del contenimento della tossicodipendenza, capaci di spostare il focus spirituale e somatico verso una visione d'insieme, che arriverà a comprendere fattori personali, sociali e biologici. Le idee di fondo non si presentarono mai in modo lineare, ma come unione di correnti di pensiero più o meno scientifiche e di cambiamenti costanti nelle società umane.

La nascita della Psichiatria in quanto disciplina si riconduce al 1808, ad opera del medico tedesco Johann Christian Reil. Originalmente vorrebbe dire "cura dell'anima".

Nel XIX secolo si diede vita ad una costruzione sempre più metodologica che raggruppasse gli studiosi, dando specificità all'ombrello disciplinare chiamato Psichiatria e, soprattutto, a che cosa volesse curare, con una tendenza a categorizzare i disturbi.

A partire da un nuovo modello di interpretazione, nato nella prima metà del XIX sec., definito "modello della psicosi unica", l'autore tedesco Griesinger propone "che differenti forme di malattia mentale potessero essere comprese come stadi di un unico processo di malattia" (Bassi, 2022). Ciò si contrappone al concetto di entità nosologiche multiple che, per mezzo del contributo offerto da medici come Philippe Pinel (1745-1826), diede inizio alla moderna classificazione dei disturbi psichiatrici aumentando costantemente, da un punto di vista numerico, le patologie. Si iniziò infatti a capire che la malattia mentale era causata anche da fattori psicosociali oltre che da fattori ereditari o fisiologici, utilizzando principalmente quattro categorie diagnostiche: mania, melancolia, demenza ed idiozia.

L'elemento di categorizzazione è lo strumento tutt'oggi più utilizzato nell'ambito psichiatrico con finalità diagnostica, un'evoluzione delle categorie di Pinel e, poco dopo, di Kraepelin, che introdusse criteri basati sul decorso longitudinale, che si dimostravano funzionali alla trasmissione del sapere accumulato in anni di ricerche, conferme e disconferme.

Si ampliò nel '900 il dibattito su come curare e su quali fossero gli scopi di un ricovero o della reclusione dei malati psichiatrici, in particolare questionando l'efficacia dei metodi utilizzati sino ad allora. Una volta individuati i primi disturbi ed ipotizzate le cause, coloro che praticavano e studiavano una prima forma di disciplina psichiatrica iniziarono a dare concretezza allo sviluppo di metodi di cura. Questa urgenza emergeva anche dai metodi

utilizzati nelle strutture adibite per i cosiddetti “folli”, generando una riflessione riguardo al trattamento al limite dell’etica umana degli stigmatizzati. Ciò permise, in questa fase, di comprendere che la follia non era oggetto di un sapere medico autonomo, ma rappresentava piuttosto una categoria sociale indistinta, da contenere ed integrare. Michel Foucault descriveva allora con forza nel cosiddetto “grande internamento” la reclusione forzata di individui definiti devianti, tra cui poveri e marginali, utilizzata con una finalità di controllo sociale e ghettizzazione.

Soltanto nella seconda metà del ‘900 si attuerà una vera e propria rottura epistemologica nel campo della psichiatria rispetto alla sua funzione sociale e scientifica grazie alla riflessione di grandi pensatori, tra cui Michel Foucault (1926-1984) e, in Italia, di Franco Basaglia (1924-1980) ¹.

La psichiatria ha tentato infine di consolidare il proprio statuto scientifico attraverso lo sviluppo di sistemi classificatori sempre più articolati (anche se tale *vis catalogatoria* ha creato frequentemente ridondanze che sono poi state causa di molte diagnosi multiple). La necessità era ed è quella di ordinare e distinguere le diverse forme di “follia” e creare legittimità agli occhi della comunità mondiale e scientifica. La grande mole di ricerche e l’unione dei pensatori portarono, alla fine del XIX secolo, alla costruzione di una nosografia psichiatrica che tentava di individuare categorie diagnostiche stabili. Ancora oggi quella stessa necessità utilizza manuali di categorizzazione diffusi a livello globale; i più importanti sono l’ICD e il DSM, che riverberano gli echi dell’allora e dell’attuale frammentazione clinica e sociale.

Classificazioni Psichiatriche Odierne

Le classificazioni psichiatriche hanno visto, nel corso della storia diagnostica, un’evoluzione che ha teso verso una sempre maggiore espansione delle categorie dei disturbi, sino alla contemporanea nosografia. Gli odierni manuali di classificazione sono caratterizzati da un metodo, in gran parte ereditato dallo studio dello psichiatra tedesco Emil Kraepelin, definito “metodo descrittivo”. Quest’ultimo rappresenta oggi la base della psichiatria clinica, concentrandosi sull’osservazione e sulla classificazione dei segni e dei

¹ (La Legge 180/78 detta “Legge Basaglia”, tuttora vigente, prescrive il ricovero del paziente esclusivamente in caso di acuzie, presso gli SPDC, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, rendendo l’Italia il paese pioniere nel riconoscere i diritti del malato e nel favorire la territorializzazione dei Servizi di cura del disagio psichico (CSM, SerT, CTRP, Centri diurni, Residenze Protette o Semi-protette, Consultori...)).

sintomi manifestati dal paziente. La scelta di mantenere queste caratteristiche riflette la volontà, in particolare delle organizzazioni promotrici della salute mentale a livello globale, di superare la frammentazione diagnostica spesso legata a scuole di formazione differenti, ad una denominazione quasi personale dei disturbi e alle influenze culturali del paese in cui il professionista opera (Cambria, 2004). Le due principali organizzazioni sono: l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) che presenta il manuale di classificazione dei disturbi psichiatrici chiamato ICD, e l'APA (American Psychiatric Association) che propone un ulteriore manuale chiamato DSM. Entrambi i manuali presentano costanti nuove edizioni, in continua evoluzione, ed attualmente si fa riferimento all'ICD-11, entrato in vigore nel 2022, e al DSM-5-TR, sempre pubblicato nel 2022. Le principali differenze tra il manuale ICD e DSM sono: la copertura diagnostica, dato che il manuale dell'OMS costituisce un riferimento per tutti i disturbi, tra cui quelli mentali, mentre il DSM è focalizzato unicamente sui disturbi mentali. Inoltre, Sampogna e collaboratori sottolineano che, nonostante gli autori delle ultime revisioni di questi sistemi diagnostici abbiano cercato di armonizzarne i contenuti, persiste una differenza sostanziale per cui il DSM predilige e si orienta verso la ricerca scientifica, mentre l'ICD sottolinea l'importanza della *Clinical utility*, concentrandosi sulla praticità e l'efficacia delle diagnosi e delle cure nella vita reale (Sampogna et al. 2020).

Come preannunciato, entrambi i manuali raccolgono diagnosi descrittive e ciò comporta, per un professionista, una sequenza diagnostica ben precisa: un'iniziale individuazione descrittiva dei segni presenti nel paziente, il successivo confronto di tali segni con i criteri diagnostici del manuale e, infine, il discernere la corretta diagnosi all'interno del manuale stesso (Cambria, 2004). In particolare, il DSM predispone a scopo diagnostico una serie di requisiti: in primo luogo presenta un elenco di sintomi, che devono essere presi in considerazione entro una parentesi temporale specifica, ponendo un numero minimo per validarne la diagnosi (es. nel caso dell'Episodio depressivo maggiore vi sono nove sintomi, cinque minimi, presenti per un periodo di almeno due settimane). In secondo luogo, questi sintomi devono necessariamente provocare un danno nei diversi ambiti di vita – sociali e lavorativi – della persona e, infine, viene sottolineata l'importanza di escludere dall'analisi i sintomi legati ad un lutto (Cambria, 2004).

Si possono rilevare diverse criticità in queste modalità di diagnosi, in particolare per quanto concerne la comorbidità tra due disturbi. La problematica che viene più spesso attribuita a questi manuali diagnostici è la marcata categorizzazione, da cui si giunge alla

perdita delle caratteristiche di diversità che si possono trovare all'interno della psiche di ogni individuo. Molti autori, infatti, si pongono la questione della vaghezza dei criteri diagnostici, oltre all'esistenza di un mondo psichico soggettivo verso il quale il metodo descrittivo è difficilmente applicabile (Freckelton, 2018; Cambria, 2004). Un ulteriore aspetto limitante si può individuare nella ricerca di classificazioni che tendono alla medicalizzazione, all'aumento costante delle categorie diagnostiche, come anche al numero di persone a cui vengono attribuite, e all'inquadramento e al riduzionismo neurobiologico dei comportamenti patologici. Questi aspetti riconducono direttamente ad una separazione definibile "artificiale" dei disturbi, nei casi di doppia diagnosi tra psichiatria e dipendenze (Kirschner, 2013), riducendoli a categorie che non rappresentano la necessaria continuità di cura e la sovrapposizione dei fattori nella comprensione della comorbidità. Il rischio principale in questo specifico caso è che uno strumento, il manuale diagnostico più universale possibile, nato con l'intento di limitare la frammentazione teorica e diagnostica, aumenti involontariamente la frammentazione della presa in carico di questi disturbi comorbili inserendoli in categorie nettamente separate. La stessa diagnosi di dipendenza, inserita nel DSM come "*Substance Abuse Disorder*" (SUD), risulta di difficile se non impossibile comprensione senza l'integrazione, oltre alla diagnosi, dei fattori contestuali, relazionali e personali, dimostrando inoltre come il reale disagio non segue necessariamente le categorizzazioni istituzionali o diagnostiche.

Parte della letteratura critica sui sistemi diagnostici DSM e ICD evidenzia infatti come la classificazione categoriale dei disturbi rischi di disperdere la comprensione della sofferenza psichica, soprattutto nei quadri complessi di doppia diagnosi, nei quali dimensioni cliniche, relazionali e sociali risultano profondamente intrecciate.

1.2 STORIA DELL'ABUSO DI SOSTANZE

Per rispondere correttamente alla domanda sul perché e come le sostanze stupefacenti e i loro principi attivi siano divenuti parte della quotidianità di molteplici epoche, paesi e popolazioni, in particolare per descrivere l'attuale stratificazione, è necessario capire, con un breve excursus, le loro modalità di diffusione nel corso della storia dell'umanità.

L'Evoluzione del Concetto di Droga

In questo capitolo sono poste le basi per una decostruzione semantica e sociologica del termine "droga", analizzando come una sostanza vegetale si sia trasfigurata, nel corso dei

secoli, da sacramento a merce, da strumento bellico a complessità clinica. Per il professionista di Servizio Sociale, comprendere questo fossile linguistico e istituzionale è essenziale per decifrare l'istanza epistemologica della Doppia Diagnosi.

Se analizziamo la genesi etimologica, scopriamo che il termine "droga" affonda le radici nell'olandese *droog* (secco, asciutto) o nel tedesco *trocken*, riferendosi originariamente alle sostanze vegetali aromatiche essiccate. La transizione verso l'accezione di "stupefacente" non è stata immediata, ma guidata dall'isolamento scientifico di principi attivi dall'efficacia neurocardiotossica. Sono plurimi inoltre gli sguardi sul fenomeno della “droga”, basati su altrettanti criteri: *“dal punto di vista medico (ogni sostanza che, assunta da un organismo vivente, ne modifica una o più funzioni), sotto il profilo farmacologico (capacità della sostanza di modificare la psicologia, l'umore, cioè l'attività mentale dell'individuo), su di un piano strettamente legale (sostanza la cui assunzione nell'organismo comporta danno o pericolo di danno alla salute e, pertanto, ne vanno disciplinati il consumo e la circolazione)”* (Treccani, 2006).

Individuiamo quindi nel significato originario (Droog) un insieme di sostanze vegetali aromatiche e spezie allo stato essiccato, il cui uso risultava in fonti di commercio, risorse culinarie, conservanti o rimedi terapeutici nella farmacopea antica (Treccani, 2006)². La sua percezione popolare e politica era quella di un bene di lusso e risorsa dal pregio commerciale (es. le spezie coloniali), spesso legata unicamente a caste religiose o a una certa ricchezza.

Nell'attuale società, la “droga” è intesa, nel senso comune e nella definizione scientifica, come sostanza psicoattiva (naturale o sintetica) capace di alterare i processi mentali e di superare la barriera emato-encefalica, il cui uso è regolamentato, proibito da convenzioni internazionali e tabelle ministeriali. In rari casi ha anche un'accezione medica.

Un esempio che illustra perfettamente questa ambiguità semantica è il "Paradosso Bayer": nel 1897, il chimico Felix Hoffmann sintetizzò l'Aspirina e l'Eroina (diacetilmorfina) a soli

² *“in origine è stato associato a varie sostanze vegetali aromatiche, con carattere di spezie, importate allo stato essiccato e utilizzate comunemente per dare maggiore sapore a bevande e cibo, o, in farmacologia, per sfruttarne i principi attivi a fini terapeutici o sperimentali. Poiché alcune di queste sostanze sono dotate di efficacia neurocardiotossica (per es., la mandragora e la belladonna), al termine, sin da epoca remota, è stato spesso attribuito il significato di 'tossico insidioso', di 'strumento di veneficio.’* Enciclopedia Italiana Treccani. (s.d.). *Droga*. In Enciclopedia Italiana – VII Appendice

undici giorni di distanza. Questa coincidenza temporale evidenzia come la percezione della sostanza sia mutata drasticamente quando l'efficacia tossica ha prevalso sul ruolo di rimedio, trasformando la "cosa secca" in un "tossico insidioso". Viene così descritta la situazione in un articolo del giornale "Health and History" (Doughty, 2015): "*By 1900, this was a market that was principally dominated by large German companies* (Liebenau, 1984). *The synthetic medicines and chemicals that were manufactured included proprietary or branded (trademarked) products such as Aspirin (acetylsalicylic acid), Salvarsan (arsphenamine), Veronal (diethylbarbital), and Formalin (formaldehyde)*" (Gisborne, 1914). Tale evoluzione segna il distacco definitivo della sostanza dalla sua natura vegetale, fungina o animale e dal suo antico ruolo sacro e rituale; la "cosa secca" diviene quindi, oltre che rivoluzione medica, un pericolo per la salute pubblica.

Per millenni, l'uso di piante allucinogene non è stato espressione di devianza, bensì una "tecnologia dello spirito" volta alla coesione sociale. Seguendo le riflessioni di Richard Evans Schultes e Albert Hofmann, autori di un libro fondamentale riguardante l'etnobotanica e l'etnofarmacologia, "Plants of Gods", vengono così descritte: "*The use of hallucinogenic plants has been a part of human experience for many millennia... Little wonder, then, that they have long played an important role in the religious rites of early civilizations and are still held in veneration and awe as sacred elements... enabling the partaker to communicate with supernatural realms*" (Schultes, Hofmann, 2001). Queste sostanze hanno numerosi esempi di utilizzo antico, religioso e spirituale, si ritrovano, solo per citarne alcuni:

- Nell'Amanita muscaria (principio attivo *muscarina*): uno dei più antichi allucinogeni sciamanici, inoltre, bio-chimicamente significativo poiché il suo principio attivo viene escreto in modo atipico, cioè non metabolizzandolo.
- Nel Peyote (*Lophophora williamsii*, principio attivo *mescalina*): fondamento di religioni indigene americane; il cui principio attivo, la mescalina, poteva permettere, secondo la tradizione, la comunicazione diretta con il divino.
- Nei Teonanacatl (*Psilocybe mexicana*, principio attivo *psilocibina*): funghi sacri aztechi definiti "carne degli dei", utilizzati per ottenere visioni mistiche e vaticini.
- Nell'Ayahuasca ("Vite dell'anima"): Bevanda amazzonica complessa (β -carboline e triptamine) che permetterebbe all'anima, secondo la credenza di utilizzo, di lasciare temporaneamente il corpo.

L'idea di fondo dell'uomo arcaico era la ricerca della liberazione dai confini terreni per accedere a regni spirituali, individuando nella “droga” un atto collettivo di venerazione, non un edonismo privato. Tuttavia, la desacralizzazione avvenuta nell'epoca moderna ha utilizzato e soggiogato i principi attivi di queste sostanze, dando loro la duplice funzione di strumenti di cura o di strumenti di potere geopolitico.

Il passaggio della droga a merce globale è legato alle ambizioni imperiali e le Guerre dell'Oppio segnano uno dei primi punti di rottura. Storicamente la Cina coltivava il papavero da oppio già da epoche molto antiche (Dinastia Ming, 1368-1644) e secondo le fonti storiche (Yangwen, 2005, p.22)³, per utilizzi estetici e farmacologici. La Gran Bretagna, come tecnica economica e di guerra, impose la monocultura della pianta d'oppio in India per inondare il mercato cinese, creando un'epidemia di tossicodipendenza di massa controllata da uno Stato per fini di sottomissione economica. La potenza europea sfruttò quindi una pianta in origine già presente in quei territori, ma ne cambiò, con la forza, le modalità di utilizzo e l'accessibilità per la popolazione. Alla fine del secolo, la Cina si distingueva per essere al contempo il più grande produttore e il più grande consumatore di oppio al mondo (Andreas, 2021).

Il ruolo strategico nello sfruttamento coloniale della pianta dell'oppio, sia nell'economia delle colture, sia nell'espansione territoriale, risultò in questa storica epidemia di tossicodipendenza, ma anche in alcune tra le prime leggi contro il consumo di una sostanza stupefacente. Di fatto l'imperatore Yongzheng, con il dilagare della tossicodipendenza, proibì nel 1729 la vendita e l'uso dell'oppio, permettendone l'importazione solo a fini terapeutici. In virtù di tale decisione i britannici avevano evitato a lungo di portarlo in Cina, mentre i portoghesi continuarono l'esportazione a Macao per farne medicinali. Dimostrando come la guerra influenza profondamente la produzione, la regolamentazione e il consumo di droghe nel successivo dopoguerra.

Analizzando la storia dell'umanità emerge che la legalità stessa è stata spesso una funzione del mercato. La demonizzazione della marijuana negli Stati Uniti, in particolare con il *Marijuana Tax Act* del 1937, ne è l'esempio paradigmatico: non fu bandita unicamente per

³ “Parallels can be drawn between so-called “garden mania” and the dramatic rise in the use of opium during the late Ming. Chen Jiamo (1468-1570) remembered that “It (opium) is everywhere. Many families grow it in the garden to appreciate its beauty”... The opium flower can help cure diarrhoea and sooth coughing”. Zheng Yangwen, *The Social Life of Opium in China*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005, p. 22.

specifici rischi medici, ma anche per proteggere gli interessi delle industrie petrolifere risultate dallo smembramento della Standard Oil (che avevano iniziato ad impiegarsi, oltre che nella produzione di combustibili anche di gomma, plastica, filati sintetici...) e dell'industria cartaria (Hearst), che vedevano nella canapa tessile (*cannabis sativa*) un pericoloso competitore. Prova che determinate sostanze, nella nostra cultura, sono sottomesse a leggi di mercato come qualsiasi prodotto che crea profitti.

L'utilità che alcune droghe hanno per la guerra è evidente, a partire dall'utilizzo fatto nella storia e dal loro inserimento come veri e propri pilastri delle strategie di battaglia. Ma quali sono i motivi di questa estesa utilità?

In primo luogo vi è la redditività elevata (che non è *intrinseca*, bensì determinata per via politica tramite l'illegalizzazione), grazie alla quale sono finanziate operazioni militari e sono destabilizzate le economie nemiche. In secondo luogo, hanno la qualità di essere compatte e di avere un alto valore, facilitando gli aspetti logistici e rendendosi ideali per il trasporto in periodi e contesti di crisi. Infine, gli aspetti psicoattivi di per sé che, grazie alla loro capacità di assuefazione, modificano il comportamento delle persone garantendo dinamiche di sottomissione o esaltazione bellica, in base alle sostanze distribuite (Andreas, 2021).

Non stupisce quindi che la disinformazione riguardo tanto ai danni collaterali quanto agli effetti "positivi" che queste sostanze avevano sul corpo umano sia stata sfruttata in modo utilitaristico all'interno delle fila militari, amplificando abnormemente un problema già esistente nella società e nella medicina del tempo. Questa manipolazione ha trasformato le sostanze in armi strategiche, testate sistematicamente sui campi di battaglia del XX secolo.

Le "War Drugs": Le Sostanze nei Conflitti Mondiali

Durante le guerre mondiali, lo Stato ha assunto il ruolo di "pusher istituzionale", distribuendo droghe per ottimizzare le prestazioni e annullare l'umanità del soldato. Le sostanze più utilizzate durante la prima e la seconda guerra mondiale vengono così descritte:

SOSTANZA	FUNZIONE BELLICA

Alcol (Grappa/Vino)	Definito anche "Spiritual fuel", spesso alcol da disinfezione (al 75%), è stato distribuito sistematicamente nelle trincee italiane per ridurre la paura prima degli assalti suicidi o delle battaglie.
Cocaina / Metanfetamina	Utilizzato come stimolante estremo: un esempio sono le pillole "Forced March" (Kamienski, 2019) (usate spesso anche da esploratori) che permettevano di combattere la fatica e la fame (Bourke, 2010).
Morfina / Oppioidi	Sono sostanze con principio attivo analgesico: venivano standardizzate nei kit medici per trattare i feriti, ma a volte distribuite sotto forma di tintura di laudano, creando così migliaia di veterani dipendenti.
Tabacco (Sigarette)	Strumento di socializzazione e gestione dello stress; la guerra ne ha decretato il successo di massa (rispetto, per esempio, alla pipa).

Inoltre si può ipotizzare che l'orrore e la distruzione fisica, psicologica e ambientale che la guerra portò spinsero sia i governi sia i soldati sui campi di battaglia a sfruttare queste sostanze come non si era mai fatto prima, in veste di sollievo dal dolore o carburante bellico. "To these ends, servicemen were both "prescribed" alcohol and cocaine by the authorities and also self-medicated themselves. (Kamienski, 2019)" Si possono quindi immaginare le condizioni per una normalizzazione dell'abuso, durante e post-guerra. Il ritorno dei reduci dipendenti ha infine forzato gli Stati a creare le prime rigide classificazioni legali internazionali (Convenzione dell'Aia, 1912 ⁴), nel tentativo di arginare un'"epidemia di droga" post-bellica.

2. SERVIZI PSICHIATRICI E PER LE DIPENDENZE

La comorbilità, pur non presentando una definizione univoca tra gli studiosi, rimane un elemento caratterizzante la realtà dei Servizi coinvolti e le loro modalità di presa in carico, incidendo in modo diretto sulla programmazione dei trattamenti, dei percorsi di cura e delle valutazioni. Appare rilevante per le figure professionali che operano in questi ambiti, come l'assistente sociale, saper riconoscere i rischi che sottendono a una diagnosi duale e

⁴ "The International Opium Convention of The Hague, designed to curb shipments of narcotic drugs that were not meant to be used for medical purposes, thus emerged as a truly international instrument". United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *100 Years of Drug Control*, Vienna, UNODC, 2009.

le azioni operative e organizzative che ne derivano. Per prevenire gli esiti che emergono dalla letteratura recente, indicati come “ostacolanti” (Rigliano, 2003)⁵ nel decorso sia del disturbo psichiatrico sia di quello di abuso, è fondamentale imparare ad individuare gli attori competenti e specializzati, con cui si dovrà aprire un dialogo di rete e innovare le prassi di presa in carico condivisa.

La gestione integrata rimane tutt’oggi non esente da dubbi pratici ed emerge quindi la necessità di un’ulteriore riflessione riguardo alle origini storiche ed istituzionali della divisione tra servizi per le dipendenze e servizi della salute mentale, evidenziando come tale divisione abbia inciso sulla costruzione dei modelli teorici e sulle pratiche di intervento.

La divisione organizzativa che caratterizza i servizi specialistici Psichiatrici e per le Dipendenze fonda le basi su una storia legislativa che, da un punto di vista evolutivo, presenta molti aspetti in comune (presa in carico individuale, territorialità dei servizi, équipe multiprofessionale). D’altra parte, però, è identificabile come una presa di coscienza operativa e teorica parallela, frutto di due cause storiche differenti e per questo viste come a sé stanti per molti anni (sino allo studio dei disturbi comorbili). Tale sviluppo parallelo ha contribuito alla costruzione di modelli organizzativi, teorici e operativi distinti, che ancora oggi incidono sulla gestione della comorbidità.

2.1 EVOLUZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI

Evoluzione legislativa ed organizzativa

La legge di maggior rilievo nell’evoluzione e caratterizzazione dell’ambito psichiatrico è la Legge n. 180/1978. Questo provvedimento viene definito anche “Legge Basaglia” ed è considerato *“frutto di una rivoluzione “copernicana”, che, nel porre la persona —e non più la malattia— al centro dell’universo della sofferenza psichica, ne ha fatto il luogo di riflessione della psichiatria, di attenzione ed azione dei servizi e infine di discussione nel contesto sociale”* (Rossi, 2016). Ma è soprattutto una svolta decisiva rispetto alla contraddizione, resa palese dall’esistenza degli ospedali psichiatrici contrapposti agli

⁵ “la letteratura scientifica più attenta ha da tempo rilevato che tutti i programmi, ambulatoriali o comunitari, hanno percentuali elevatissime di drop out e di fallimenti... È andato emergendo sempre più, dunque, il concetto che molti fallimenti siano imputabili a problematiche altre, specificatamente psichiatriche...” (Rigliano, 2003)

ospedali generali che si occupavano di tutte le altre tipologie di malati, data dalla discriminazione delle persone affette da patologie mentali rispetto a tutte le altre (Rossi, 2016).

In ottica di restituzione della dignità e dei diritti ai malati psichiatrici, questa legge determina la chiusura delle strutture manicomiali e tutte le strutture totalizzanti, ponendo inoltre le basi di alcuni dei principi fondamentali della disciplina psichiatrica: porre allo stesso livello degli altri disturbi, quelli mentali, con la possibilità di ricovero per il paziente; l'impegno a coinvolgere i pazienti nel progetto di cura, l'istituzione di servizi territoriali e il trattamento sanitario obbligatorio (Botta, 2018).

La grande rivoluzione si inserisce nel sistema dei Servizi Psichiatrici come un cambio di paradigma, in particolare dal punto di vista delle strutture adibite alla cura della persona in chiave anti-istituzionale e anti-custodialistica, introducendo i Servizi territoriali di salute mentale. Questi ultimi sono oggi organizzati dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), a loro volta legati all'Azienda sanitaria locale (ASL) di riferimento. Questo dipartimento ha funzioni specifiche rivolte, oltre che a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito psichiatrico, anche alla formazione, alla ricerca, all'organizzazione e alla promozione degli interventi rivolti alla salute mentale della popolazione. Di particolare rilevanza per la cura e la diagnosi dei disturbi di comorbidità sono inoltre alcuni degli articoli che compongono il documento organizzativo del "Dipartimento di Salute Mentale":

ART. 2 "Competenze del dipartimento di salute mentale":

- ... garantire il necessario coordinamento tra le unità operative afferenti al DSM nonché il raccordo di queste con le altre strutture e unità operative funzionalmente connesse sia con Enti sia con altri soggetti pubblici o privati suscettibili di contribuire all'ottimizzazione degli Interventi;
- gestire le risorse assegnate dal Direttore Generale dell'azienda;
- svolgere attività di ricerca in particolare sulla qualità ed efficacia degli interventi e garantire l'aggiornamento e la formazione del personale,

In tale visione organizzativa emergono le qualifiche rilevanti al perfezionamento della presa in carico dei casi di doppia diagnosi. Nell'operatività dei servizi territoriali si individuano quindi le indicazioni per la formulazione di una presa in carico coordinata e ottimizzata nelle risorse, oltre all'accessibilità alle informazioni di ricerca riguardo alla

comorbilità. La loro efficacia è però influenzata dalla disomogeneità nell'applicazione concreta. Il "Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale", nel descrivere il modello organizzativo dei DSM, sottolinea l'aspetto organizzativo del Dipartimento come "multiprofessionale e integrato", in particolare: "Il modello organizzativo complessivo del DSM è quello del dipartimento integrato con le dipendenze patologiche e i servizi per età evolutiva." Questi dati riportano l'attenzione sugli aspetti attuativi che risultano spesso legati a prassi specialistiche dell'ambito psichiatrico, distinguendosi dalla letteratura che tende invece ad affrontare il parallelismo con l'ambito delle dipendenze con modelli di condivisione, per permettere contatti integrati nei casi specifici. L'apertura di una parentesi di positivo cambiamento emerge inoltre dagli obiettivi che lo stesso Collegio promuove per "l'ampliamento della platea dei bisogni". Viene quindi sottolineata come vocazione principale dei Servizi territoriali di salute mentale la presa in carico dei disturbi psichiatrici (disturbi schizofrenici e disturbi dell'umore). Allo stesso tempo, riconoscendo però l'importanza decennale di nuovi bisogni epidemiologici nell'ambito della salute mentale, come la comorbilità con l'uso di sostanze, vengono richieste risposte qualificate e diversificate.

ART. 5 "Assegnazione delle risorse":

- Per l'esercizio dei propri compiti al DSM è attribuito annualmente dal Direttore Generale un apposito budget garantito e vincolato, commisurato al 5% della spesa sanitaria complessiva pro capite della Regione per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Regione all'Azienda Sanitaria di competenza.
- Il Direttore del DSM provvede ad assegnare, nell'ambito del budget attribuito al Dipartimento medesimo, le risorse necessarie alle Unità operative adottando altresì eventuali atti di riconversione della spesa che si rendano opportuni nel corso dell'anno al fine di ottimizzare le risorse stesse, compatibilmente con la normativa vigente e con i programmi autorizzati a livello regionale e aziendale;
- Le Unità Operative gestiscono autonomamente, nell'ambito degli indirizzi e direttive fissati dal Direttore del DSM, il budget loro assegnato.

La dimensione economica risulta un elemento che, pur essendo legato ad obiettivi regionali, ha un'apposita autonomia territoriale spesso variabile in base al contesto. L'ammontare delle risorse, formalmente definite a livello normativo, presenta diversificazioni territoriali nell'effettiva adeguatezza e distribuzione, incidendo sulla

capacità dei servizi di rispondere ai bisogni emergenti. Inoltre, la presenza di un'ottica di mantenimento della routine terapeutica e collaborativa, come delle priorità stesse del servizio, può comportare difficoltà nei cambiamenti operativi ⁶. Il Collegio nazionale dei dipartimenti di salute mentale riporta: "L'offerta media dei servizi di salute mentale pubblici rimane ancorata, come i recenti studi del progetto QUADIM hanno evidenziato, a standard di trattamento distanti dalle raccomandazioni delle linee guida internazionali." La permanenza di modelli teorici e operativi consolidati può contribuire a una risposta seppur specializzata solo parziale. Questo riscontro viene perpetrato a causa del diffuso ricorrere a modelli e paradigmi che attualmente soddisfano solo in parte i bisogni delle persone che afferiscono ai Servizi psichiatrici, con sempre maggiore complessità e necessità terapeutiche.

È infine importante sottolineare la laboriosità applicativa, come nell'ambito delle dipendenze, delle linee guida e dei livelli di prestazione, che non sempre si traduce in pratiche organizzative uniformi ed efficaci in ogni contesto. Questo aspetto non deve però limitare lo slancio verso possibili nuove priorità di cura, né l'individuare le risposte in azioni di collaborazione che comprendono prima una riflessione sulla logica che guida la strategia, oltre a come definire le priorità, accessibile agli operatori dei Servizi coinvolti nella cura della comorbidità.

Ulteriori aspetti importanti per cogliere la funzione dei Servizi Psichiatrici ad oggi sono l'evoluzione ideologica e gli obiettivi che caratterizzano il loro operato, individuabili nelle linee guida ufficiali.

Evoluzione ideologica

Dalla promozione di questo modello di cura territoriale, incentrato sulla persona e sulla relazione terapeutica, emergono i diversi punti di vista riguardo alla filosofia operativa che i Dipartimenti di salute mentale e i Servizi territoriali che ne dipendono individuano tradizionalmente nella Riforma Psichiatrica, nel suo pensatore Franco Basaglia e nella Psichiatria di Comunità. Questi assunti sono stati ampiamente affrontati e, nel corso della storia, evoluti sino ad avere oggi una visione prevalente che ne contiene pur sempre altre.

⁶ "è esperienza troppo comune "inviare" i pazienti da un servizio all'altro, affinché non cambi nulla nella routine terapeutica del proprio servizio" (Rigliano, 2003).

I principali modelli concettuali interpretativi storici, che hanno guidato generalmente l'agire psichiatrico nella cura e comprensione dei disturbi mentali, si possono così descrivere:

- *Modello Biologico*: il disturbo osservato deriva da disfunzioni nel cervello. La classificazione ideale dei disturbi, pertanto, è su base fisiopatologica. Lo studio appropriato è rivolto ai marcatori biologici e agli effetti degli interventi cosiddetti "biologici", che, in realtà, sono interventi di carattere fisico-chimico. Il trattamento del disturbo dovrebbe essere diretto alle anomalie cerebrali sottostanti.
- *Modello Comportamentale*: il disturbo deriva da precedenti apprendimenti carenti o disadattivi della persona. Lo studio appropriato è rivolto all'osservazione dei comportamenti anormali e delle loro contingenze contestuali (interne ed esterne al soggetto). Il modo migliore per modificarli è studiare e cambiare tali contingenze (antecedenti e conseguenti). I problemi comportamentali sono affrontati al meglio stimolando nuove esperienze (correttive) e la pratica di nuovi comportamenti.
- *Modello Cognitivo*: il disturbo psichico non è altro che il prodotto di pensieri, convinzioni (e conseguenti comportamenti) disfunzionali, che si collocano agli estremi della distribuzione normale. Lo studio del disturbo si deve concentrare sulle distorsioni cognitive e sugli errori di ragionamento. Il disturbo sarà trattato solo aiutando il paziente a mettere alla prova e modificare pensieri e convinzioni disfunzionali.
- *Modello Psicodinamico*: il disturbo deriva dal mancato completamento degli stadi psichici dello sviluppo ipotizzati da S. Freud. Il disturbo è pertanto dovuto a fattori inosservabili come l'"inconscio", la "libido" o il "transfert", che producono "relazioni oggettuali" disturbate. La struttura della psiche e i suoi meccanismi inconsci si comprendono solo con lo studio dei casi individuali. Il trattamento del disturbo richiede la risoluzione di tali relazioni, portando i suddetti fattori alla coscienza del paziente.
- *Modello Sociale*: fattori sociali come pregiudizi, disoccupazione o precarietà sono le principali cause dei disturbi psichici. I disturbi osservati quindi derivano da queste circostanze o condizioni sociali. La ricerca sui disturbi dovrebbe focalizzarsi sull'identificazione dei fattori sociali causali avversi. Le politiche volte a ridurre fattori come i pregiudizi, la scarsità di alloggi o la disoccupazione sono un modo di sradicare tali disturbi.

Questi approcci rappresentano tentativi parziali di spiegare l'origine e il trattamento del disturbo mentale. Ciascuno di essi privilegia una specifica dimensione, contribuendo tuttavia a una visione frammentata del fenomeno psicopatologico. Sono frutto di un'evoluzione storica interpretativa che, affinata negli anni, ha condotto all'ideologia generale odierna che sottende l'agire dei Servizi psichiatrici: il modello Bio-psico-sociale. Nel corso del Novecento la psichiatria, grazie ad alcuni autori che reinterpretano i limiti ⁷ della disciplina e criticano la cosiddetta "bio-medicina", cioè il paradigma dominante sino alla metà del secolo scorso, definisce gli eventi psicologici, biologici e sociali come dinamicamente intercorrelati. Inoltre arriva, con le riflessioni dello psicologo Albert Bandura negli anni '80 del Novecento, un rafforzamento argomentativo che descrive l'interazione continua tra la persona, il suo comportamento ed il suo ambiente esterno, modificandosi a vicenda.

Nell'ottica degli attuali Servizi psichiatrici, l'approccio bio-psico-sociale comporta diversi agiti rivoluzionari rispetto al drammatico custodialismo ed isolamento manicomiale precedenti. In Italia vengono introdotti dal Ministero della Salute, dai primi anni duemila, indicazioni quali:

- La valorizzazione della persona all'interno del percorso di cura, individualizzando il progetto e adattandolo alle sue esigenze, rendendola quindi parte attiva della riabilitazione;
- Integrazione dell'apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio;
- Lavoro d'équipe multiprofessionale all'interno dei Servizi, con organico che comprende psichiatri, psicologi, educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, infermieri e OSS (operatori socio-sanitari);
- Contatto con il territorio di competenza dei Servizi, l'effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà (Ministero della Salute, 1999).

La loro applicabilità in Italia è tutt'oggi relegata agli elementi individuati, quali l'autonomia di scelta riguardante le priorità del Servizio, le risorse economiche ed

⁷ George Engel afferma che: "tutta la medicina è in crisi... e che questa deriva dallo stesso difetto di base della psichiatria, cioè l'aderenza ad un modello di malattia non più adeguato...". (George L. Engel, *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, "Science", 196(4286), 1977, pp. 129-136, p. 129.)

organiche pervenute dalla Regione e le prassi metodologiche che guidano l'agire professionale. Allo stesso tempo gli standard nazionali e le linee guida internazionali, come quelle generate dall'OMS nel "Mental Health Action Plan 2013-2030", rinforzano ulteriormente le ipotesi di integrazione volta a comprendere i nuovi bisogni della popolazione, in ogni territorio e ad ogni età, e a rafforzare la ricerca e la tracciabilità dei dati raccolti per analisi più efficaci. Tale configurazione della realtà psichiatrica incontra però delle limitazioni strutturali rilevanti quando si interfaccia con la complessità della comorbidità tra due o più disturbi, nei casi quindi di doppia diagnosi.

Se da un lato le linee guida istituzionali e le ricerche promuovono un approccio integrato e multidimensionale, dall'altro, nella realtà clinica, persistono modalità di intervento settoriali e spesso riduttive, orientate prevalentemente alla stabilizzazione sintomatologica o alla gestione del comportamento. Il Collegio nazionale dei dipartimenti di salute mentale definisce così la metodologia prevalente nei Servizi psichiatrici: "il modello mediamente diffuso è oggi quello di *una psichiatria generalista* nella quale prevale l'approccio medico farmacologico, mentre risultano carenti i trattamenti psicosociali (psicoterapia e di riabilitazione) basati su prove di efficacia e specifiche aree di intervento che richiedono competenze di secondo livello specialistico". L'autore e psichiatra Paolo Rigliano descrive le criticità che emergono durante la presa in carico duale, e definisce "riduttivismo medico-patologizzante e psicofarmacologico" (Rigliano, 2003) l'approccio che rischia di essere applicato sempre maggiormente in psichiatria, nei casi di comorbidità.

Tale scarto metodologico si unisce alle manifestazioni derivanti dalla storica separazione tra i Servizi di salute mentale e quelli per le dipendenze che, sul piano legislativo ed organizzativo, costituisce una divisione che sembra naturale e inevitabile visti i modelli interpretativi e operativi distinti, ma che è importante riformulare e incanalare in nuove prassi istituzionali e collaborative. Al momento però le legislazioni nell'ambito della salute mentale sembrano, ugualmente alle prassi pratiche, consolidarsi in una filosofia di specializzazione dei Servizi; ciò emerge anche dalla legge 81/2014 che, riorganizzando la psichiatria forense e introducendo le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), rafforza la complessità del sistema psichiatrico senza integrare percorsi delle dipendenze.

2.2 EVOLUZIONE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE

Evoluzione legislativa ed organizzativa

Attualmente i Servizi per le dipendenze sono inquadrabili, come nel caso dei Servizi psichiatrici, all'interno dell'Azienda sanitaria locale (ASL) e sono organizzati tramite Dipartimenti funzionali per le dipendenze. Le origini dei Servizi per le dipendenze possono essere ricondotte agli anni '80 del Novecento, precisamente con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avvenuta tramite la Legge 833/1978, anche se l'individuazione di specifici servizi dedicati alla diagnosi, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze avviene con la Legge 685/1975. Quest'ultima determina, all'interno dell'Art. 90 "Prevenzione ed interventi da parte delle Regioni e delle Provincie autonome": le competenze spettanti a questi nuovi Servizi specialistici. In particolare: funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione, oltre all'individuazione di programmi farmacologici e terapie di disintossicazione, avvalendosi di personale qualificato a svolgere le mansioni individuate secondo i principi di legge.

L'istituzione di Servizi per le dipendenze non nasce da una riforma teorica, come accade per i Servizi psichiatrici, ma da un contesto emergenziale e da una risposta istituzionale a quest'ultimo, caratterizzato da un fenomeno di carattere globale identificabile come la "tossicodipendenza di massa" degli anni '70-'80 del Novecento. Il fenomeno della dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope nella società occidentale cambiò il panorama dei Servizi socio-sanitari in modo repentino. Nei pochi anni, infatti, che distanziarono l'arrivo e il facile accesso a droghe, in particolar modo l'eroina, e la diffusione inizialmente inarrestabile dell'abuso vennero istituite poche risposte articolate ed efficaci.

In primo luogo nacquero movimenti di impegno civile, spesso di ispirazione cattolica, che confluirono nella creazione di una forma embrionale delle attuali Comunità terapeutiche. Quest'ultime si basavano su "impegno di accoglienza, ascolto e cura diffuso sui territori (dal Ceis di Don Picchi, ai Centri della Fict, a Don Ciotti e alle realtà del Cnca, Emmaus, Samman, le Comunità Incontro ed a moltissimi altri negli anni successivi)" (De Facci, s.d.) come riporta Riccardo De Facci, figura di rilievo nel CNCA (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza). Di particolare risalto nel colmare l'assenza coordinata di

risposte istituzionali, solitamente improntate a risvolti repressivi o ospedalieri, frutto di disposizioni legislative in vigore dagli anni '50⁸, furono i CeIS (Centri di solidarietà). Quest'ultimi, nati da un approccio spontaneo e pionieristico che comprendeva associazioni e figure di matrice religiosa o laica assistenziale, si occupavano di costituire spazi residenziali focalizzati sull'accoglienza e sull'assistenza delle persone tossicomani.

Se la Legge 685/75 “nacque da istanze sociali che trovarono persone e gruppi capaci di comprenderle e rappresentarle” (Miazzi, 2025), ponendosi come iniziale argine istituzionale basato su una logica di contenimento del fenomeno sociale della tossicodipendenza, l'istituzionalizzazione vera e propria dei Servizi territoriali specializzati nelle tossicodipendenze avvenne con la Legge 162/1990. Quest'ultima fu una modifica del D.P.R. 309/1990, denominato il “Testo Unico sugli stupefacenti”, che creava i primi Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). Essi individuarono il target di cura nelle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, circoscrivendo ulteriormente il carattere emergenziale dei loro contenuti, nonostante gli anni passati dalla precedente riforma. L'urgenza era individuabile anche in un altro aspetto legato al mondo delle dipendenze, cioè il trattamento della sieropositività. Assimilabile per emergenza a quella dell'eroina, a causa della correlazione, la stessa droga, da essa derivò una delle più gravi emergenze sanitarie italiane e del mondo e fu affidata proprio a questi Servizi la coordinazione degli interventi nell'ambito dell'HIV.

Questa legge, insieme al D.P.R. 309/90, diede inoltre lo scheletro degli attuali Servizi per le dipendenze introducendo:

- un organico, secondo la L. 26 giugno 1990 n. 162,⁹ specializzato nell'ambito. In particolare è sottolineato *“presenza di un'équipe multidisciplinare composta dalle figure professionali del medico con specializzazioni attinenti alle patologie correlate alla tossicodipendenza o del medico formato e perfezionato in materia di tossicodipendenza, dello psichiatra e/o dello psicologo abilitato all'esercizio della*

⁸ LEGGE 22 ottobre 1954, n. 1041; Disciplina della produzione, del commercio e dell'impiego degli stupefacenti. Quest'ultima è la prima normativa organica italiana del dopoguerra a disciplinare la produzione, il commercio e l'impiego degli stupefacenti, adottando un approccio strettamente proibizionista e repressivo.

⁹ l'organico dei servizi deve prevedere le figure professionali del medico, dello psicologo dell'assistente sociale, dell'infermiere, dell'educatore professionale e di comunità in numero necessario a svolgere attività di prevenzione, di cura e di riabilitazione, anche domiciliari e ambulatoriali; L. 26 giugno 1990, n. 162. (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/06/26/090G0197/sg>)

psicoterapia e dell'infermiere professionale, qualora l'attività prescelta sia quella di diagnosi della tossicodipendenza”

- finanziamenti di rilievo per gli anni successivi ¹⁰
- l'introduzione della pena detentiva, nei confronti di persone condannate per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenti, scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi.
- analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente
- progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione
- prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale mediante la progettazione e realizzazione, in forma diretta o indiretta, di interventi programmati

Queste caratteristiche sono state, attraverso nuove pratiche legate ai Servizi per le dipendenze, affinate e ampliate con l'obiettivo di includere le problematiche di alcolismo, tabagismo, GAP (Gioco d'azzardo patologico) e altre dipendenze comportamentali, adeguandosi alle aspettative delle persone che vi afferiscono e ai complessi bisogni che portano.

Gli elementi di rilievo per affrontare l'organizzazione dei SerD sono: l'équipe, gli obiettivi terapeutici e sociali, la ricerca, la prevenzione e l'integrazione.

Nel 1990 la creazione dei Servizi specializzati nelle dipendenze permise, e permette tuttora, una valida autonomia organizzativa e gestionale grazie allo sviluppo di un'équipe propria e qualificata nell'ambito. Essa comprende anche elementi, oltre alla presa in carico, alla diagnosi, alla cura e al reinserimento multidisciplinare, di trattamenti farmacologici nell'ottica di progetti integrati. La figura dello psichiatra, che gestisce queste ultime mansioni mediche, permette di intravedere la necessità clinica della persona che presenta disturbi da uso di sostanze o patologici nell'affrontare specifiche parti del percorso riabilitativo. Non è raro che una presa in carico per comorbidità presso il SerD generi un progetto, oltre che sociale, anche medico, prevedendo terapie farmacologiche orientate alla stabilizzazione dei sintomi, alla gestione delle fasi acute e alla prevenzione di quadri psicopatologici correlati all'uso di sostanze. Lo psichiatra delle dipendenze ha quindi

¹⁰ lire 30 miliardi per l'anno 1990 e in lire 240 miliardi e 600 milioni per ciascuno degli anni 1991 e 1992; L. 26 giugno 1990, n. 162. (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/06/26/090G0197/sg>)

mansioni differenti, contraddistinte da una visione d'intervento orientata alla gestione della dipendenza e dei suoi effetti clinici immediati, e per questo anche logiche diverse, rispetto a uno psichiatra dei Servizi di salute mentale il cui intervento si iscrive, almeno da un punto di vista teorico, nella presa in carico globale e nell'analisi bio-psico-sociale. È necessario quindi chiarire che la presenza dello psichiatra nei SerD non rappresenta un superamento della divisione tra i servizi, ma piuttosto una sua riformulazione interna, in cui la competenza psichiatrica viene riadattata alle logiche operative proprie dell'ambito delle dipendenze. Viene quindi ulteriormente delineata una divisione specialistica, corretta nelle sue mansioni chiave, ma che limita nei casi di comorbidità l'accesso per la persona ad un programma univoco, personalizzato e comprensivo delle caratteristiche della diagnosi. Ne deriva il rischio che una stessa persona sia destinataria di programmi terapeutici e sociali differenti, elaborati da Servizi distinti sulla base di priorità e modelli interpretativi non pienamente integrati, con possibili ricadute sulla continuità e sull'efficacia complessiva del percorso di cura.

Di egual valenza sono inoltre gli obiettivi di salvaguardia della popolazione dal fenomeno della tossicodipendenza, volti a prevenire con fermezza legislativa e ampliamento delle risorse sociali la diffusione delle problematiche d'abuso, con scopi di reinserimento lavorativo e comunitario. Focalizzandosi sugli aspetti di integrazione che individua il D.P.R. 309/90 per i SerT, si delinea un'apertura verso le patologie correlate alla tossicodipendenza. Seppur in quegli anni si facesse probabilmente riferimento alle diagnosi mediche, come l'HIV, è importante notare il forte distacco che si prese dall'ambito psichiatrico attraverso le legislazioni, consolidando e istituzionalizzando una divisione già emergente nell'ambito teorico.

Inoltre, l'iniziale istituzionalizzazione dei Servizi traeva dal contesto emergenziale e dalla vecchia origine normativa basata sul controllo della devianza un "modello di cura della dipendenza" consolidato nel periodo post-bellico, portato avanti sino agli anni del Testo Unico. La visione spesso distorta delle cause fondanti delle problematiche d'abuso induce il rischio che la storia legislativa nell'ambito delle dipendenze, nella cura, diagnosi e reinserimento, sia influenzata dall'eticizzazione della persona, descritta come coinvolta in "vizi" e caratterizzata da "debolezza". L'impressione è che le persone afferenti al Servizio per le dipendenze presentino una problematica di devianza, opposta rispettivamente ad una problematica psichiatrica che, sviluppata con maggior anticipo, si distingueva all'epoca

per una linea teorica comprensiva di tutti gli aspetti di vita della persona (Bio-psico-sociale).

Oltretutto anche le stesse pratiche professionali, l'organico e le conoscenze teoriche di competenza, correttamente specialistici, non hanno lasciato che un marginale appiglio di operatività condivisa tra i due ambiti, confermando nel tempo questa scelta operativa con le legislazioni internazionali più recenti. Quest'ultime riconoscono la complessità della comorbidità tra disturbi psichiatrici e dipendenze, promuovendo modelli integrati di intervento; tuttavia, tali indicazioni restano prevalentemente di natura programmatica, senza tradursi in un'effettiva riorganizzazione strutturale dei servizi, che continuano a operare secondo logiche parallele e distinte. Un esempio può emergere dal "Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga"¹¹, che specifica provvedimenti di rafforzamento dei processi diagnostici e di cura della comorbidità.

Mentre la teoria di collaborazione è espressa nelle riforme più importanti di entrambi gli ambiti, i protocolli congiunti non sono espressamente definiti; la pratica operativa dell'integrazione è basata unicamente su iniziative locali e sulla scelta dei singoli operatori.

Evoluzione ideologica

Si possono ipotizzare diverse cause del rallentamento di una risposta coordinata e definitiva da parte dello Stato italiano di fronte all'emergenza dell'abuso di sostanze: quella di maggior valenza ideologica è legata alle letture morali e biomediche della dipendenza. All'origine dei Servizi per le dipendenze si vedevano contrapposti due fulcri ideologici: da un lato una lettura di tipo biomedico e dall'altro una visione morale della dipendenza. Tale dualismo, lungi dall'essere superato, perlomeno nel contesto italiano, influenza ancora oggi i Servizi di salute mentale e quelli per le dipendenze, rendendo particolarmente critico il trattamento della comorbidità.

¹¹ A livello di SM, entità della nuova ricerca avviata in merito a tendenze emergenti quali la poliassunzione e l'uso scorretto di sostanze psicoattive; malattie siero-trasmissibili associate al consumo di droghe, comprese, ma non solo, l'HIV e l'epatite virale, nonché le malattie sessualmente trasmissibili e la tubercolosi; comorbidità psichiatrica e fisica; altri problemi e conseguenze legati a sostanze sia lecite sia illecite. "Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2017–2020".

I concetti di Anima e Vizio

La visione morale, o “Modello del vizio”, rappresenta una delle prospettive più antiche sulle dipendenze ed interpreta l’uso delle sostanze illecite e la dipendenza come derivanti da scelte eticamente sbagliate o immorali. Questo paradigma affiora dalla contestualizzazione storica e culturale, cioè un insieme di dogmi religiosi e, più avanti, di politiche proibizioniste, che enfatizzano esageratamente la responsabilità personale e il libero arbitrio. Un esempio odierno sono i contesti storicamente orientati a modelli “drug-free”. Esistono in particolare comunità terapeutiche che prediligono il rifiuto di trattamenti farmacologici (spesso considerati come la sostituzione di un vizio illecito con uno lecito), e che richiedono un’adesione valoriale o spirituale ad un’autorità religiosa, individuando nella dipendenza un problema di volontà. Gli *out-put* critici dell’operare con queste premesse emergono quando avviene l’esclusione di alcuni soggetti con un alto rischio di abbandoni precoci, definiti “senza motivazione al cambiamento”. Vengono così considerate positive unicamente quelle motivazioni che, oltre a dover precedere lo stesso trattamento, risultano intrinseche alla persona, mentre coloro che si interfacciano ad un programma di cura per ragioni familiari, giudiziarie o sociali, cioè estrinseche, portano l’etichetta di persona “non motivata” realmente. Il non considerare la fluttuazione e l’ambivalenza della motivazione di ogni persona presa in carico crea una maggiore difficoltà di intervento nei casi specifici, come la doppia diagnosi, dove oltretutto il farmaco e i rischi di ricaduta sono parte integrante delle possibilità di cura.

Sotto questa lente l’individuo dipendente è spesso stigmatizzato come figura moralmente disonesta, in certi casi persino bugiarda e manipolatrice nel raggiungere i suoi scopi. Il modello del vizio, basandosi su una dimensione esclusivamente etica, tende allora a trascurare i fattori biologici, psicologici e sociali che concorrono alla genesi e al mantenimento della dipendenza.

Similmente alla “demonizzazione” degli individui dipendenti, l’impossibilità di attribuire un significato scientifico ai sintomi di coloro che presentavano disturbi psichiatrici, dai tempi antichi sino al ‘700, comportò spesso la creazione di interpretazioni religiose associate al “*daimon*”.

Le dottrine religiose nel tempo svolsero infatti un ruolo interpretativo centrale, in particolare “è dalla radicale prospettiva cristiana che la demonologia diviene una disciplina

che ancora ad oggi si attribuisce il compito di affrontare i fenomeni “innaturali” spiegandoli per intervento divino o demoniaco” (Debona, 2024). La produzione di aspre condotte politiche nei confronti di ciò che era ritenuto blasfemo amplificò per molto tempo l’azione stigmatizzante che avveniva verso coloro che presentavano un disturbo mentale, spesso alcuni quadri psico-patologici specifici, giudicati quindi colpevoli e pericolosi.

I riflessi sociali dei concetti descritti sono visibili sino alle realtà sociali, cliniche e istituzionali del ‘900, a partire dalle legislazioni nazionali ed internazionali riguardanti il consumo delle sostanze e le dipendenze in generale. Le principali conseguenze sono individuabili nella criminalizzazione dell’uso di sostanze volto a determinare una punizione, prima che una cura, inducendo nella persona stessa lo stigma e complicando ulteriormente i percorsi di riabilitazione. Nell’ambito psichiatrico italiano, invece, questo tipo di lettura ha contribuito alla nascita di luoghi di cura con funzioni di custodia e controllo per coloro che presentavano un disturbo mentale, formalizzati nel 1904 con la legge n. 36 ¹², quando vennero trasformate le strutture già esistenti in luoghi a scopo di internamento e ricovero coatto.

I concetti morali e medicalizzanti condividono quindi una funzione analoga: spiegare il comportamento umano attraverso categorie non scientifiche, attribuendo significati morali o riduttivi a fenomeni complessi e contribuendo a giustificare pratiche di esclusione, controllo e stigmatizzazione. Ad oggi, sebbene sia avvenuto un approdo definitivo alla metodologia scientifica, permane nell’ambito della salute mentale e delle dipendenze uno stigma, derivante dalla paura e dal pericolo che determinate categorie di disturbi evocano.

Infine è importante sottolineare l’evoluzione sostanziale che avvenne, in modo progressivo dall’inizio degli anni 2000 sino al 2012, con la trasformazione da SerT a SerD. L’inizio di tale cambiamento può essere ricondotto all’accordo Stato-Regioni del 1999 ¹³, giungendo sino al 2012 con la Legge Balduzzi. L’introduzione dell’elemento delle dipendenze comportamentali rivoluzionò infatti l’applicazione delle pratiche di cura e presa in carico presso i Servizi per le dipendenze. Il principio portante fu la perdita del *toxon*, ossia dell’elemento materiale della dipendenza, come criterio centrale nella definizione del

¹² Legge 14 febbraio 1904, n. 36 (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1904-02-14;36@originale>)

¹³ Italia. 1999. *Accordo Stato-Regioni, repertorio atti n. 593*. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 61 del 15 marzo 1999. (<https://www.regione.umbria.it/documents/18/0/Accordo+Sato+Regione+21+gen+1999/28de2022-c426-4734-be39-98a994ab51d7>)

disagio patologico e dell'abuso. Le dipendenze comportamentali resero infatti necessario riconoscere come i meccanismi di *addiction* potessero svilupparsi anche in assenza dell'assunzione diretta di sostanze, ampliando il campo di intervento dei Servizi. Tale evoluzione comportò quindi una ridefinizione della concezione di dipendenza, sempre più orientata verso una lettura multidimensionale del bisogno.

Il Polo Biomedico e la metodologia della malattia

Il cosiddetto “modello della malattia” rappresenta il principale tentativo, in ambito scientifico, di sottrarre la dipendenza ad una lettura morale. Emerso in ambito biomedico, il *Brain Disease Model of Addiction* definisce la dipendenza come una “malattia cronica ad andamento recidivante caratterizzata dal craving (cioè dal desiderio irrefrenabile di utilizzare la sostanza), dall'uso compulsivo e dalla perdita di controllo sull'assunzione delle sostanze” (Nava e Sanavio, 2022). Ciò ha permesso di unire metodi relazionali e fattori farmacologici, con una conseguente de-stigmatizzazione della dipendenza come colpa individuale e morale. Tuttavia, nel suo sviluppo contemporaneo, esso tende a configurarsi come una forma di iperoggettivazione, in cui il fenomeno viene progressivamente ricondotto a un'entità neurobiologica definita. L'ampliamento dell'aspetto terapeutico, infatti, come nell'applicazione di terapie metadoniche, rischia di ridurre la stessa dipendenza a un'entità neurobiologica, pienamente ascrivibile e quindi trattabile attraverso parametri medico-clinici.

La letteratura neuroscientifica, riguardante le cause della dipendenza, ad oggi evidenzia e studia le alterazioni nei circuiti cerebrali legati alla ricompensa, all'affettività e alla cognizione (Koob e Volkow, 2010), cercando di determinare le alterazioni indotte dalle sostanze in specifici centri neurali del cervello. Essa però non esaurisce la comprensione del fenomeno, lasciando aperte questioni relative alla variabilità individuale, al ruolo dei contesti e alla possibilità di ridurre quindi la dipendenza a quadri esclusivamente neurobiologici.

Quello di un'iperoggettivazione del fenomeno è un rischio, opposto in un certo senso a quello morale, da cui deriva una lettura della dipendenza specifica, considerata come un'entità patologica pienamente descrivibile in termini neurobiologici, e che riduce quindi la complessità dell'esperienza individuale a un insieme di alterazioni cerebrali.

Il concetto di “ipostatizzazione” diviene qui centrale: la malattia viene trattata come una realtà autonoma, separata dal soggetto che la vive, con il rischio, analogamente alla visione morale, di oscurare i fattori psicologici, relazionali e sociali che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento della dipendenza, oltre a ridurre la persona al proprio disturbo. Nella pratica dei Servizi la cura medicalizzante decide di applicare risposte basate su categorizzazioni o su una diagnosi, non introducendo aspetti di valutazione temporale o sociale se non in corrispondenza dei sintomi, contribuendo di conseguenza ad oscurare aspetti quali: l’adesione al programma, il contesto e il significato che la persona porta.

In questo senso, i due modelli di vizio e malattia, pur partendo da presupposti contrapposti, condividono le medesime criticità: la tendenza a semplificare un fenomeno complesso, privilegiando un’unica chiave interpretativa e generando uno stigma nei riguardi della persona con dipendenze o psico-patologie. Inoltre, le conseguenze di queste impostazioni si riflettono anche sull’organizzazione alla base dei Servizi: da un lato, una presa in carico incentrata prevalentemente sul piano farmacologico e sulla stabilizzazione sintomatologica; dall’altro, una difficoltà ad integrare interventi psicologici e sociali in modo efficace, soprattutto nei casi di comorbidità. Emergono allora in questa analisi: l’importanza dello sviluppo ideologico e metodologico delle discipline che compongono la doppia diagnosi, gli approcci operativi che un determinato Servizio sceglie di attuare e la valutazione delle conseguenze di queste scelte; tra i cui esiti negativi si individuano la frammentazione tra modelli interpretativi, percorsi discontinui e logiche operative parziali.

Il Modello Britannico nella gestione della Doppia Diagnosi

La necessità strutturale di superare questo dualismo tra gli ambiti di salute mentale e dipendenze patologiche porta a volgere lo sguardo altrove, dove i tentativi di conciliazione ideologica e organizzativa dei Servizi hanno prodotto sistemi integrati in casi specifici, come per la doppia diagnosi. Nel panorama europeo, in particolare nel Regno Unito, la scelta di applicare determinate linee guida che promuovono il progressivo superamento del dualismo tra Servizi ha prodotto modelli organizzativi che rifiutano la separazione rigida tra disturbi mentali e dipendenze. In questo panorama i Servizi di salute mentale sono chiamati a farsi carico anche dell’uso di sostanze, con lo scopo di superare la logica del rinvio e di ridurre il rischio di frammentazione dei percorsi. La descrizione di un esempio concreto del tentativo di mettere in discussione il dualismo a un livello di *policy* permette

di comprendere quali sono le possibilità derivanti dallo scegliere un modello integrato, ma anche le difficoltà economiche, logistiche e operative che ne derivano.

Il NICE (National Institute for Health and Care Excellence) in Inghilterra promuove delle linee guida spesso fondate su metodologie differenti da quelle italiane, come la “*no wrong doors*”, secondo cui ogni Servizio, una volta accolta una richiesta di aiuto, è responsabile dell’avvio e della continuità del percorso terapeutico. In particolare, all’interno delle linee guida, possiamo individuare delle *Raccomandation* relative a prassi operative dei Servizi di salute mentale inglesi:

- Do not exclude people with severe mental illness because of their substance misuse.
- Adopt a person-centred approach to reduce stigma and address any inequity in access to services people may face
- Ensure the care coordinator works with other services to address the person’s social care, housing, physical and mental health needs, as well as their substance misuse problems, and provide any other support they may need.

In questo ultimo punto emerge una differenza sostanziale rispetto alla metodologia italiana che, auspicabile anche da autori italiani come il dott. Rigliano ¹⁴ individua in un solo referente (case manager) il fulcro della presa in carico. Il punto di forza primario della metodologia del *case management* è l’alto grado di coordinazione in un’équipe dedicata alla persona con doppia diagnosi, oltre al coinvolgimento di tutti i Servizi che gravitano attorno ai bisogni espressi. Questa équipe unica e coordinata, secondo le stesse linee guida del NICE, dovrebbe essere concepita:

- using an agreed set of local policies and procedures that is regularly reviewed by key strategic partners
- sharing the response to risk management
- working across traditional institutional boundaries
- being responsive to requests for advice and joint-working arrangements.

Queste raccomandazioni comportano negli operatori e specialisti una mentalità differente nell’approcciarsi al problema di comorbidità. Dal punto di vista teorico dovrebbero risultare

¹⁴“...ci deve essere per ogni paziente una miniéquipe di riferimento stabile, rodada, riconosciuta, gerarchicamente organizzata e guidata da un referente in grado di integrare tutte le informazioni, le risorse e i trattamenti scelti per quel paziente.” (Rigliano, 2003 ; p.173)

in direttive operative, scelte e promosse dal Regno Unito nei casi di doppia diagnosi. Se dal punto di vista italiano i Servizi hanno assunto il ruolo di ombrello in una determinata area dei bisogni, e superare questo limite è spesso visto come controproducente o come sconfinamento, le linee guida internazionali e le ricerche italiane sulla doppia diagnosi auspicano proprio il superamento di queste dinamiche interne e singole. La volontà integrativa, infatti, risuona da anni, ma i progetti efficaci ed efficienti si rivelano essere molto rari in questo contesto ideologico ed organizzativo. L'aspetto che differenzia teoria e pratica si presenta, nonostante lo sforzo istituzionale volto all'integrazione, anche nel Regno Unito. Proprio i rischi e le risorse che quindi emergono dagli errori della pratica concreta inglese possono fungere da avvisaglia per future scelte nel campo della doppia diagnosi anche nel contesto italiano, sebbene vi siano evidenti differenze istituzionali e territoriali. In particolare l'esperienza inglese sottolinea che:

- l'implementazione completa di una linea guida può richiedere tempo e la durata può variare in base all'entità dei cambiamenti necessari, nelle pratiche e nei servizi
- diverse organizzazioni potrebbero avere bisogno di approcci di esecuzione differenti, a seconda delle loro dimensioni e funzioni. Mentre a volte i singoli professionisti possono rispondere alle raccomandazioni dedicate a migliorare la propria pratica più rapidamente delle grandi organizzazioni
- per cambiamenti molto importanti, è opportuno includere traguardi intermedi e un business case, che delinei i costi aggiuntivi, i risparmi e le possibili aree di disinvestimento

In conclusione, il modello britannico rappresenta un tentativo avanzato di superamento del dualismo tra salute mentale e dipendenze; tuttavia, la letteratura evidenzia come tali indicazioni si traducano spesso in pratiche disomogenee, con persistenti difficoltà di coordinamento, dimostrando la lontananza da una pratica integrata definitiva e le difficoltà istituzionali ed organizzative per raggiungerla (NICE, 2011; Public Health England, 2017; Centre for Mental Health, 2012).

RIFLESSIONE ORGANIZZATIVA

L'evoluzione organizzativa e ideologica descritta permette di avere un sunto delle cornici in cui i Servizi per le dipendenze si inseriscono, anche a confronto con gli aspetti della malattia mentale e modelli esteri, individuando quali elementi descrivano al meglio le

possibilità future. Il ruolo e gli scopi dei SerD sono stati nel tempo indice di profondi cambiamenti, oltre che assistenziali, anche sociali, rappresentando dalla loro nascita l'intersezione di esigenze terapeutiche, istanze di controllo e politiche di gestione della dipendenza.

Proprio per questa varietà di visioni e di esperienze, spesso basate sul contesto, su come le politiche territoriali hanno determinato il modo migliore d'applicazione, sulle risorse a disposizione e sui bisogni che si sono presentati, i Servizi per le dipendenze ad oggi hanno spesso obiettivi comuni ma pratiche differenti. La rete che si è generata tra tutte le realtà che gravitano attorno alla cura e al supporto per le dipendenze agisce con fermezza, nonostante le molteplici visioni del problema e della sua cura. Di fatto, i programmi individualizzati sono sempre frutto di multidisciplinarietà; i percorsi di recupero hanno alti standard e, grazie anche alle strutture territoriali, vengono rispettati i valori di privacy e autodeterminazione. Questo perché, nell'ottica del successo terapeutico, alcuni modelli sono stati storicamente individuati come controproducenti, come nel caso della visione morale o di un approccio frammentato. Sono state invece consolidate, negli ultimi venti anni, pratiche organizzative e cliniche stabili e ripercorribili, forse proprio per questo meno fluide di quanto la realtà delle dipendenze richiederebbe.

Nonostante l'attuale pratica operativa, il mondo delle dipendenze è divenuto sempre più complesso da interpretare, permettendo raramente di individuare risposte efficaci ai problemi emergenziali che emergono in pochi anni di studi. La continua evoluzione delle dipendenze patologiche rende le risposte, in particolare istituzionali, una serie di "rattoppi" momentanei e non strutturali, legando talvolta le risposte dei Servizi all'agire contestuale degli operatori e territoriali nei bisogni. Nel manuale "Servizio Sociale e dipendenze patologiche" le dott.sse Centrano e Perino determinano la necessità di operare un'evoluzione, non unicamente nell'integrazione delle realtà che si occupano di dipendenza, ma anche nella ridefinizione di modalità e strumenti che, all'interno delle singole équipe, creino una cultura del lavoro aggiornata verso i nuovi bisogni. In una visione ottimistica dell'integrazione, quest'ultima non è unicamente una collaborazione tra Servizi accomunati da diagnosi o problemi, ma anche un ingranaggio che modifichi le routine terapeutiche in base ai casi specifici e con una visione, seppur specialistica, unita dalla stessa volontà riabilitativa (Perino e Centrano, 2013).

2.3 ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI IN RELAZIONE ALLA “COMORBILITÀ”

I modelli di collaborazione

Esiste una zona di sovrapposizione tra i pazienti dei Servizi per le dipendenze e per la salute mentale, un’interfaccia non ben definita che genera problematiche di appartenenza e di competenza e da cui nasce una non-chiaratezza dei limiti di responsabilità, degli obblighi istituzionali e del ruolo di collaborazione.

In questa prospettiva critica, il dott. Paolo Rigliano individua nella comorbilità un elemento capace di rimettere in discussione la storica separazione tra Servizi psichiatrici e Servizi per le dipendenze (Rigliano, 2003). Tale divisione, caratterizzata da linguaggi, tempi, soglie di accesso e criteri di presa in carico diversi, ha comportato, storicamente e teoricamente, anche *mission* diverse. La presenza di persone, con diagnosi di comorbilità, che non rientrano più per intero in una *mission* o nell’altra le costringe a frammentarsi, affidando alcuni bisogni ad un Servizio e altri all’altro, mentre alcuni rimangono in sospeso. I modelli collaborativi che si sono sviluppati nell’esperienza di SerD e CSM, secondo il dott. Rigliano, si possono riassumere in base all’efficacia che comportano.

Tra quelli meno funzionali si colloca il “modello dell’abbandono”, nel quale ogni Servizio diagnostica una sindrome per la quale non è tenuto ad intervenire poiché estranea al proprio mandato professionale. L’idea sottostante a questo sistema è che il paziente sia la somma di due diagnosi, comportando quindi due prese in carico separate, quando nella realtà i bisogni si intrecciano e necessitano di coerenza progettuale.

Un ulteriore rischio è l’assunzione del modello definito “Modello del *ping-pong*” tra Servizi, dove la persona “rimbalza” tra un’area e l’altra sulla base di giustificazioni cliniche. Ciò conferma e consolida nella persona la sensazione di essere abbandonato da coloro che dovrebbero effettuare il percorso riabilitativo; rappresenta quindi in partenza una premessa di fallimento. La difficoltà alla base del fenomeno del “ping-pong” tra Servizi è la definizione di una “priorità di cura” rispetto all’uno o all’altro Servizio. Un esempio è dato nel momento in cui una persona con doppia diagnosi viene ricoverata in SPDC per un’acuzie psichiatrica. Nel momento in cui emerge l’ulteriore diagnosi di dipendenza, il problema viene rilanciato al SerD, affinché curi questa questione “prioritaria” (Rigliano, 2003). In questi casi l’attribuzione della competenza di trattamento non si basa sulla priorità effettiva o sulle necessità della persona, quanto piuttosto sul tentativo, più o meno consapevole ed esplicito, di evitare la presa in carico.

Il successivo modello è quello dell'Assegnazione, caratterizzato da un'assenza di pensiero terapeutico o di criteri clinici, che fa sì che la persona sia affidata arbitrariamente ad un Servizio o ad un altro. La falla in questo caso affiora nel momento di definire i limiti e le competenze all'interno del progetto, quali le responsabilità decisionali e i percorsi ulteriori nel caso di successo o fallimento di ogni tassello terapeutico, lasciando tutto nelle mani di un singolo Servizio (Rigliano, 2003).

Un ulteriore modello che può caratterizzare le interazioni tra Servizi è il "Modello della comunicazione", con limiti simili ai precedenti modelli e in cui le responsabilità di confine non sono esplicite. In questo caso ci si affida ad un dialogo che, per quanto rassicurante, non ha le pretese di concretezza nel costruire una pratica condivisa. La decisionalità all'interno del trattamento riabilitativo, quando si avvale di un coinvolgimento multi disciplinare, non può infatti rimanere indefinita o senza una solida logica di fondo. Ciò è assimilabile anche al "Modello della consulenza esterna", che richiama in un Servizio un professionista di un'altra area o competenza con lo scopo di effettuare una consulenza *ad hoc*. In questo caso si può giungere ad una effettiva e buona collaborazione se l'intervento del professionista esterno diviene strutturato, continuo e riconosciuto nel tempo.

Gli ultimi due modelli che verranno descritti, ritenuti in generale i più efficaci nel trattare i casi di comorbidità, sono il risultato di una partecipazione strutturata tra i Servizi per le dipendenze e i Servizi di salute mentale. Il primo è il "Modello di compartecipazione": si sviluppa su più livelli e può prevedere una compartecipazione fissa e strutturata, per esempio, di uno psichiatra presso il SerD o una Comunità. Oppure nel caso in cui un Servizio si assuma la responsabilità ed il ruolo di garante nello svolgimento del programma, attivando l'altro Servizio su richiesta e affidandogli allora un ruolo di consulente.

Infine, l'ultimo modello, secondo l'autore Rigliano, il più auspicabile, è quello della condivisione: *"costituito da un sistema specifico con un'équipe stabile, organizzata, riconosciuta istituzionalmente con atto costitutivo, quindi con individuazione di personale, risorse economiche e competenze e responsabilità. Equipe stabile non vuol dire esclusiva, ma che quelle persone operano in una sede riconoscibile, con competenze, strumenti e responsabilità definiti in una cornice istituzionalmente determinata e quindi un'équipe con un compito specifico e non una mera somma di singoli operatori"* (Rigliano, 2003).

È evidente come sia necessaria, sempre di più, un'efficace integrazione tra i Servizi per le dipendenze e quelli dedicati alla salute mentale. Ciò però non risulta di facile compimento, almeno non nell'immediato, poiché il modello integrato presenta difficoltà nell'applicabilità quotidiana, a cui spesso si giustappongono ulteriori operazioni concrete e abitudinarie agli interventi integrati (Rigliano, 2003).

La produzione di quadri clinici complessi e non immediatamente identificabili, che necessitano di trattamenti riabilitativi gestiti da équipe pluri-professionali dei Servizi e di fasi di intervento, deve essere gestita in collaborazione anche con altre strutture socio-sanitarie e riabilitative del privato sociale. L'etichetta stessa di "modello integrato", come osservano Bignamini e collaboratori, raggruppa "attualmente una molteplicità di approcci, che sembrano non avere un pensiero guida unitario, ma rappresentare molteplici tentativi di intervento a livelli differenti, in realtà poco collegati tra loro". Questo modello, come sottolinea Rigliano, rappresenta ancora un'eccezione spesso lodata ma poco concreta che, assemblata per necessità, "senza una strategia di connessione tra opportunità terapeutiche e analisi della persona", non basta. La reale integrazione, opposta all'applicazione cieca di risposte già formate e all'unificazione amministrativo-burocratica, deve prima porsi nell'ottica dei singoli che possiedono le tecniche e le risorse e creare le condizioni temporali secondo scopi e piani unificati.

L'ulteriore livello di analisi dell'integrazione si sviluppa nell'organizzazione dei vertici clinici delle dipendenze e della salute mentale. La qualità delle relazioni, spesso interessate in modo parziale e statico, deve propendere per la diffusione di conoscenze trasversali al ruolo, rendendo "l'équipe di trattamento...unica per tutte le condizioni di dipendenza...in grado di integrare tutte le informazioni, le risorse e i trattamenti scelti per quel paziente" (Rigliano, 2003).

Ipotesi della "Tectologia"

I modelli attuali, che sottendono le pratiche cliniche e sociali dei Servizi per le dipendenze e della salute mentale, tendono a considerare le interazioni tra Servizi come legami che, una volta posti e dichiarati funzionali, restano statici o coprono parzialmente i bisogni che emergono nella quotidianità clinica. In questa prospettiva, può risultare utile introdurre una chiave di lettura che consenta di interpretare i Servizi non come entità separate, ma come parti di un sistema complesso di interazioni. L'interpretazione della teoria dell'autore

Alexander Bogdanov, la teoria della “Tectologia”, intesa come una scienza generale dell’organizzazione, permette l’analisi dei fenomeni in base alle relazioni tra i loro elementi. Secondo questa prospettiva, le criticità osservabili nella gestione di un fenomeno complesso quale la “Doppia Diagnosi”, non derivano esclusivamente dalle caratteristiche dei singoli Servizi, ma dalle modalità con cui essi interagiscono, si sovrappongono e si coordinano all’interno di un sistema relazionale più ampio.

Questa teoria può essere considerata un’anticipazione della “Teoria dei Sistemi”, la cui impostazione trova un importante sviluppo nel lavoro del biologo Ludwig von Bertalanffy. Quest’ultimo, con la formulazione della *General System Theory*, ha proposto una lettura dei fenomeni complessi come sistemi aperti, caratterizzati da interdipendenza e continuo *feedback* da parte del contesto.

Concependo la “Tectologia” non più come una filosofia astratta, ma come disciplina poetica per navigare il caos e costruire sistemi stabili in un universo in costante mutamento, essa anticipa la complessità moderna, offrendo chiavi di lettura per sfide che aiutino a riflettere sull’importanza dell’attraversamento delle barriere disciplinari, mirando ad un approccio metodologico integrato. L’adozione di un’ottica sistemica consente quindi di reinterpretare fenomeni come il “rimbalzo” tra Servizi e la frammentazione della presa in carico non come semplici disfunzioni organizzative, ma come esiti di un sistema caratterizzato da connessioni non sufficientemente coordinate. Esempi di strumenti pratici, come la riunione d’équipe, se associati a modelli poco funzionali nei casi complessi, come quello della Comunicazione, rischiano di esprimere formalmente decisioni condivise ma senza vincoli chiari e responsabilità strutturate all’obiettivo. Allo stesso modo, rendere paralleli i progetti terapeutici e la presa in carico tra Servizi per le dipendenze e quelli della salute mentale può risultare in un dialogo incoerente tra le due specializzazioni, in assenza di obiettivi allineati e di un coordinamento sistemico.

In questa prospettiva, la difficoltà dei modelli integrati risiede nella complessità di costruire e mantenere relazioni organizzative stabili tra Servizi caratterizzati da differenti mandati istituzionali. Infine, la lettura “tectologica” proposta non sostituisce i modelli organizzativi precedentemente descritti, ma ne rappresenta una possibile interpretazione utile a comprendere la complessità, in particolare tra Servizi che si occupano della presa in carico duale, senza ridurla a un’omologazione o diluizione delle competenze specialistiche.

3. ASSISTENTE SOCIALE E DOPPIA DIAGNOSI

L'Assistente sociale ricopre un ruolo ed una prospettiva significativi nella comprensione della doppia diagnosi e delle sue implicazioni operative all'interno dei Servizi, contribuendo alla definizione degli strumenti, pratici ed etici, che possono rendere la presa in carico di coloro che presentano comorbidità partecipativa ed efficace. Il suo intervento non comprende il piano strettamente clinico, ma aiuta a focalizzare: le cause, l'interazione tra dimensioni contestuali ed individuali, le possibili modalità d'integrazione dei Servizi e la gestione della complessità.

In questa prospettiva il seguente capitolo intende analizzare gli aspetti metodologici ed operativi che fanno dell'assistente sociale un "professionista di confine", secondo la definizione di Silvia Fargion nel suo testo "Il metodo del servizio sociale". Tale posizione implica la capacità di interagire con situazioni ad alta variabilità e con casi multiproblematici. Inoltre, questa ricerca sottolinea le possibilità che possono emergere dal suo mandato professionale in un'ottica di *collante operativo* tra i Servizi che si occupano della presa in carico duale, quali SerD e CSM, nell'obiettivo deontologico del corretto ed equo accesso alle strutture di cura e alla prospettiva di rete indirizzata a cogliere i bisogni emergenti.

Guardando al ruolo dell'assistente sociale, è importante sottolineare che questa posizione di confine, se da un lato rappresenta una risorsa, dall'altro rischia di trasformarsi in una funzione compensativa rispetto alle carenze strutturali del sistema dei servizi, più che in un ruolo formalmente riconosciuto e sostenuto. L'attuale realtà, come analizzato in precedenza, comporta il confronto con aspetti di fatto strutturali, ma anche singoli e comunitari, che possono convergere o meno nell'obiettivo di rispondere ai bisogni della casistica duale.

3.1 METODOLOGIA

Approccio Trifocale

Uno dei principali riferimenti metodologici del servizio sociale viene definito come dimensione "trifocale" e affiora dalla sfida di collegare i differenti livelli di intervento

sociale. Il suo obiettivo è osservare le situazioni complesse sempre da più prospettive: quelle singole delle persone, quelle più ampie del contesto sociale e quelle istituzionali (Ferrario, 2004). Lo scopo nell'adottare questa metodologia è di evitare l'interpretazione semplificante delle problematiche e il rischio di scaricarne le responsabilità sociali sui singoli individui, definendo i problemi come limiti o difetti della persona (Fargion, 2013). Questa impostazione si colloca anche in continuità critica rispetto ad altri modelli presenti nella storia del nostro paese e che hanno fatto parte delle radici del Servizio sociale. In particolare, il modello del *case work*, dominante sino agli anni '70 del Novecento, che è stato coinvolto in una fase di rifiuto e riformulazione dei saperi della professione, proprio perché ritenuto eccessivamente incentrato sul singolo caso. Quest'ultima interpretazione, pur essendo configurata per fornire risposte individuali e anche progettuali in relativamente poco tempo, tendeva a colpevolizzare coloro che nella realtà sono vittime di problemi strutturali o sociali, specialmente di classe, come nel caso della povertà o della disoccupazione. Non considerando sufficientemente il contesto sociale in cui il bisogno si sviluppa, non vi è peraltro la necessità di attivare azioni sociali su specifiche aree connesse alle problematiche affrontate. Assumere un approccio trifocale significa, invece, secondo Silvia Fargion, partire dalla richiesta individuale, ma senza esaurirla in essa, riconoscendo che il bisogno espresso e portato dalla persona *"può essere visto come un fenomeno sociale più ampio"*, una somma di problematiche probabilmente invisibili se ci si focalizzasse unicamente sui singoli (Fargion, 2013). L'approccio trifocale giunge quindi dalla persona alle politiche sociali, comportando l'attivazione di percorsi e progetti su più livelli.

Nello specifico caso della doppia diagnosi, questa metodologia assume una rilevanza particolare data la compresenza di disturbi psichiatrici e problematiche di dipendenza. Questa casistica, infatti, rende più complessa una comprensione unitaria della situazione, esponendola al rischio di interpretazioni parziali e individuali, piuttosto che strutturali. Un approccio unicamente incentrato sugli aspetti clinici o su quelli sociali non renderebbe la complessità reale che, con una visione dal micro individuale al macro istituzionale, permette invece alla prospettiva trifocale di tenere insieme i diversi livelli dei casi duali. Un esempio pratico che permette di cogliere la differenza tra i due approcci descritti è dato, in una persona con doppia diagnosi, da un'ipotesi di comorbilità tra un disturbo depressivo e l'uso problematico di sostanze. Questo caso è, tra le differenti casistiche duali, molto

frequente e complesso da individuare (Chianura et al., p.119; 2005)¹⁵. Nell'affrontarlo esclusivamente con un'interpretazione individuale, si potrebbe classificare il problema come un'incapacità personale di gestire le emozioni, come mancanza di motivazione al cambiamento o come derivante da una delle due diagnosi. Un approccio trifocale, considerando contemporaneamente più livelli, permette di cogliere: la dimensione individuale (la sofferenza psichica e il consumo di sostanze), quella relazionale e comunitaria (la presenza di reti familiari o sociali fragili o assenti) e quella strutturale (accessibilità ai servizi, eventuale frammentazione delle prese in carico tra i Servizi). Le azioni che ne derivano sono, in modo diretto o indiretto, influenti su tutti i livelli che la persona vive e includono l'attivazione delle risorse personali del soggetto, senza escludere interventi incentrati sul singolo, su reti familiari sino ad altre strutture territoriali, cercando di costruire una lettura più coerente della situazione.

Allo stesso tempo, nella considerazione della metodologia trifocale, è necessario distinguere tra l'impostazione teorica e quella pratica. Quest'ultima, in particolare nell'organizzazione tra Servizi, è spesso caratterizzata da divisioni tra le aree di competenza e ambiti differenti. Il ruolo dell'assistente sociale, con l'aiuto del suo bagaglio pratico, dovrebbe permettere l'uscita dai confini strettamente specialistici e creare nessi metodologici a livelli differenti del bisogno. Nei casi complessi le necessità professionali possono sovrapporsi, anche se l'assistente sociale, coerentemente con la deontologia professionale e con i limiti operativi del Servizio, evita scrupolosamente lo sconfinamento tra ambiti e competenze. Tuttavia, l'esigenza di orientare gli interventi alla cura e al benessere della persona può tradursi in una responsabilità attiva nella costruzione di una cultura condivisa del lavoro sociale, nella quale l'assistente sociale assume un ruolo di "collante operativo" tra Servizi ed enti.

Un ulteriore aspetto utile ad un professionista assistente sociale nella comprensione della comorbidità tra disturbi è l'assunzione di una "prospettiva del recupero" o *Recovery Approach*. L'applicazione del modello di recovery è spesso associata ad un cambio di paradigma nella percezione, in particolare del malato mentale, da persona senza scopi o progettualità a persona con possibilità di risoluzione totale o parziale della sintomatologia. Il concetto fondamentale di *Recovery* si esprime non con la scomparsa della malattia, ma

¹⁵ "nella popolazione americana, che presenta diagnosi per disturbi dell'umore, si stima che circa il 42% di questi pazienti presenta nel corso della vita una qualche forma di abuso o dipendenza." (Chianura et al., Comorbidità psichiatrica e abuso di sostanze, p.119)

piuttosto nel rispecchiare le abilità perdute con la malattia e nel recupero di un ruolo valido e soddisfacente all'interno della società (Carozza, 2006). Per Liberman e Kopelowicz (2005) “le persone sono in Recovery quando i sintomi della loro malattia non interferiscono con il loro funzionamento nella vita quotidiana”. L'assistente sociale, nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, assume quindi un ulteriore ruolo di accompagnatore verso la maggior autonomia fisica, psicologica e sociale, collaborando con i professionisti, Servizi ed enti competenti in ogni ambito della persona. Nella specifica relazione con coloro che presentano una doppia diagnosi è fondamentale non dimenticare che il percorso di cura, nel momento di incontro tra professionista e persona, è spesso l'esito di costanti passi avanti ma anche di abbandoni. L'inserimento di una prospettiva di *Recovery*, come quella basata sulle risorse o *Strengths Perspective* ¹⁶, porta i professionisti a “comprendere che le persone, comunque provate o malate, sono sopravvissute e in alcuni casi anche cresciute nelle difficoltà, hanno fatto dei passi, hanno raccolto delle risorse e hanno fronteggiato la situazione” (Fargion, 2013).

L'assistente sociale sostiene quindi la persona nel raggiungimento dei propri obiettivi e delle proprie aspirazioni di autorealizzazione, nei limiti economici e strutturali del Servizio di appartenenza. A tal fine, attiva reti multilivello (trifocali) e pone al centro del suo intervento la persona e la sua dignità, anche attraverso i principi etici dell'accettazione e dell'autodeterminazione. La necessità della doppia diagnosi di avere un approccio integrato, multidimensionale e non riduzionista trova nella prospettiva trifocale e in quella della Recovery il rifiuto delle letture riduttive del disagio, costruendo interventi che tengano insieme vulnerabilità individuali, reti relazionali e responsabilità istituzionali.

3.2 STRUMENTI OPERATIVI

L'assistente sociale, nell'ambito della doppia diagnosi, opera all'interno di una complessa rete che coinvolge Servizi specialistici, professionisti di molteplici aree ed enti del territorio. La presenza di competenze diversificate e di interventi frequentemente frammentati colloca il professionista entro limiti strutturali, etici e metodologici definiti. Come descritto nell'analisi trifocale del bisogno, la specificità della professione emerge nella capacità di operare in ognuno dei tre livelli e, nel migliore dei casi, creare nessi tra

¹⁶ “potrebbe essere tradotta come la “prospettiva centrata sui punti di forza”, il cui ideatore riconosciuto è Saleebey (1992)” (Fargion, 2013)

persona, comunità e istituzione. Gli strumenti operativi che l'assistente sociale possiede assumono così una funzione trasversale, con lo scopo di favorire continuità, integrazione e accesso alle risorse territoriali.

Il Colloquio

Lo strumento operativo per eccellenza del Servizio sociale, il colloquio, è definito “una conversazione che ha uno scopo preciso, accettato reciprocamente dai partecipanti” (Kadushin, 1980). Ciò che lo differenzia da una semplice conversazione è l'intenzionalità che definisce l'interazione, posta dal professionista ad una molteplicità di scopi. Il colloquio professionale è quindi *“una forma di conversazione interpersonale guidata dall'assistente sociale al fine di instaurare con la persona una relazione che favorisca la comprensione reciproca della situazione in esame, che permetta inoltre di intravedere soluzioni e motivi gli interessati nella realizzazione dei compiti connessi alle soluzioni prospettate”* (Dal Pra Ponticelli, 1987).

Gli scopi derivanti da un colloquio per l'assistente sociale, in un caso di doppia diagnosi e multi problematicità, sono differenti dai colloqui strettamente clinici o psicodiagnostici. L'obiettivo principale consiste nell'istaurare una relazione con la persona, comprendendone il disagio, la sofferenza psichica e le problematiche di dipendenza, individuando concretamente come esse influenzino le diverse aree di vita del soggetto. Inoltre, è compito del professionista a colloquio ricostruire i rapporti esistenti tra persona, contesto sociale e rete dei servizi. Per adempiere alla sua professione, l'assistente sociale che si confronta con un disagio di questo tipo, in particolare psichico, deve, secondo il dott. Santino Cambria, autore del testo “Tossicodipendenza e servizio sociale, elementi di psichiatria delle tossicodipendenze”, saper conoscere e saper usare al meglio lo strumento del colloquio. Gli elementi che caratterizzano un colloquio efficace, nel caso di confronto con una persona con doppia diagnosi, sono:

- Non imporre il proprio linguaggio e i propri bisogni, ponendosi in posizione in ascolto attivo;
- La creazione di uno spazio/setting adeguato, protetto e riservato per l'accoglienza della persona;

- La gestione temporale, di cui è responsabile il professionista che conduce il colloquio, deve comprendere un tempo definito in quattro fasi (sociale, di indagine, interattiva e di definizione degli obiettivi ¹⁷) senza elementi di fretta;
- La presenza di un riferimento teorico e metodologico che orienti l'agire professionale, oltre alla conoscenza delle tecniche e degli strumenti per la gestione del colloquio;
- La definizione delle finalità che, secondo il dott. Cambria, nel caso dell'interazione con un disagio come la doppia diagnosi, diviene "l'avere come finalità il cogliere la realtà psichica dell'altro".

Inoltre, l'analisi e la raccolta di dati nel caso della doppia diagnosi possono differenziarsi nell'attenzione posta a determinati elementi, rispetto ad un colloquio con altre tipologie di problematiche. In particolar modo è utile all'assistente sociale incentrare il proprio focus su: elementi di rilievo psicologico che il soggetto ci fornisce implicitamente (come il vestiario, l'eloquio e il tono dell'umore), esaminare le modalità comunicative e di pensiero ¹⁸ della persona, utile a orientare la comprensione della situazione e l'eventuale coinvolgimento di figure cliniche competenti e, di rilievo, è anche la relazione del soggetto rispetto all'ansia (Cambria, 2004; pp. 22-26).

Questi elementi permettono di sviluppare sospetti significativi dal punto di vista psicopatologico se, come nel caso del primo colloquio, si possiedono poche o nulle informazioni. Essenziali note di psicopatologia consentono inoltre al professionista assistente sociale di comprendere con chiarezza gli scritti che, sempre senza sfociare in ambiti fuori dalla propria competenza, si presentano all'interno di una cartella clinica specialistica, da cui trarre conseguenze rilevanti per la gestione di una presa in carico con caratteristiche di comorbidità. Il colloquio assume quindi, nell'ambito della doppia diagnosi, una funzione non soltanto conoscitiva ma anche relazionale, permettendo all'assistente sociale di collegare la sofferenza individuale, il contesto relazionale della persona e la rete dei servizi coinvolti nella presa in carico.

¹⁷ Fase sociale: fase di accoglienza in cui si mette l'utente a proprio agio; fase di indagine: fase in cui si cerca di dare un nome al problema; fase interattiva: fase in cui si individuano i soggetti coinvolgibili nel processo di aiuto, con particolare riferimento al sistema familiare; fase di definizione degli obiettivi: fase in cui si stabiliscono gli obiettivi da raggiungere e i relativi compiti (Lenarduzzi, s.d.; https://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/strumenti_del_servizio_sociale.htm)

¹⁸ Il pensiero può avere due tipi fondamentali di disturbo: il disturbo della *forma* del pensiero (es. deragliamento, rallentamento e mancanza di nessi), o il disturbo del *contenuto* del pensiero, inquadrabile nel delirio (ambito della paranoia, dell'idea prevalente o ossessiva) (Cambria, 2004 p.24-25).

Case Manager

Silvia Fargion, analizzando la figura dell'assistente sociale all'interno dei Servizi, evidenzia come il professionista disponga di un potere limitato rispetto alle strutture organizzative in cui opera. Sottolinea tuttavia la fondamentale necessità di conoscere il contesto organizzativo e l'impatto che questa consapevolezza genera sulle pratiche di intervento. Ciò costituisce la base che permette all'operatore di utilizzare il proprio margine d'azione in un'ottica di riduzione delle barriere di accesso e di rispetto dei diritti della persona (Fargion, 2013; p.54).

La funzione nella quale l'assistente sociale realizza maggiormente il suo ruolo di "collante operativo" è quella di "*Case manager*" o di responsabile del caso. Nell'ottica di strumento operativo, il case management permette alla persona presa in carico di accedere più facilmente alle informazioni e alla conoscenza circa la propria posizione e di sviluppare una maggiore partecipazione decisionale. In questa prospettiva il professionista assume una funzione di raccordo tra il soggetto, i Servizi e la rete territoriale (Gasparre, 2005). Significa quindi selezionare i casi in cui la persona presa in carico trarrebbe beneficio da un intervento multidisciplinare e di coordinamento esteso a più Servizi. La trattazione degli aspetti organizzativi, valutati e scelti con la persona, verrebbe affidata al case manager che strutturerebbe, coerentemente con i bisogni, un progetto individualizzato e flessibile. Nello svolgimento di ogni passaggio verrebbero al contempo effettuate valutazioni e monitoraggi volti ad assicurare una continuità tra le prestazioni erogate dai diversi Servizi, in modo da rendere la presa in carico unitaria (similmente alla realtà britannica) (Dente, 2013; p. 28).

Inoltre l'assistente sociale stesso, per le sue caratteristiche professionali, ha in sé "tutti i presupposti etico-valoriali e di responsabilità, nonché conoscenze specifiche per...agire in più vesti:...dall'accoglienza alla presa in carico, fino agli aspetti organizzativi-gestionali" (Dente, 2013; p. 24). Ciò comporta, nella funzione manageriale, una nuova spinta innovativa e generativa all'organizzazione; per cui gli assistenti sociali "possono aiutare a comprendere / interpretare la complessità della domanda sociale" (Dente, 2013; p. 24).

Nel caso della doppia diagnosi, questo ruolo riveste un'importanza essenziale per la continuità della cura (*long-term care*), la riduzione della frammentazione degli interventi ed evitare fenomeni di "rimbalzo" tra Servizi. Uno studio pubblicato sul "*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*", riguardo "il contenuto del lavoro dei case manager, le

modalità di erogazione dei servizi e la loro relazione con l'esito per il paziente”, ha evidenziato come le attività di intermediazione e pianificazione svolte dal *case manager* siano associate ad esiti positivi, in particolare rispetto alla riduzione dei sintomi psichiatrici e al miglioramento della rete sociale dei pazienti (Björkman, Hansson, 2000).

Lo strumento del case management non risulta tuttavia privo di limiti. La sua efficacia è particolarmente legata alle risorse territoriali disponibili (Burns T., 2000), alle competenze dell'operatore incaricato come case manager e alla reale collaborazione tra professionisti e Servizi. Il case management non rappresenta quindi di per sé una soluzione definitiva alla frammentazione organizzativa, ma può risultare particolarmente efficace se strettamente collegato alla reale integrazione istituzionale e alla disponibilità di risorse, orientate alla continuità della presa in carico nella doppia diagnosi.

Advocacy Istituzionale

Collocarsi nell'ottica di comprensione del contesto, composto da indirizzi di politiche sociali, e dare voce a quei bisogni emergenti che l'operatore sul campo coglie in prima persona è indispensabile per l'assistente sociale. Nonostante si possa pensare che un professionista assistente sociale, a confronto con quello che sembra un dato oggettivo, cioè la dimensione istituzionale e delle politiche, abbia un potere pressoché nullo, una delle dimensioni fondamentali della professione è proprio porsi in dialogo critico con esse. Negoziare con i livelli superiori significa rappresentare le esigenze delle persone che si rivolgono ai Servizi e influenzare le stesse politiche di accesso.

Per fare ciò è indispensabile, come professionista, possedere una conoscenza approfondita di leggi e procedure rispetto ai diversi ambiti di intervento, dato che è la legislazione stessa a determinare gli spazi e i limiti dell'operato professionale, in particolare nel momento in cui si assume un ruolo all'interno di un Servizio (Fargion, 2013).

Lo sviluppo dell'*advocacy* e di un ruolo attivo nei processi di costruzione delle linee di politica sociale non risulta semplice per il singolo assistente sociale. Tuttavia, proprio a partire dall'accesso ai Servizi si sviluppa la consapevolezza della propria posizione e della

necessità di opporsi alle politiche esclusive o limitanti (Fargion, 2013), come previsto inoltre dal Codice deontologico ¹⁹ della professione.

Nel caso della doppia diagnosi, assumere un ruolo di advocacy è particolarmente rilevante quando orientato a generare politiche di integrazione e contrasto al fenomeno di “rimbalzo” tra i Servizi per la salute mentale e quelli per le dipendenze. Significa perciò rappresentare il punto di vista e i diritti delle persone che vivono una condizione di comorbidità, contribuendo a ridurre lo stigma sociale e facilitarne l’accesso ai Servizi. Infine, promuovere la continuità della presa in carico tra i diversi Servizi comporta evitare che l’azione proattiva nei confronti delle politiche organizzative venga ridimensionata dalla prevalenza di logiche burocratiche.

3.3 PRESA IN CARICO DELLA DOPPIA DIAGNOSI E POSSIBILITÀ PROFESSIONALI

L’Assistente sociale, all’interno dei Servizi specialistici che gravitano attorno alla problematica della doppia diagnosi, compone la sua presa in carico e i suoi strumenti operativi con elementi condivisi. Il professionista, presente nei SerD e nei CSM partecipa infatti attivamente alla vita della persona con una diagnosi duale, orientandola in primo luogo attraverso gli strumenti del colloquio e della valutazione, verso i Servizi ed enti esterni in grado di fornire al paziente l’assistenza individuale di cui necessita. Per fare ciò l’assistente sociale prende parte ad una serie di collaborazioni territoriali, collegando persona, Servizi ed Istituzioni, basate su contatti più o meno frequenti. Gli strumenti operativi principali comprendono: l’UVMD (Unità valutativa multidimensionale distrettuale), le riunioni d’équipe intra e fuori il suo Servizio di appartenenza e infine, a livello comunale, il Piano di zona (strumento di programmazione triennale), in collaborazione con le Aziende sanitarie locali. Questo lavoro di équipe multilivello rende

¹⁹ Codice deontologico dell’assistente sociale, Titolo V, art. 39:

“L’assistente sociale contribuisce a promuovere, sviluppare e sostenere politiche sociali integrate, finalizzate al miglioramento del benessere sociale e della qualità di vita dei membri delle comunità, con particolare riferimento a coloro che sono maggiormente esposti a situazioni di fragilità, vulnerabilità o a rischio di emarginazione, tenuto conto del livello di responsabilità che egli ricopre e in funzione degli effetti che la propria attività può produrre”.

Codice deontologico dell’assistente sociale, Titolo VII, art. 50:

“L’assistente sociale contribuisce all’appropriatezza, all’efficacia, all’efficienza, all’economicità, all’equità e alla qualità degli interventi, nonché al miglioramento delle politiche e delle procedure della propria organizzazione di lavoro. Contribuisce, in funzione delle proprie attribuzioni e responsabilità, alle azioni di pianificazione e programmazione, anche mettendo a disposizione i dati e le evidenze relative alla propria attività professionale”.

possibile una maggiore integrazione tra le conoscenze professionali di ogni ambito, centrale nella definizione di un progetto terapeutico individualizzato per la persona che presenta una doppia diagnosi.

La collaborazione che genera un'assistente sociale del SerD o del CSM può estendersi in particolare verso l'ambito giudiziario, come nel caso dell'UEPE (Ufficio di esecuzione penale esterna), verso i Servizi sociali del Comune di residenza della persona coinvolta e verso strutture riabilitative. Queste ultime, fondamentali nella costruzione dei programmi individuali, specialmente nell'ambito delle dipendenze, collaborano con l'assistente sociale coordinando la cura della persona con la ripresa delle capacità sociali e lavorative, attraverso progetti di reinserimento, di formazione professionale e di attività sociali. Tra queste strutture si distinguono principalmente le Comunità terapeutiche o di doppia diagnosi e le strutture residenziali o semiresidenziali accreditate.

Elementi di presa in carico delle persone con doppia diagnosi

Un esempio ipotetico di collaborazione tra Servizi, nell'attuale livello di integrazione della presa in carico duale, può riguardare una persona con doppia diagnosi seguita dall'UEPE (Ufficio di esecuzione penale esterna). In situazioni di questo tipo il Servizio sociale si confronta frequentemente con condizioni caratterizzate da compresenza di disturbi psichiatrici, uso problematico di sostanze e fragilità sociali, che richiedono il coordinamento tra differenti Servizi territoriali. In tali percorsi possono essere coinvolti SerD, CSM, SPDC e, nei casi di maggiore complessità clinica e giuridica, anche REMS o altre strutture specialistiche, con l'obiettivo di garantire contemporaneamente continuità terapeutica, tutela della persona e rispetto delle prescrizioni giudiziarie. Il contatto con il sistema dei Servizi può svilupparsi attraverso accessi ripetuti al Pronto soccorso, invii territoriali o prese in carico psichiatriche pregresse, delineando progressivamente un quadro di comorbidità che necessita di un progetto integrato. In tali situazioni il ruolo dell'assistente sociale consiste anche nel favorire la comunicazione tra Servizi differenti, sostenere l'aderenza al percorso e contribuire alla costruzione di interventi coerenti con i bisogni clinici, relazionali e sociali della persona.

L'evoluzione del percorso dipende da molteplici fattori: continuità terapeutica, condizioni sociali, presenza di reti di supporto e adesione ai programmi di cura. In alcuni casi un miglioramento clinico e sociale può favorire maggiori livelli di autonomia; in altri, la

persistenza di condizioni di rischio o di grave compromissione può comportare interventi maggiormente contenitivi o protettivi.

In questo caso l'integrazione tra Servizi emerge soprattutto in presenza di vincoli giuridici, prescrizioni dell'autorità giudiziaria o responsabilità di cura legate alla tutela della persona e della collettività. In tali casi la necessità di coordinamento tra Servizi sanitari, sociali e giudiziari risulta maggiormente strutturata e formalizzata. Nell'ottica giuridica l'assistente sociale operante nell'UEPE può assumere momentaneamente (nel corso dello svolgimento della pena) un ruolo simile al *case manager*, facendo le veci della volontà giuridica; può infatti divenire mediatore tra i Servizi e, nelle équipe organizzative, tendere a creare un contesto specializzato, dove i saperi di SerD, CMS, comunità e, nel migliore dei casi, anche familiari, convergono.

Tuttavia, gran parte delle prese in carico delle persone con doppia diagnosi non si sviluppa all'interno di contesti caratterizzati da obblighi istituzionali così definiti. Nei percorsi ordinari, infatti, l'integrazione tra SerD, CMS e rete territoriale dipende frequentemente dalla disponibilità delle risorse, dalla collaborazione tra professionisti e dalla capacità dei Servizi di costruire progettualità condivise, elementi che possono rendere la continuità della presa in carico più fragile e disomogenea.

Ogni professionista presente nei Servizi di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze, come negli enti e nelle comunità che hanno a che fare con la comorbidità, dovrebbe effettuare la presa in carico tenendo in considerazione che le persone con doppia diagnosi sono pazienti ad alto rischio, che presentano percorsi spesso con più ricadute (Fioritti e Solomon, 2002), ospedalizzazioni e una maggiore incidenza di comportamenti suicidari. Tali rilevazioni emergono a causa dell'abuso di sostanze (in particolare l'alcol) in concomitanza con disturbi mentali che rappresentano importanti fattori di rischio.

Per Fioritti e Solomon, inoltre, non esiste un trattamento standard unico per le persone con doppia diagnosi e sono perciò necessari progetti individualizzati che integrino i Servizi coinvolti, sulla base delle caratteristiche diagnostiche e specifiche della persona. Nello specifico "I pazienti con doppia diagnosi necessitano di programmi speciali che integrino e coordinino elementi del processo di trattamento della malattia psichiatrica e della tossicodipendenza" (Fioritti e Solomon, 2002).

Diverse ricerche hanno individuato delle buone pratiche di presa in carico nei casi di persone con una doppia diagnosi, per affrontare le caratteristiche che rendono più

complesso il percorso di cura e l'integrazione necessaria tra i Servizi. Deruvo e collaboratori individuano, nei seguenti aspetti, gli elementi portanti di una presa in carico duale:

- Considerare il trattamento di queste persone un *processo dinamico*, un decorso caratterizzato da frequenti ricadute ed esacerbazioni, ancora maggiore di quanto non sia per i soggetti con una sola diagnosi;
- Il trattamento individualizzato deve essere basato sui problemi specifici di ciascun paziente, valutando di volta in volta varie forme di “terapia medica e psicologica, di *counseling*, interventi psico-educazionali, gruppi di auto mutuo aiuto e servizi sociali di sostegno” (Deruvo et al., 2005);
- Lo scopo del trattamento delle persone con doppia diagnosi non è differente dal trattamento di persone con altre condizioni di disagio: “ritornare ad un benessere individuale e ad un funzionamento sociale valido nella famiglia e nella comunità, ad un livello commisurato al potenziale del paziente” (Deruvo et al. 2005);
- Elemento cruciale per ottenere risultati nel trattamento è una durata adeguata, spesso coincidente con una presa in carico caratterizzata da interventi di lunga durata, dato che entrambe le diagnosi di disturbo psichiatrico o di abuso di sostanze possono essere condizioni croniche o sub-croniche, che comportano quindi alti rischi di ricaduta.
- Più gli schemi di trattamento per le due condizioni cliniche sono integrati, migliori sono le possibilità di successo (Deruvo et al. 2005);
- Un trattamento efficace inizia con una valutazione completa, necessaria nel comprendere i rischi di aggravamento del disturbo, indagando tutti gli aspetti clinici e psico-sociali;
- I pazienti con disturbi da abuso di sostanze spesso generano sentimenti e pensieri negativi da parte dei professionisti socio-sanitari, poiché si tratta di persone che perdono il controllo, non seguono i consigli e non rispettano orari o scadenze. L'importante è evitare una *relazione di contrapposizione* se si vuole evitare di creare premesse per un fallimento terapeutico. Inoltre, coloro che presentano una doppia diagnosi spesso esibiscono tratti di personalità narcisistici, borderline, antisociali o istrionici, i quali generano atteggiamenti ambivalenti nei confronti del trattamento e per i quali le persone tendono ad avere reazioni di distanziamento o difficoltà relazionali.

Alla luce delle evidenze emerse dalla letteratura analizzata è quindi possibile individuare percorsi operativi utili alla costruzione di modalità assistenziali rivolte alle persone con doppia diagnosi. Tali approcci richiedono agli operatori dei Servizi capacità di flessibilità, pragmatismo e il superamento di modelli ideologici ormai non più adeguati o eccessivamente frammentati. Diviene necessario adottare una prospettiva complessa, orientata all'integrazione tra differenti competenze professionali e al rispetto delle specificità di ciascun ambito di intervento. L'integrazione, infatti, non implica la confusione dei ruoli né l'idea che le professionalità coinvolte siano indistinte, ma presuppone collaborazione e riconoscimento reciproco (Bellio, 2005). In particolare, nell'ambito professionale dell'assistente sociale l'utilizzo del "trattamento integrato", inteso come trattamento che accoglie nello stesso setting e nello stesso momento le due patologie (Minkoff, 1989; Rigliano, 2003), dimostra risultati promettenti e migliori, rispetto ad altri modelli. Secondo le ricerche di Drake e collaboratori (Drake et al., 1997) i principali elementi emersi e risultati come maggiormente efficaci nel trattamento integrato sono: la partecipazione familiare all'intervento, che migliora il monitoraggio e diminuisce le ospedalizzazioni, l'utilizzo della pratica di case management, lo strumento della consulenza cognitivo-comportamentale e la possibilità di effettuare trattamenti a lungo termine. L'insieme delle pratiche descritte, dalle modalità di presa in carico agli elementi più funzionali in ambito di ricerca della doppia diagnosi, costituisce un quadro capace di indirizzare il professionista assistente sociale verso uno sviluppo significativo dei percorsi di cura.

In tale prospettiva, la costruzione di percorsi realmente integrati per le persone con doppia diagnosi continua tuttavia a confrontarsi con limiti concreti: la frammentazione tra gli ambiti specialistici sanitari, la disomogeneità territoriale delle risorse e la carenza di strumenti condivisi di valutazione e progettazione rischiano spesso di interrompere la continuità degli interventi. Situazioni come dimissioni ospedaliere prive di un raccordo tempestivo con i Servizi, le difficoltà di coordinamento tra SerD e CSM e l'interruzione dei trattamenti per mancanza di risorse (come, per esempio, nella carenza sia di Comunità di doppia diagnosi sia di posti al loro interno) mostrano come l'integrazione sia ancora un processo fragile, spesso affidato alle capacità dei professionisti o singoli Servizi di costruire reti operative efficaci. Infine, il trattamento integrato rappresenta in questo senso una sfida organizzativa, culturale ed istituzionale che richiede investimenti, formazioni condivise e una ridefinizione delle modalità di collaborazione tra Servizi.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro di tesi ha permesso di approfondire alcuni degli interrogativi che hanno caratterizzato il mio percorso svolto nei due moduli di tirocinio, presso l'ufficio di esecuzione penale esterna e presso il Servizio per le dipendenze. Questi miei dubbi si riferivano spesso alle tematiche di collaborazione tra i Servizi ed enti territoriali, ai compiti dell'assistente sociale inteso come "collante operativo" e creatore di reti e, infine, al perché determinate problematiche, in questo caso la doppia diagnosi, rendessero più complesso un percorso continuativo ed un accesso alle cure garantito. Il *fil rouge* che ha permesso di interpretare tali questioni è stato da subito l'integrazione, intesa nei suoi esiti positivi, quali: la condivisione del sapere professionale tra ambiti specialistici differenti, la collaborazione attiva tra tutti coloro che partecipavano alla cura della doppia diagnosi e la lettura di un problema complesso, sia nella diagnosi che nell'organizzazione, dal punto di vista dell'assistente sociale.

Allo stesso tempo, il tema della doppia diagnosi ha coinvolto un altro ambito legato alla mia personale curiosità professionale, il campo della salute mentale, che seppur io non abbia sperimentato direttamente, ha costituito un elemento di fondamentale interesse per il mio percorso universitario. Questo ambito si è distinto in particolare entrando in contatto con la materia psichiatrica che, nell'ottica del Servizio sociale, evidenziava criticità analoghe a quelle che avevo potuto osservare in prima persona negli altri Servizi.

L'esperienza presso l'UEPE in particolare mi ha consentito di assumere una posizione differente rispetto al problema integrativo che la doppia diagnosi crea nei Servizi specialistici. La collaborazione infatti, necessaria ad assolvere le richieste legislative, creava un esempio che ho ritenuto positivo, cioè ambienti di costante confronto tra SerD e CSM, ma anche tra i Servizi comunali, le realtà territoriali, come Comunità terapeutiche ed enti del terzo settore, e le istituzioni.

La ricerca di risposte che potessero generare una reale integrazione ha, in questo elaborato, posto l'attenzione prima di tutto su cosa significasse la "Doppia diagnosi", approfondendo i manuali diagnostici più utilizzati (ICD e DSM), confrontando le possibili interpretazioni del fenomeno e le difficoltà diagnostiche che la caratterizzano tutt'ora. L'analisi condotta conferma che la doppia diagnosi rappresenta un unico sistema complesso, dove la sofferenza psichica e l'abuso di sostanze si alimentano a vicenda, rendendo inefficace la maggior parte degli interventi che tentino di curare i due disturbi in modo isolato. Per dimostrare ciò sono state illustrate le differenze sostanziali tra i saperi e la storia dei Servizi

per le dipendenze e i Servizi di salute mentale, partendo dai concetti fondanti le due aree specialistiche, cioè la dipendenza e la psichiatria. Evidenziando le tappe fondamentali del loro sviluppo semantico, simbolico ed istituzionale nella storia, viene poi posto l'obiettivo di approdare ai significati che attualmente sottendono i rispettivi Servizi. La separatezza che caratterizza queste due discipline, per quanto spesso connesse da emarginazione, incomprensione culturale e pratiche di cura storicamente fuorvianti rispetto ad una lettura complessa del problema, almeno sino al '900, ha generato un riflesso che permane ancora oggi tra Istituzioni e Servizi.

Le attuali dinamiche professionali e di collaborazione, imprescindibili dal loro sviluppo negli anni evidenziato nella ricerca, hanno portato a determinare come l'attuale frammentazione non sia un dato naturale, ma il risultato di percorsi ideologici e legislativi separati. I risultati rilevati confermano che ciò ha limitato una presa in carico continuativa ed efficace, in particolare generando fenomeni come quello del "rimbalzo" tra Servizi. Allo stesso tempo confrontare la realtà operativa nei casi di doppia diagnosi con le linee guida, nazionali ed europee, ed esempi esteri, come l'Inghilterra, ha fatto emergere le discrepanze tra una teoria lungimirante e flessibile e una pratica spesso legata a paradigmi metodologici, come la visione morale o medicalizzante, e a relazioni standardizzate, in base al territorio e alle risorse.

Una volta evidenziato, infatti, come la doppia diagnosi rappresenti non soltanto una problematica clinica, ma anche organizzativa, culturale ed istituzionale, tale elaborato ha cercato di mostrare come l'integrazione non possa ridursi unicamente ad un obiettivo teorico, ma necessiti di strumenti concreti. In questa prospettiva, lo specifico campo del Servizio sociale nella sua multidisciplinarietà e contatto diretto con la doppia diagnosi ha assunto il ruolo di fondamento teorico e pratico per immaginare dei riferimenti metodologici e concreti nel campo della doppia diagnosi e dell'integrazione. L'esperienza maturata presso il SerD e l'UEPE ha mostrato nel concreto come l'integrazione, sebbene spesso limitata da barriere strutturali e culturali, sia possibile laddove si attivino strumenti operativi come il *case management* e l'*advocacy* istituzionale, indirizzati verso una continuità della cura e il rispetto dell'accesso egualitario alle cure.

In conclusione, nonostante si ponga sempre maggior attenzione alla dinamica della doppia diagnosi, in certi contesti anche con sguardo emergenziale, tale elaborato evidenzia i rischi e le criticità strutturali, organizzative e metodologiche presenti ancora oggi nel lavoro

sociale rivolto alle persone con doppia diagnosi. La sfida per il futuro non risiede allora in un'annessione amministrativa che omologhi i Servizi specialistici coinvolti, quanto nella sperimentazione basata sugli approcci che risultano più efficienti ed efficaci, nella creazione di una cultura professionale condivisa e di pratiche realmente integrate. La doppia diagnosi ha infine la potenzialità, ed il rischio, di stravolgere i metodi e gli strumenti di cura correnti. Proprio per questo starà ai futuri professionisti confrontarsi con la complessità senza ridurla e applicare le conoscenze e scoperte future mantenendo al centro la persona e i suoi bisogni.

Bibliografia e Sitografia

- Alexander, Franz e Sheldon T. Selesnick. 1975. *Storia della psichiatria*. Roma: Newton Compton.
- Andreas, Peter. 2021. *Killer High. Storia della guerra in sei droghe*. Milano: Meltemi.
(<https://www.twai.it/articles/droga-guerra-relazione-complessa/>)
- Bassi, A. 2022. *Esordio psicotico: una revisione critica su prevenzione e intervento precoce*. Tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Padova. https://thesis.unipd.it/retrieve/d1cd218c-1be8-497c-ac43-a9f55c60a86a/Tesi_Bassi.pdf
- Bellio, G. 2005 “Doppia diagnosi: dai problemi metodologici all’organizzazione dell’assistenza”, in *Doppia Diagnosi, Esperienze di cura in Veneto*, 18.
- Bignamini, E., M. Cortese, S. Garau, e S. Sansebastiano. 2002. *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica: percorsi di ricerca sulla comorbidità*. Castello d’Argile (BO): Editeam.
- Björkman, Tommy, and Lars Hansson. 2000. “What Do Case Managers Do? An Investigation of Case Manager Interventions and Their Relationship to Client Outcome.” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35 (1): 43–50. <https://doi.org/10.1007/s001270050007>
- Botta, M. 2018. *Storia della psichiatria*. Istituto Universitario IPU.
<https://istitutouniversitarioipu.it/wp-content/uploads/2018/11/Storia-della-Psichiatria-a-cura-di-Massimo-Botta.pdf>
- Bourke, Joanna. 2010. “Enjoying the High Life—Drugs in History and Culture.” *The Lancet* 376 (9755): 1817. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4046111/>
- Burns, T. 2000. *Case Management and Assertive Community Treatment in Mental Health Care*. Oxford University Press.
- Cambria, Santino. 2004. *Tossicodipendenza e servizio sociale: elementi di psichiatria delle tossicodipendenze*. Milano: FrancoAngeli.
- Carozza, Pietro. 2006. *Principi di riabilitazione psichiatrica*. Milano: FrancoAngeli.
- Chianura, Pasquale, Angela Balzotti e Luca Chianura. 2005. *Comorbidità psichiatrica ed abuso di sostanze: inquadramento clinico di pazienti in doppia diagnosi*. Milano: FrancoAngeli.
- Cimillo, A., e L. Veronesi. 2001. “Progetto “Doppia Diagnosi”. *Salute e Prevenzione, La Rassegna Italiana delle Tossicodipendenze* 32: 112-126.
- Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale. S.d. *Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale*. Consultato il 24/05/2026. <https://cndsm.it/>
- Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale (CNDSM). (s.d.). *Position Paper #1. Il modello organizzativo dei DSM*. <https://cndsm.it/position-paper/modello-organizzativo-dei-dsm>
- Dal Pra Ponticelli, M. 1987. *Lineamenti di servizio sociale*. Roma: Astrolabio.
- Debona, Denise. 2022. *Credere nella possessione: tra consuetudine e bisogno di trascendenza*. Tesi di laurea, Università degli Studi di Padova. https://thesis.unipd.it/retrieve/1218bbd0-1260-46e9-b72e-b7ef96f5bcff/DEBONA_DENISE.pdf
- De Facci, Riccardo. s.d. *La storia e l’evoluzione delle Comunità Terapeutiche in Italia*. CNCA. Consultato il 24/05/2026 https://www.cnca.it/wp-content/uploads/attachments/DE_FACCI_storia_e_levoluzione_delle_Comunit%C3%A0.pdf

Dente, Franca. 2013. *Nuove dimensioni del servizio sociale*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Deruvo, G., C. Elia, E. Vernole e R. Cataldini. 2005. "Addiction e patologia psichiatrica: principi generali di clinica e di psicofarmacoterapia della cosiddetta 'doppia diagnosi'." In *Comorbidità psichiatrica ed abuso di sostanze*, a cura di Pasquale Chianura, Angela Balzotti e Luca Chianura, 37–88. Milano: FrancoAngeli.

Doughty, L., & Heydon, S. 2015. "Medicine supply during the First World War: Overcoming shortages in New Zealand". In *Health and History*, 17(2), 37–51. Consultato il 24/05/2026 (<https://www.jstor.org/stable/10.5401/healthhist.17.2.0037>)

Dual Diagnosis Hub. (s.d.). *Recommendations for research*. In *Dual Diagnosis NICE Guidelines*. <https://www.dualdiagnosis.org.uk/dual-diagnosis-nice-guidelines/recommendations-for-research/>

Enciclopedia Italiana Treccani. s.d. *Droga*. In Enciclopedia Italiana – VII Appendice. Consultato il 24 maggio 2026. [https://www.treccani.it/enciclopedia/droga_\(Enciclopedia-Italiana\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/droga_(Enciclopedia-Italiana)/)

Engel, George L. 1977. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine." *Science* 196 (4286): 129–36. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>)

Fargion, Silvia. 2013. *Il metodo del servizio sociale*. Roma-Bari: Laterza.

Ferrario, Franca. 2004. *Le dimensioni dell'intervento sociale. Gli operatori tra solidarietà ed istituzioni*. Roma: Carocci.

Fioritti, Angelo e Jennifer Solomon. 2002. *Doppia diagnosi: epidemiologia, clinica e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.

Freckelton, Ian QC. 2018. "Overdiagnosis in Psychiatry: How Modern Psychiatry Lost Its Way While Creating a Diagnosis for Almost All of Life's Misfortunes." *Psychiatry, Psychology and Law* 25 (2): 325–27.

Gasparre A., Fazzi L. 2005. "Il case management", in *Costruire l'integrazione socio-sanitaria: attori, strumenti, metodi*, Roma: Carocci, pp. 221–233.

Gates, M. L., Turney, A., Ferguson, E., Walker, V., & Staples-Horne, M. 2017. Associations among substance use, mental health disorders, and self-harm in a prison population: examining group risk for suicide attempt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 317 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28335531/>

Iannitelli, Angela, Rosy Castra e Manuela Antenucci. 2002. "Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche." *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 38 (3): 233–239.

□ Italia. 1904. Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Consultato il 24/05/2026. (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1904-02-14:36@originale>)

Italia. 1954. Legge 22 ottobre 1954, n.1041. Consultato il 24/05/2026. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1954/11/12/054U1041/sg>

Italia. 1975. Legge 22 dicembre 1975, n. 685; Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Gazzetta Ufficiale. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/12/30/075U0685/sg>

Italia. 1990. D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309. Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope. Gazzetta Ufficiale. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/06/26/090G0197/sg> Consultato il 24/05/2026.

Italia. 1999. Accordo Stato-Regioni, repertorio atti n. 593. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 61 del 15 marzo 1999. Consultato il 24/05/2026.

Kadushin, Alfred. 1980. *The Social Work Interview*. New York: Columbia University Press.

Kamiński, Ł. 2019. “Drugs”. In Ute Daniel, Peter Gatrell, Oliver Janz, Heather Jones, Jennifer D. Keene, Alan Kramer, and Bill Nasson (eds.), *1914-1918-online. International Encyclopedia of the First World War*. Freie Universität Berlin. [Drugs](#)

Khantzian, Edward J. 1985. “The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence.” *American Journal of Psychiatry* 142: 1259–1264.

Khantzian, Edward J. 2017. *The theory of self-medication and addiction*.
https://www.researchgate.net/publication/318861229_The_theory_of_self-medication_and_addiction

Kirschner, Suzanne R. 2013. “Diagnosis and Its Discontents: Critical Perspectives on Psychiatric Nosology and the DSM.” *Feminism & Psychology* 23 (1): 10–28.

Koob, G., Volkow, N. 2010. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacol* 35, 217–238.
<https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>

Lavanna, Micaela. 2023. *Le teorie della malattia nell'antichità e la psichiatria nella storia*. Elaborato didattico (PDF). Istituto Superiore Universitario di Scienze Psicopedagogiche e Sociali “Progetto Uomo”. (<https://istitutouniversitarioipu.it/wp-content/uploads/2023/03/Le-teorie-della-malattia-nell-antichit%C3%A0-e-la-psichiatria-nella-storia-a-cura-di-Micaela-Lavanna.pdf>)

Lieberman, Robert P., Alex Kopelowicz .2005. “Recovery from schizophrenia: a concept in Search of Research.” *Psychiatric Services* 56(6):735-42. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>. PMID: 15939952.

Liebenau, Jonathan. 1984. “Industrial R&D in Pharmaceutical Firms in the Early Twentieth Century.” *Business History* 26: 329–346.

Maremmani, Icro, et al. 2025. *Medicina delle dipendenze: clinica e terapia del disturbo da uso di sostanze*. Pisa: Pacini Editore.

Marianna Boso, Giorgio Tiraboschi, Alessia Mori, Francesca De Cagna, Cinzia Priora, Giuseppe De Paoli, Michele Brait, Armando Gozzini, Francesco Reitano, e Gruppo Doppia Diagnosi Ser.D. ASST Pavia. 2018. *Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi*. Consultato il 24/05/2026. <https://www.federserd.it/files/mission/mission10.pdf>

Miazzì, Lorenzo. 2025. “Cinquanta anni dalla ‘rivoluzionaria’ legge del 1975 sulla droga.” *Giustizia Insieme*. <https://www.giustiziainsieme.it/it/diritto-penale/3744-cinquanta-anni-dalla-rivoluzionaria-legge-del-1975-sulla-droga-lorenzo-miazzì>

Ministero della Salute. 1999. *Progetto obiettivo “Tutela della salute mentale 1998–2000”*. Roma: Ministero della Salute.
https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf

Ministero dell’Interno. 2019. *Piano d’azione dell’UE in materia di lotta contro la droga 2017–2020*. Consultato il 24 maggio 2026. <https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2019/04/Piano-dazione-dellUE-in-matreria-di-lotta-contro-la-droga-2017-2020.pdf>

Minkoff, Kenneth. 1989. “An Integrated Treatment Model for Dual Diagnosis of Psychosis and Addiction.” *Hospital and Community Psychiatry* 40 (10): 1031–1036.

Mueser, K.T., D.L. Noordsy, R.E. Drake, and L. Fox. 1997. *Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice*. New York, Guilford Press.

Nava, Fabio A., Francesco Sanavio. 2022. *Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche. Percorsi basati sulle evidenze*. Roma: Carocci. <http://www.sipad.network/il-trattamento-integrato-per-le-dipendenze-patologiche/>

Pacini, M., e Icro Maremmanni. 2001. “Il problema della personalità tossicofilica nella patogenesi del Disturbo da Uso di Sostanze Psicoattive. Revisione della letteratura e recenti acquisizioni.”

Perino, Annamaria. “Servizio sociale e dipendenze patologiche.” In *I luoghi del Servizio Sociale*, vol. 2, a cura di Annamaria Perino e Cetrano Gaia. Roma: Aracne Editrice, 2013.

Journal of Psychopathology, 2. <https://old.jpsychopathol.it/article/il-problema-della-personalita-tossicofilica-nella-patogenesi-del-disturbo-da-uso-di-sostanze-psicoattive-revisione-della-letteratura-e-recenti-acquisizioni/>

Psychiatry online Italia. s.d.. *Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale*. <https://www.psychiatryonline.it/clinica/servizi-territoriali/regolamento-del-dipartimento-di-salute-mentale/>

Rigliano, Paolo. 2004. *Doppia diagnosi: tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.

Rispoli, Giulia. 2014. “La tectologia di Bogdanov come nuovo paradigma fra la cibernetica e la teoria generale dei sistemi.” *Epistemologia* 37: 315–330. <https://doi.org/10.3280/EPIS2013-002008>.

Rossi, Stefano. 2016. “La salute mentale nell’ordinamento costituzionale.” *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* 49: 227–266. <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-mexicano-derecho-comparado-77-articulo-la-salute-mentale-nellordinamento-costituzionale-S0041863318300619>

Sampogna, G., V. Del Vecchio, V. Giallonardo, M. Luciano, F. Perris, P. Saviano, F. Zinno e A. Fiorillo. 2020. “Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: differenze tra ICD-11 e DSM-5.” *Rivista di Psichiatria*. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3503/articoli/34889/>

Schultes, Richard Evans, e Albert Hofmann. 2001. *Plants of the Gods: Their Sacred, Healing, and Hallucinogenic Powers*. Rochester, VT: Healing Arts Press.

SIPaD. S.d. “Il trattamento integrato per le dipendenze patologiche.” Consultato il 24 maggio 2026. <https://www.sipad.network/il-trattamento-integrato-per-le-dipendenze-patologiche/>

Sumarov, Y. A., T. Brenn, A.V. Kudryavtsev, O. Sidorenkov, e O. Nilssen. 2016. “Alcohol and suicide in the Nenets Autonomous Okrug and Arkhangelsk Oblast, Russia.” *International Journal of Circumpolar Health*, 75, 30965 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4958908/>

United Nations Office on Drugs and Crime. 2009. *100 Years of Drug Control*. Consultato il 24/05/2026. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf

“VIII Incontro tra ricercatori in Salute Mentale, pazienti e familiari.” (s.d.). *Redacción Médica*. Consultato il 24/05/2026. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/-estudios-geneticos-y-farmacos-basados-en-drogas-contra-la-patologia-mental-9044?>

Vinci, Martina. 2022. *La doppia diagnosi nei giovani: l'importanza dell'approccio di rete negli interventi di cura e prevenzione*. Tesi di laurea, Università degli Studi di Padova. Consultato il

24/05/2026 <https://thesis.unipd.it/retrieve/c476b8da-8626-4f34-b114-05e2e2c5ad91/TesiVinciniMartina.pdf>

“War May Cause Drug Famine”. 1914. *Poverty Bay Herald* (Gisborne), p. 4.

WHO. 2013. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Zheng, Yangwen. 2005. *The Social Life of Opium in China*. Cambridge: Cambridge University Press. [*The Social Life of Opium in China*](#)