

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E
STUDI INTERNAZIONALI**

Corso di laurea Triennale in Servizio Sociale



**LA DOPPIA DIAGNOSI NEI GIOVANI:
L'IMPORTANZA DELL'APPROCCIO DI RETE NEGLI
INTERVENTI DI CURA E PREVENZIONE.**

Relatore: Prof.ssa Mirella Zambello

**Laureanda: Vincini Martina
N.M: 1192447**

A.A: 2021/2022

Sommario

Doppia diagnosi: comorbidità o patologia a sé?	1
Diagnosi duale o comorbidità?	1
CAPITOLO UNO: LA DOPPIA DIAGNOSI NEI GIOVANI	3
L'urgenza sanitaria, tra sostanze stupefacenti e disturbi psichiatrici.....	3
I fattori di rischio nei giovani	3
Dal punto di vista "biologico"	4
E dal punto di vista sociale?.....	5
Il modello Bio psico sociale applicato ai giovani con doppia diagnosi.....	6
 Il livello macrosociale	7
 E in Italia?.....	8
 Il livello microsociale	10
 In conclusione... ..	13
Disagio, disadattamento, devianza, aggressività: quale ruolo nei giovani?	13
 Disagio.....	14
 Disadattamento	15
 Devianza.....	16
CAPITOLO DUE: I SERVIZI DEDICATI ALLA DOPPIA DIAGNOSI E IL LAVORO DI RETE.....	19
 Una scissione da risanare	19
 Come intervenire?	23
 L'assistente sociale: rappresentante del lavoro integrato e di rete	26
 Principi generali di trattamento dei pazienti con doppia diagnosi	27
 I trattamenti psicosociali.....	29
 Il lavoro integrato e l'approccio di rete nella presa in carico di persone con doppia diagnosi.....	30
 Esempi di programmi di trattamento integrato dal passato.....	32
 I "luoghi" e le strategie della presa in carico oggi.....	35
 L'equipe multidisciplinare	36
 Formazione del Case Manager.....	37
 L'UVMD nella gestione della comorbidità psichiatrica	37
 Il percorso terapeutico riabilitativo individualizzato	38

I Setting Assistenziali	38
Strategie di prevenzione dedicate ai giovani	40
Prevenzione o promozione?	40
Come misurare la validità di un intervento promozionale?	41
Il lavoro integrato e l'approccio di rete negli interventi di prevenzione	42
A chi compete la prevenzione?.....	42
I servizi per gli adolescenti e il problema dell'accesso	44
CAPITOLO TRE: DATI, STRUTTURE ED ESEMPI DI PROGETTUALITA'	
TERRITORIALI NELLA REGIONE VENETO	47
Una premessa normativa	47
Dati.....	48
Strutture dedicate alla doppia diagnosi.....	49
Comunità Doppia Diagnosi “La Vela” – CeiS di Belluno	49
Comunità terapeutica “Fonte Viva”- CeIS di Belluno	50
Comunità femminile “Il colle” e comunità maschile “Corte Berica” - Fondazione San Gaetano.....	51
CTRP Madre-bambino “Casa Aurora”	52
Esempi di progettualità territoriali.....	53
In passato: Il Progetto "doppia diagnosi" dell'ex AULSS 16.....	53
Oggi: Il Progetto “Chance” - sperimentazione di un modello integrato per la presa in carico di giovani tossicodipendenti	55
“Integra” – Fondazione San Gaetano	57
CONCLUSIONI	59
Riferimenti:.....	65

INTRODUZIONE

Doppia diagnosi: comorbidità o patologia a sé?

Attraverso l'espressione doppia diagnosi si intende banalmente e sovente la presenza nella stessa persona sia di un comportamento tossicomano sia una sintomatologia psichiatrica. L'Organizzazione Mondiale della sanità definisce la doppia diagnosi come la:

“coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive ed un altro disturbo psichiatrico”.

Questa definizione apparentemente semplice viene tuttavia smentita da Bignamini e collaboratori i quali spiegano che con doppia diagnosi ci si riferisce piuttosto ad un'espressione utilizzata da alcuni autori, in particolare di nazionalità americana, per definire una concorrenza tra un disturbo psichiatrico e una condizione tossicomana (“dual diagnosis”) specificando come però sia presente un'ambiguità di fondo, dovuta alla complessità diagnostica dei soggetti che presentano un quadro comorbile.

Nella maggior parte dei casi, infatti, non esistono due diagnosi separate bensì condizioni che si influenzano reciprocamente e quadri molto complessi in cui la dipendenza da sostanze sembra essere il sintomo di una psicopatologia definita.

Nel concreto non è quindi possibile stabilire se il termine “doppia diagnosi” indichi una patologia a sé o l'interazione tra due patologie indipendenti l'una dall'altra, o ancora se essa sia una sindrome o solo un sintomo.

Diagnosi duale o comorbidità?

Rigliano, psichiatra e psicoterapeuta, evidenzia la bivalenza del termine “dual diagnosis” che da una parte connota uno specifico problema clinico come conseguenza di due condizioni psicopatologiche: ovvero l'abuso-dipendenza e un concomitante disturbo psichiatrico; dall'altra indica un “double trouble” ovvero un doppio problema, che riguarda il vissuto degli operatori che incontrano difficoltà aggiuntive nella presa in carico di una comorbidità.

C'è un duplice versante: da una parte il trattamento di pazienti difficili e dall'altra i complicati rapporti con i medici psichiatri, i quali spesso rifiutano di prendere in carico pazienti con diagnosi duale, in quanto ritenuti prima di tutto tossicodipendenti da indirizzare verso le forme di trattamento a loro dedicate.

Bignamini e collaboratori evidenziano come, a causa delle sopra citate ambiguità, parecchi autori in particolare europei, preferiscano il termine “comorbidità” che indica la concorrenza di due o più disturbi senza definirne una priorità basata sulla gravità e sottolineando piuttosto

l'aspetto della relazione complessa e concausale che intercorre tra le due patologie. Il termine comorbidità assume pertanto un significato più ampio rispetto a “doppia diagnosi”.

Tuttavia, anche il termine comorbidità presenta alcuni problemi: i criteri diagnostici non sono seguiti in maniera univoca, le procedure diagnostiche sono diverse tra i servizi e le popolazioni in cui si applicano sono spesso eterogenee; ciò rende il termine comorbidità altrettanto inattendibile.

In Italia è stata recentemente sottoscritta una Carta dei Servizi (D'Egidio, et al., 2017) dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali, disturbi da uso di sostanze e addiction (“Doppia Diagnosi”), volta al superamento di tale concetto a favore di un'evoluzione culturale dei servizi, per evitare una visione frammentaria e segmentata della persona. La Carta dei servizi sostiene che la valutazione diagnostica di cui la persona, intesa come una e indivisibile, ha diritto, deve necessariamente essere accurata, multiprofessionale e approfondita rispetto alle diverse aree funzionali.

CAPITOLO UNO: LA DOPPIA DIAGNOSI NEI GIOVANI

L'urgenza sanitaria, tra sostanze stupefacenti e disturbi psichiatrici

Le condizioni di compresenza di abuso di droghe e patologia psichiatrica si rivelano sempre più come un estremamente rilevante problema di sanità pubblica, sia per la crescente estensione del fenomeno, sia per le novità cliniche e trattamentali che sfidano protocolli e servizi da tempo consolidati.

Grave è l'aumento delle degenze e dei loro costi, delle condizioni di emergenza e della sofferenza delle famiglie e delle stesse persone. Un ruolo fondamentale hanno inoltre le cosiddette nuove dipendenze: Internet, shopping, sport, lavoro, sesso le quali spesso coinvolgono ragazzi anche molto giovani.

Le dipendenze diventano sempre più uno dei fenomeni strutturali della nostra società: ci si interroga quindi rispetto al fatto se sia il sistema sociale stesso a produrre, in particolare nei giovani a rischio, le condizioni che portano ad abusare delle sostanze e a sviluppare un disagio psichico.

Ciò può ritenersi vero solo in parte: se da un lato i soggetti più deboli e anche più sofferenti possono trovare nelle droghe uno strumento efficace per sanare la propria sofferenza, dall'altra sono le droghe stesse a plasmare la mente attraverso l'offerta di uno stato mentale artificiale che prescinde dai costrutti naturalmente stabiliti.

I fattori di rischio nei giovani

L'adolescenza è l'età contraddistinta dalla rivolta verso l'autorità e dalla ricerca di nuove esperienze sociali, ideologiche, culturali, finalizzate soprattutto alla costruzione personale della propria identità. Si tratta dunque di un momento nella vita dell'individuo particolarmente ricco e affascinante ma allo stesso tempo difficile, contrassegnato da incertezze, senso di precarietà. All'entusiasmo e all'ebbrezza della scoperta di sé e del mondo possono succedere delusioni, frustrazioni ed errori e, alla sete di autonomia e di indipendenza sentimenti di solitudine e di abbandono.

Rigliano parla di differenti classificazioni dei fattori di rischio e sostiene sia importante, come conseguenza di ciò, considerare tutti i costituenti della struttura della persona, ovvero le modalità con cui ognuno costruisce il proprio progetto esistenziale. Ciò consentirebbe di verificare come dalle specifiche scelte della persona, si siano originate le connessioni psicopatologiche: dalle forme tese a superare la solitudine, alla ricerca del senso della propria

presenza al mondo, alla confusione, alla violenza, all'ansia e a tutti gli attributi del sé. Questi attributi sono l'autostima, l'autoconsapevolezza, l'autocontrollo, la responsabilizzazione, la valorizzazione e tutti quelli in cui la persona si riconosce maggiormente oltre ai classici fattori biologici.

Regoliosi attua una schematizzazione semplice distinguendo i fattori di rischio in tre categorie: i fattori endogeni che comprendono disfunzioni di carattere innato, tratti temperamentali o anche disturbi dello sviluppo che sono intervenuti nella prima infanzia del soggetto, definiti anche come fattori genetico-evolutivi; i fattori familiari che comprendono tutti quegli aspetti inerenti i luoghi genitoriali, le relazioni affettive, le dinamiche interpersonali, lo stile di convivenza e la qualità del rapporto educativo; i fattori socioculturali che riguardano il ceto sociale, la subcultura in cui la famiglia è immersa, l'influenza di altre subculture, il gruppo dei pari, l'habitat e la qualità dell'organizzazione sociale.

In alcuni casi ritiene necessario integrare queste tre categorie con una quarta che introduce alcune variabili legate alla storia recente del soggetto: traumi improvvisi o cambiamenti radicali che assumono un significato particolare nel cammino di formazione del ragazzo.

Dal punto di vista “biologico”

É stato ipotizzato, sulla base di studi scientifici sulla trasmissione della dopamina tramite recettori presenti nelle sostanze, che quest'ultime posseggano in comune la proprietà di agire su alcuni centri del sistema nervoso centrale che costituirebbero, nel loro insieme, il cosiddetto “Reward centre” ovvero il centro della remunerazione. Sarebbero più di ogni altra cosa in grado di regolare i comportamenti legati alla soddisfazione di bisogni, istinti, pulsioni e di percepire il piacere e la sofferenza e di far apprendere condotte di ricerca del piacere stesso e in grado di far cessare la sofferenza (Tanda 1997; Pontieri 1996, Koob 1999).

Tuttavia, secondo Fioritti e Solomon, la stimolazione di queste aree non avrebbe a che fare con lo sviluppo dei fenomeni di tolleranza, assuefazione, astinenza, che sarebbero in realtà più prettamente metabolici e per così dire collaterali rispetto all'effetto di stimolazione esogena di queste aree.

La maggior parte degli studi epidemiologici ha chiarito in modo inequivocabile che le condizioni di malattia mentale e quelle di disturbo da uso di sostanze si presentano insieme in modo statisticamente non casuale.

Diverse sono le relazioni ipotizzate alla base di questi inequivocabili dati: alcune malattie mentali possono condividere alcuni substrati biochimici predisponenti all'abuso di droghe, le

persone possono infatti usare le sostanze come tentativi di automedicazione nei confronti di sintomi della malattia o di effetti collaterali di farmaci.

Cazzullo a tal proposito afferma:

“L’interesse crescente per la comorbidità psichiatrica nelle tossicodipendenze, la cosiddetta “doppia diagnosi”, porta inevitabilmente ad un più serrato riconoscimento del ruolo che la psicopatologia svolge primariamente nell’induzione del ricorso alle sostanze, con modalità spesso autocurative di altre sofferenze o, sull’altro versante, che le sostanze svolgono nel sollecitare la vulnerabilità individuale ad esprimersi come disagio psichico”.

La disinibizione, la disorganizzazione tipiche di certi stati psichiatrici possono condurre quindi in uso di sostanze e i giovani con disturbi psichiatrici sono maggiormente vulnerabili alle pressioni del gruppo dei pari e, generalmente, sono portatori di uno svantaggio che li porta a vivere e a condividere spazi sociali in cui le sostanze sono molto diffuse. La stessa struttura psicopatologica della persona è quindi un fattore di rischio perché pretende subito azioni o oggetti risolutivi.

E dal punto di vista sociale?

A lato di questi fattori biologici di rischio esistono indubbiamente anche altri fattori di tipo sociale legati all’istituzionalizzazione, alla solitudine ed altre condizioni psicologiche sub-cliniche come stress psicosociali e sedazione di emozioni genericamente negative come rabbia, vergogna, delusione.

Molte droghe sono infatti agenti molto potenti su vari meccanismi di mantenimento contraddistinti da sensazioni fisiologiche, emozioni, cognizioni atte a minimizzare le emozioni negative e piuttosto, ad evocare emozioni positive.

Rigliano ritiene che ciò consenta di procedere per differenze:

“tra una persona molto sofferente a una che lo è meno, tra un tossicodipendente maturo e uno immaturo, tra uno che mantiene degli spazi di libertà e un altro che finisce con l’essere sempre più imprigionato, tra chi è riuscito a mantenere il rapporto con la sostanza più o meno isolato e chi invece ne è totalmente coinvolto, chi è in grado di autodeterminarsi e chi no, chi ha capacità di autoconsapevolezza e chi no, chi vive rapporti conflittuali e chi no.”

Nizzoli afferma che ogni società, fin dall’antichità, ha avvertito l’esigenza di stabilire norme sociali che regolamentassero l’uso delle sostanze in grado di alterare lo stato di coscienza. Ogni società riflette i suoi valori e i suoi equilibri in base al sostegno, alla promozione o, al contrario,

alla messa al bando di determinate sostanze piuttosto che altre. Così pure gli atteggiamenti di fronte ai fenomeni inerenti alle dipendenze sono diversi, ma sempre presenti in ogni civiltà.

Fioritti e Solomon aggiungono che i fattori sociali non rivestono soltanto il ruolo di fattori di rischio, ma risultano determinanti in tutte le fasi del processo dinamico delle dipendenze, soprattutto nei passaggi successivi: dall'esposizione, all'uso continuativo, alla dipendenza nonché nel tipo di risposte che questa trova nella società.

Per inserirsi attivamente nella società l'adolescente deve misurarsi con fatti, esigenze, impegni definiti con il termine di “compiti evolutivi”.

Havigurst definisce “compito evolutivo” un compito che si trova a metà strada tra un bisogno individuale e una richiesta sociale.

Ogni compito ha la funzione di mettere alla prova, di stimolare il ragazzo a superare positivamente le fasi di sviluppo in cui si trova, preparando l'affronto delle fasi successive. Palmonari e collaboratori individuano i principali compiti connessi all'età adolescenziale: sapersi adattare ai rapidi rilevanti cambiamenti somatici, saper ricostituire un'unità somatopsichica soddisfacente; accettare le proprie pulsioni e padroneggiarle secondo valori condivisi; saper instaurare e mantenere i rapporti coi coetanei; capacità e volontà di partecipare a gruppi ma anche saper sviluppare indipendenza e autonomia; essere in grado di stabilire un'interazione adeguata con le istituzioni sociali (scuola, mondo del lavoro, contesto socio politico); operare scelte relative da un proprio sistema di valori; progettare il proprio futuro.

Il modello Bio psico sociale applicato ai giovani con doppia diagnosi

Rigliano sostiene che ogni uso di sostanze, ogni relazione di dipendenza, e altresì una condizione di doppia diagnosi, si instaura sempre all'interno di una matrice sociale simbolica, culturale e istituzionale che agisce differenzialmente a seconda delle sue caratteristiche fondanti: la popolazione, l'età dei suoi membri, le fasi storiche in cui è inserita, le correnti culturali e i valori dominanti.

Questa matrice non è dunque uniforme e passiva rispetto al consumo di sostanze, ma organizzata per ordini di priorità e attraversata da dinamiche specifiche.

La malattia mentale e la tossicodipendenza sono processi dinamici nei quali le dimensioni biologica, psicologica e sociale si intrecciano e si confondono inevitabilmente.

Studi sulla neuroplasticità hanno dimostrato come il cervello umano si modifichi a partire da esperienze sociali e come viceversa l'uomo sia in grado di manipolare l'ambiente in maniera valida solo a partire da sintesi psicologiche che richiedono un substrato neurologico preciso

(Eisenberg 1996).

Il modello biopsicosociale è uno strumento in grado di contestualizzare fenomeni diversi in un unico sistema.

Un concetto chiave in questo modello è quello di vulnerabilità specifica, determinata in gran parte da fattori di rischio genetico-biologici ma insieme ai quali intervengono particolari “stressors” di tipo psicosociale.

La maggior parte delle persone che usa alcol o altre sostanze non va incontro a problemi particolari ma è evidente come coloro che invece accusano altri problemi precedenti, di natura biologica o sociale, presentino invece uno o più fattori di rischio che li rendono vulnerabili. All'interno del modello biopsicosociale è bene differenziare diversi livelli socialmente rilevanti: il livello macrosociale, il livello microsociale e il contesto sociale prossimale con il gruppo dei pari e la famiglia.

Il livello macrosociale

Rigliano definisce il livello macrosociale come “quello delle strutture socioeconomiche, dei valori e dei significati simbolici culturali e religiosi che determinano i processi di vita delle differenti classi e fasce della popolazione.”

Esistono studi sulle relazioni tra fattori macrosociali e l'esposizione alle sostanze e su come in questa condizione, successivamente, si sviluppino dinamiche di abuso e dipendenza. Uno di questi è lo studio di Robbins e collaboratori (1974, 1975) sui reduci del Vietnam, il quale è diventato una pietra miliare della psichiatria sociale in questo campo. Gli studiosi esaminarono due campioni di soldati: il primo era costituito da cinquecento giovani arruolati ed estratti a sorte tra coloro che erano di ritorno agli USA. Tra questi il 43% aveva fatto uso di oppiacei in Vietnam di cui la metà, almeno settimanalmente per sei mesi, e 1/5 aveva sviluppato segni di dipendenza fisica. Dieci mesi dopo il loro rientro, solo il 10% aveva usato oppiacei e solo l'1% aveva segni di dipendenza fisica. Il secondo campione era invece costituito da cinquecento soldati che avevano fatto uso di oppiacei in Vietnam, 3/4 dei quali con sintomi di dipendenza fisica: dopo un anno dal loro ritorno solo il 30% aveva fatto uso di oppiacei e solo il 7% aveva presentato sintomi di dipendenza fisica.

Questo studio ha dimostrato in maniera inequivocabile che la disponibilità di una sostanza in un contesto sociale a bassa proscrizione ed in situazioni di estremo stress o conflitto favorisce sia l'uso che il passaggio dall'abuso alla dipendenza (Winnick 1980 et al.).

Si è dimostrato inoltre che per la maggior parte dei soggetti tale passaggio risultava irreversibile,

nel senso che mutando le condizioni macrosociali mutava anche l'uso, l'abuso e perfino la dipendenza da sostanze. Ciò generò la convinzione che la manipolazione del contesto macrosociale fosse cruciale per la prevenzione delle dipendenze.

Anche statistiche e studi su “epidemie” di tossicodipendenza da vecchie e nuove droghe hanno dimostrato in maniera chiarissima come fattori economici, di mercato, politici, siano in grado di modificare i tassi di abuso, le modalità di assunzione e le preferenze con conseguenze disastrose per intere popolazioni. L'epidemia di tossicodipendenza da eroina in Pakistan ne è un esempio.

Negli anni Settanta il Pakistan non conosceva tale fenomeno, tuttavia si è trovato alle soglie del Duemila con oltre un milione e mezzo di maschi gravemente tossicodipendenti. Ciò ha dimostrato che nessun paese è ormai in grado di reggere da solo cambiamenti socioeconomici planetari. Il Pakistan si è trovato ad essere casualmente investito da un fiume di eroina a bassissimo prezzo, in quanto geograficamente parlando si trovava lungo la rotta del trasporto dal sud-est asiatico verso l'Europa, dopo che le precedenti vie marittime e terrestri erano state bloccate da interventi di repressione internazionali.

Altri esempi della relazione tra disponibilità e sviluppo di epidemie di abuso sono stati dati dal crack negli USA negli anni Ottanta e dall'ecstasy in Europa negli anni Novanta.

E in Italia?

Anche se probabilmente avrà sempre meno senso parlare di scenari nazionali in un mondo sempre più rivolto alla globalizzazione, gran parte delle politiche in materia di alcol e droghe si ritrovano ad affrontare e dare risposte ai mutamenti a livello nazionale nel costume, nell'economia e nelle norme sociali, che spesso avvengono senza reali possibilità di essere governate.

Gli studi di Fagioli e Napoleoni mostrano le tendenze storiche rispetto all'uso di sostanze nel nostro paese. Esse sono abbastanza facilmente descrivibili: in primo luogo si è verificato un costante abbassamento dell'uso di alcolici nella popolazione generale e altresì delle conseguenze dannose di tale uso. Questo abbassamento fu così consistente da attrarre l'interesse internazionale, alla ricerca di strategie comuni con cui ottenere gli stessi risultati. Nel decennio 1980-1990 il consumo pro capite di vino è passato in Italia da una media di 86,2 litri all'anno a 60,8 e quello di birra, sempre in Italia, è passato da 17,6 litri a 23,5 litri, quello di superalcolici da 1,9 a 1. Esistono anche differenze regionali dell'ordine di circa tre volte tra regioni ad alto consumo come il Veneto e a basso consumo come la Sicilia.

Considerati tali dati, la buona assimilazione sul piano culturale dell'alcol e anche autorevoli rapporti scientifici che identificano un consumo moderato di alcol come fattore di protezione verso numerose malattie cardiovascolari (Faggiano et al. 1998) la politica nazionale verso tale sostanza è stata sostanzialmente permissiva, non prevedendo limitazione alla vendita e al suo consumo in luoghi pubblici e alla sua pubblicizzazione, dando invece priorità agli interventi di repressione per quanto riguarda aspetti specifici come: il ritiro della patente per guida in stato di ebbrezza, il divieto di vendita di bevande alcoliche allo stadio etc.

Alta priorità è stata data all'informazione e all'educazione sanitaria, principalmente nelle zone ad alto consumo. Tuttavia, le patologie e la mortalità alcol-correlate permangono di una rilevanza notevole nel panorama nazionale.

Nel 1994, la mortalità alcol-correlata in Italia si calcola tra le 12.042 e le 15.108 persone. Secondo lo studio italiano dell'Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol (Fondazione Censis 1994) la ricchezza prodotta dall'economia legata all'alcol è pari ad una quota compresa tra l'1,1% e l'1,9% del prodotto interno lordo, mentre i costi sociali si collocano in una porzione compresa tra lo 0,5% e lo 0,9% del pil.

Nel 2018, 8 milioni e 700mila individui, stabili i maschi con 6 milioni e 200mila consumatori a rischio, in aumento le femmine con 2 milioni e 500mila consumatrici a rischio. L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=48,3%, F=40,7%). Verosimilmente, a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 1 milione e 700mila giovani (di cui 800mila minorenni) sono individui da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate.

In Italia ad oggi, ogni giorno in media sono 48 le persone che muoiono a causa dell'alcol, oltre 17mila ogni anno, rivelando un aumento rispetto ai dati del 1994.

Tutti questi dati rispetto all'atteggiamento sociale più generale nei confronti dell'alcol fanno ritenere che l'Italia sia un paese collocato, per motivi prevalentemente culturali, nella fascia di bassa incidenza di compliance medico-sociali da alcol e che le risposte sociali prediligeranno le attività di prevenzione e recupero delle categorie a rischio. (Poldrugo e Patussi 1996).

Tra queste rientrano sicuramente quelle dei soggetti con disturbi psichici che nei pochi studi condotti sul campo hanno dimostrato tassi di uso e abuso di alcolici ragguardevoli (Fioritti e altri 1995, 1997).

La seconda tendenza macrosociale è stata costituita dalla drammatica epidemia di abuso e

dipendenza da eroina che all'inizio degli anni Settanta ha colpito tutto il mondo occidentale, raggiungendo nei paesi europei della fascia mediterranea i tassi più rilevanti stabilizzatisi solo recentemente. In Italia, nel 1994 l'eroina era la quarta causa di morte nella popolazione giovanile italiana con 840 decessi.

Il livello microsociale

Il livello micro-sociale, afferma Rigliano, è costituito dagli spazi territoriali dove determinati gruppi di popolazione vivono e producono differenti dinamiche a seconda delle regole che disciplinano i comportamenti.

Essi hanno una rilevanza determinante nell'influenzare i processi di esposizione alle sostanze e per rinforzarne l'uso continuato creando le condizioni per un abuso o una dipendenza. Tre gruppi microsociali sembrano essere fondamentali in questo senso. Il primo di questi è il contesto sociale prossimale: ovvero i gruppi di aggregazione e le sottoculture giovanili, le bande metropolitane, i differenti stili di vita e modi di condividere interessi, valori, tempo libero e le stesse sostanze.

Il secondo è il gruppo dei pari ovvero la cerchia più ristretta di amici, compagni, colleghi con cui la persona cresce e vive i suoi processi di socializzazione. Il terzo è la famiglia, il gruppo di appartenenza primaria fonte di tutti i processi di attaccamento, di crescita ed elaborazione emotiva.

I gruppi sociali sopracitati costituiscono la sfera di appartenenza della persona dalla quale si ricavano le motivazioni essenziali e fondamentali per contrastare o incrementare le resistenze alla dipendenza ed altresì al disagio psichico.

Questi processi socioculturali funzionano come fattori di rischio oppure di protezione definendo i campi psicosociali in cui i diversi soggetti si muovono.

Ad ogni livello sociale viene costantemente propagandato l'ottenimento di oggetti che attestino status e valore: in particolare è sempre più giustificato l'uso di sostanze che testimonino successo e soddisfazione. Ciò costituisce un contesto in cui ampie fasce giovanili apprendono come "solo con determinati oggetti" sia possibile acquisire ruoli vincenti e come sia necessario ricorrere a sostanze per poter corrispondere alle aspettative proprie ed altrui.

Nei giovani, in particolare, un processo importante che le sostanze garantiscono è la rimozione del dolore, sentimento di cui ancora oggi si può parlare solo limitatamente.

Questo genera un circolo vizioso all'interno del quale sedare il dolore tramite sostanze diventa la risposta già pronta e socialmente accettata, che allevia ogni fatica ed idealmente permette di

afferinarsi all'interno della società.

La nostra società è, inoltre, affascinata dal rischio come mezzo di auto-valorizzazione. Le sostanze alimentano questa logica dando l'illusione alla persona di conquistare nuovo valore: si accetta ogni rischio pur di allargare l'esperienza di sé.

In questo contesto i giovani esibiscono contrapposizione e chiusure estreme e praticano comportamenti rischiosi. Le sostanze valorizzano un'identità alternativa basata sulla sfida tra la presunzione di sperimentare nuove capacità mentali grazie alle droghe e la pretesa di governare comunque i propri stati interiori senza conseguenze.

Molti giovani credono così di passare alla maturità esibendo un potere che copre un bisogno di sicurezza e allevia l'impotenza che sentono quando sono senza sostanze.

La droga o l'oggetto diventa quindi una prova di valore e l'esibizione di un potere di fronte a sé stessi e agli altri, come una sorta di rito di passaggio.

“L'Io sempre più smisurato impedisce di vedere come i vincoli e i limiti siano in realtà essenziali alla vita e la dipendenza sia la rivincita degli oggetti su questo tentativo di presa di autonomia. Il fatto che non si riesca più a fare a meno di loro indica il fallimento di questo folle progetto di sé.” (Rigliano)

Questo tipo di analisi consente di evitare genericità e riduzionismo che risultano sempre inefficaci come, ad esempio, i luoghi comuni: “è tutta colpa della società, della mancanza di valori, delle strutture pedagogiche, dell'emarginazione”; sia le idee psicologiche come: la patologia familiare e le fragilità del tossicomane; sia giustificazioni neurobiologiche come i neuromediatori e i recettori alterati.

Per Rigliano il modello biopsicosociale permette di differenziare i livelli di analisi per gruppi e contesti, per individui e momenti storici. Ogni processo sociale è così collocato come un ruolo definito sul livello pertinente ad ogni specifica azione, persona, oggetto. Le ipotesi possono così essere vagliate attraverso un lavoro progressivo in cui la ricchezza delle situazioni personali, familiari, sociali non rimane staccata dalla matrice sociale che ne rende possibile, invece, l'azione di contrasto.

Il modello rende possibile distinguere tra obiettivi che i soggetti si prefiggono e usi che perseguono, tra obiettivi dichiarati e quelli realmente rilevanti per la persona. In questi termini un effetto lieve su un piano si rivela drammatico su altri o un effetto presente in persone portatrici di sofferenza non sarà invece rilevante in altre. L'assunzione di sostanze può avere un significato di aggregazione a livello di gruppo ma al tempo stesso può assumere un significato

individuale, annullando la paura dell'emancipazione; può avere altresì un significato di trasgressione, di ribellione o essere “semplicemente” una copertura difensiva di sé.

Ogni dipendenza è quindi sempre il prodotto di un'interpretazione di sé stessi dopo l'incontro con l'oggetto/sostanza: il punto di svolta è la decisione che il soggetto prende in rapporto all'interpretazione dell'esperienza provata interiormente.

Anche per quanto riguarda l'alcol il modo in cui questi gruppi influenzano e indirizzano l'abuso nei soggetti adolescenti non sono necessariamente gli stessi e non lo sono per i due sessi. Wilks e collaboratori (1989) hanno rivelato, tramite uno studio, che il più forte predittore di abuso alcolico in un campione di ragazze adolescenti era l'uso e il sistema di valori inerenti l'alcol da parte dell'amica del cuore, mentre per i ragazzi era la percezione di livello di consumo da parte del padre.

Tuttavia, è controverso se, e in che misura, l'abitudine al bere iniziata in età adolescenziale predica abuso e dipendenza in età adulta, anche se la maggior parte degli studi indicano che tra coloro che hanno sostenuto un rapporto alcolico importante in età adolescenziale, i tassi di alcolismo in età adulta sono maggiori.

Per Fioritti e Solomon, nonostante la ricerca genetica abbia preso il sopravvento in quest'area relegando in secondo piano di studi psicosociali sui comportamenti appresi nella famiglia, rimane valida l'osservazione empirica che i figli allevati in famiglie di cui uno entrambi i genitori sono alcolisti hanno elevate probabilità di diventare alcolisti.

I modi attraverso cui tali meccanismi si esercitano non sono del tutto noti. I fattori apparentemente determinanti sono: il fatto che il genitore bevitore sia dello stesso sesso, l'aver osservato direttamente diversi episodi di intossicazione del genitore ed un'organizzazione caotica della vita familiare senza attività rituali stabili.

Indipendentemente dai fattori di rischio biologici-genetici Oxford e Velleman (1990) hanno proposto un modello in cui una situazione genetica e non specifica di anomia familiare crei le condizioni di disagio psicologico predisponente all'uso dell'alcol, comportamento direttamente offerto come un modello d'azione dell'adolescente.

Per quanto riguarda le sostanze, diversi studi geografici di comunità in Inghilterra hanno studiato le modalità di penetrazione e diffusione dell'uso di droghe pesanti in comunità precedentemente libere, identificando alcune tappe fondamentali: alcuni giovani transitoriamente lontano dal quartiere per studio o lavoro iniziano l'uso di droga e al ritorno al quartiere continuano l'uso della sostanza prendendo contatti col mercato illegale limitrofo,

introducono all'uso amici e conoscenti, instaurano un mercato illegale locale (DeAlcaron 1972). Da questi studi emerge come fondamentale pressione microsociale sia quella esercitata dal gruppo dei pari risultando sostanzialmente ininfluenza quella esercitata dal mercato illegale di per sé.

In conclusione...

Il modello biopsicosociale offre la possibilità di osservare congiuntamente una grande quantità di dati empirici ed inserirli in un contesto fruibile a diversi livelli (Thornicroft; Tansella 1999). Sulla base delle suddette premesse emerge che: se da una parte la ricostruzione di una biografia clinica comprensiva degli aspetti biologici, medici, sanitari della persona è importante per sviluppare un progetto di cura adeguato e coerente con l'idea di guarigione auspicata, dall'altra non sono assolutamente da trascurare gli aspetti psicologici della stessa e il posizionamento nella società in cui è inserita, insieme a tutti gli aspetti caratteristici della società stessa. Ciò consente di costruire un quadro completo della condizione della persona ed altresì una diagnosi della sua comunità di riferimento. Questo permette agli operatori dei servizi sociali e psichiatrici non solo di prendersi cura del singolo ma anche del suo contesto lavorando a 360° riuscendo, grazie al modello biopsicosociale, a svolgere un lavoro più profondo e incisivo, promuovendo e mettendo in atto azioni di salute pubblica più efficaci soprattutto nell'analisi dei fattori di rischio e nella prevenzione delle conseguenze ad essi connesse.

I cosiddetti "policymakers" dovrebbero avvertire la necessità di basare le loro decisioni su un robusto corpus empirico di dati di ampia provenienza, in grado di far diventare le politiche sociosanitarie vere e proprie "politiche sane" (Desjarlais 1998) in grado di spezzare i circoli viziosi creati dalla malattia.

Infine, i ricercatori delle discipline biomediche di base, medico-psichiatriche, psicologiche e sociali dovrebbero avvertire l'esigenza di confrontare i risultati delle loro ricerche empiriche e verificarne la coerenza con quelli derivanti da altre discipline, ciò per fornire risposte adeguate alla molteplicità di problemi che nascono dalla malattia e dal disagio sociale.

Disagio, disadattamento, devianza, aggressività: quale ruolo nei giovani?

Regogliosi afferma che il termine disagio viene spesso utilizzato in un'accezione generica, al pari di altri due concetti più frequentemente impiegati nella letteratura scientifica ovvero "disadattamento" e "devianza" o, ancora, come categoria generale comprensiva di questi due termini.

Per lo psicologo, in realtà disagio, disadattamento e devianza non sono concetti tra loro

omogenei: infatti il disagio è:

“una condizione legata a percezioni soggettive di malessere, il disadattamento si esprime oggettivamente come relazione disturbata con uno specifico ambiente (si parla infatti di disadattamento scolastico, sociale...) mentre la devianza si manifesta come un comportamento che infrange visibilmente una norma giuridica o culturale e che determina lo stigma sociale.”

Disagio

Vari autori propongono definizioni della parola disagio.

Per Melucci e Fabbrini:

“Il disagio è l'espressione di una domanda non patologica, o non ancora, inerente i problemi psicologici affettivi, le difficoltà familiari e di relazione, le difficoltà scolastiche, il più generale malessere esistenziale connesso agli squilibri che il processo di costruzione dell'identità produce”.

Coerentemente con questa definizione Neresini e Ranci affermano che il disagio:

“E' la manifestazione presso le nuove generazioni della difficoltà di assolvere i compiti evolutivi che vengono loro richiesti dal contesto sociale, per il conseguimento dell'identità personale e per l'acquisizione delle abilità necessarie alla soddisfacente gestione nelle relazioni quotidiane”.

Infine, per Milanese il disagio va inteso come:

“Una radicale difficoltà a gestire le complessità e all'interno di queste a far fronte alle contraddizioni dei processi di socializzazione, identificazione e maturazione complessiva verso l'età adulta.”

In queste tre definizioni il focus si concentra su due elementi: i compiti evolutivi che l'adolescente deve affrontare nella sua difficile transizione verso l'età adulta e i condizionamenti derivanti dal confronto con la cosiddetta realtà complessa.

Descritto in questi termini il disagio giovanile appare come una situazione diffusa di una condizione di difficoltà a crescere, che investe la totalità dei giovani e tende a confondersi con la cosiddetta “normalità”; tuttavia, come sottolinea ancora Milanese, il disagio non può essere ridotto ad una categoria indistinta nell'esperienza concreta dei singoli soggetti: si possono individuare forme molto diversificate di disagio.

Utile è, a questo punto, il suggerimento di Ranci e di De Ambrogio (1988) che propongono di interpretare il disagio giovanile in una dimensione dinamica non come uno stato, ma come un

percorso che permetterebbe di affrontare le difficoltà incontrate dal giovane mettendo a frutto le proprie risorse e le opportunità che l'ambiente offre.

Questa lettura si ritrova anche in alcune ricerche sperimentali promosse tra gli anni 80 e 90 da grandi comuni del Nord Italia finalizzata a ricostruire le mappe del disagio sul territorio urbano (Baiardi Guglielminotti 1986)

In queste indagini l'attenzione del ricercatore è focalizzata sui cosiddetti “fattori di rischio” che possono determinare situazioni in cui il disagio tende a cronicizzarsi e a sfociare nel disadattamento.

Ringhini definisce come “rischio” una situazione in cui vengono negate, frustrate o mortificate le opportunità di soddisfazione dei bisogni fondamentali della persona.

Il termine disagio comprende quindi in sé una vasta gamma di condizioni.

Regoliosi individua tre categorie di disagio poste su tre diversi livelli: un disagio evolutivo endogeno, legato alla crisi di transizione dell'età adolescenziale che riguarda la totalità dei giovani e fa parte del naturale processo di crescita dell'individuo; un disagio socio culturale esogeno, legato ai condizionamenti della società complessa; un disagio cronicizzante: legato all'interazione di fattori di rischio individuali e locali, che riguarda una minoranza di giovani e specifiche aree ambientali caratterizzate da povertà. Quest'ultima è la forma di disagio più grave che prepara il terreno al disadattamento vero e proprio.

Disadattamento

Il pedagogo Emilio Butturini ha attuato una riflessione sul termine “disadattamento giovanile”: dopo averlo definito come una mancata capacità o possibilità di inserimento attivo e creativo dei giovani nella società e nelle istituzioni, l'autore precisa di assumere come suo opposto l'integrazione, nell'accezione positiva che ne danno Fromm, Ericsson e Freire, cioè una possibilità di entrare in accordo con la realtà e nello stesso tempo di trasformarla (Freire 1967). Il disadattamento è quindi una situazione che nasce tra il soggetto e un determinato ambiente, caratterizzato dalla possibilità della fuga, dell'esclusione o dello sterile ribellismo in cui viene di fatto impedita la partecipazione attiva e creativa in tutte le sue espressioni di positivo cambiamento.

In stretto rapporto con la realtà di disadattamento sono l'emarginazione e la marginalità.

Regoliosi, sulla base delle osservazioni effettuate negli anni 90 dall'Osservatorio della Gioventù, afferma che per marginalità si intende: una concreta condizione sociale, mentre

l'emarginazione è un processo ed uno status che fa vivere persone e gruppi in situazioni diverse da quelle della società o del gruppo di appartenenza o a cui si potrebbe appartenere.

Un giovane può quindi trovarsi in una condizione di marginalità per nascita o per storia familiare, in tal caso la marginalità potrà influire sul suo processo di crescita sociale come un fattore rischio e di cronicizzazione del disagio di disadattamento.

Secondo Sarpellon: un giovane può essere invece indotto ad una condizione di marginalità dai meccanismi di emarginazione innescati dal sistema sociale in seguito ad un percorso di disadattamento, ciò si traduce in un processo di declassamento verso l'area inferiore della scala sociale, una rottura di continuità che mette il soggetto fuori gioco dal sistema di riferimento. Le conseguenze psicologiche sono: perdita dell'autostima, sentimento di inutilità, calo degli investimenti sociali e del protagonismo, fino all'interiorizzazione della marginalità stessa come cultura, come modello di comportamento. Può preludere all'auto-emarginazione oppure all'antagonismo nei confronti dei valori della società e alla ribellione.

Questo accumulo di deficit finisce col pregiudicare e restringere le successive opportunità della vita del soggetto (Passow 1970; Luccio-Sala 1979) in tali casi l'emarginazione può costituire l'anello di congiunzione tra disadattamento e devianza.

Devianza

Il dizionario di sociologia definisce la devianza come:

“atto, comportamento, espressione anche verbale, riconosciuto di una collettività che la maggioranza dei membri della collettività stessa giudica come uno scostamento o una violazione più o meno grave sul piano pratico, o su quello ideologico, di determinate norme o aspetti o credenze che essi giudichino legittime o a cui di fatto aderiscono e al quale tendono a reagire con intensità proporzionale al loro senso di offesa” (Gallino 1988)

Da queste premesse si desume che la devianza è un concetto relativo in quanto sono variabili, nel tempo e nello spazio, le norme sociali e culturali che regolano i sistemi di convivenza e i processi di controllo sociale che li tutelano, inoltre, si avrebbe devianza in senso stretto solo quando il sistema, attribuendo al comportamento divergente un carattere di disfunzionalità e di pericolosità, lo stigmatizza esplicitamente.

La nuova scuola di Chicago ha evidenziato due tipi di devianza: la devianza primaria e la devianza secondaria.

La devianza primaria corrisponde alla violazione di una norma sociale mediante un atto non conforme e può essere uno strumento attraverso cui il soggetto tenta di comunicare il proprio

disagio: un gesto di antagonismo contro la società che l'ha emarginato, una forma estrema di autoterapia o anche l'espressione coraggiosa di una personalità creativa.

La devianza secondaria subentra quando avviene la stigmatizzazione: questo atto di condanna è vissuto soggettivamente dall'individuo come un'imposizione di ruolo, che talora viene rafforzata dal coinvolgimento in gruppi per i quali la devianza è diventata l'essenziale ragione di vita. Le tappe successive di questo percorso possono essere solamente in una subcultura deviante e l'elaborazione di un'ideologia che costituisce il tentativo di razionalizzare la propria situazione di emarginazione (Milanesi 1987).

Se sostanzialmente la devianza è quindi un prodotto sociale, frutto di un'etichetta che può colpire indifferentemente attraverso comportamenti anticonformisti e condotte antisociali, in che modo essa può assumere una valenza significativa per l'operatore sociale? E come evitare per l'operatore di assumere i connotati del pure semplice controllo a difesa della norma? L'enciclopedia pedagogica recita:

“Devianza è patologia del comportamento caratterizzata da atteggiamenti inefficienti ed impropri che si discostano più o meno notevolmente dalle aspettative e dalle norme che regolano la vita sociale.” (Corsi 1989)

La prima parte della definizione introduce l'espressione “atteggiamenti inefficienti ed impropri”, il focus non è quindi più centrato sul gesto di per sé ma sulla sua inadeguatezza a livello sociale. Corsi considera i comportamenti devianti come espressione di un'immaturità biosociale selettiva e persistente: selettiva in quanto non dipende da un ritardo evolutivo globale ma circoscritta solo ad alcuni aspetti dello sviluppo della personalità; persistente in quanto non viene risolta e superata nel normale processo di crescita.

Un dato caratteristico di molti comportamenti impropri che rischiano di tradursi in devianza antisociale è costituito da una certa forma di aggressività.

Nel volume “aggressività come adattamento” (1978) Bonino e Salvione sottolineano casi in cui l'aggressività viene utilizzata a vuoto, senza motivazioni evolutive:

“Quando il soggetto ha strutturato un'identità poco salda, frutto di frustrazioni precoci e di gravi limitazioni alla crescita, o è sottoposto a imposizioni di modelli culturali e sociali, può essere spinto a sviluppare un'attività espansiva e difensiva frenetica e rischia di distruggere ulteriormente il livello di strutturazione acquisito.”

In queste parole viene descritto il percorso involutivo dello svantaggio sociale che parte dai comportamenti impropri si trasforma in stigmatizzazione e infine diventa devianza.

Questa aggressività, per Regogliosi, può risolversi: in reazioni distruttive, rivolte contro altri, oppure in auto aggressività quando l'energia impiegata a scopo difensivo subisce un cambiamento di direzione e viene rivolta verso l'Io stesso.

Si tratta della cosiddetta “auto-aggressività” o “aggressività autoplastica” cui appartengono le forme di aperta aggressione contro sé stessi, autolesionismo e suicidio, e tutte le manifestazioni di regressione e di fuga dalla realtà spesso attuate attraverso la manipolazione del proprio corpo (farmaci, tossicodipendenza, alcolismo).

In un'età in cui rischio suicidario è più forte, gli adolescenti sono maggiormente a rischio di intraprendere le cosiddette condotte suicidarie. Molte sono le affinità che legano il suicidio, alla dipendenza: sia essa da farmaci, da alcol o da sostanze. Il ricorso alle droghe però, mira a soddisfare due tendenze fondamentalmente opposte: l'autoconservazione e l'autodistruzione; la prima prevale nella fase iniziale di utilizzo di sostanze ed è la più appagante, la seconda emerge invece nelle fasi successive, caratterizzate dal fenomeno dell'assuefazione (Castellazzi 1993). Nell'itinerario personale e sociale del giovane quindi, il ricorso alle droghe e la scelta di una, rispetto ad un'altra, può costituire quindi l'esito di un percorso iniziato con un disagio non risolto, perché non adeguatamente supportato e deprivato di risorse essenziali, poi proseguito con esperienze di disadattamento indotte da condizioni ambientali socioculturali ed infine aggravato e in certo modo “confermato” da processi di emarginazione attuati dai membri della comunità di riferimento. Tali passaggi hanno esposto il giovane ad una condizione di svantaggio sociale in particolare quando il comportamento improprio si è espresso nella sua forma aggressiva.

Quando il giovane tenta di reagire alla propria situazione di svantaggio, le strutture di controllo sociale pongono su di lui un'etichetta. Questo percorso si conclude in una condizione di devianza, che si fossilizza in uno stigma ovvero un'estrema imposizione di un'identità nella quale lo stesso giovane finisce per riconoscersi e fatica successivamente a togliersi.

CAPITOLO DUE: I SERVIZI DEDICATI ALLA DOPPIA DIAGNOSI E IL LAVORO DI RETE

Una scissione da risanare

É tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta che si evidenzia sempre più marcatamente l'insostenibilità della separatezza tra i servizi psichiatrici e quelli per le tossicodipendenze.

Per Regogliosi tale dicotomia appare inefficace, ingiusta e contestabile: infatti la non considerazione di una problematica psichiatrica concomitante alla tossicomania può distorcere gravemente la programmazione del trattamento, del processo di aiuto e la loro valutazione, oltre che a farli fallire.

La negazione di una problematica duale può allungare i tempi di cura senza un miglioramento effettivo della condizione della persona, può oscurare indicatori predittivi importanti ed impedire valutazioni attendibili perpetuando incertezze e confusione.

Per decenni in tutto il mondo si è assistito ad una netta separazione tra i due campi.

In Italia in particolare, tale scissione si è affermata in ogni livello: clinico, con l'abbandono da parte degli psichiatri di questi pazienti ritenuti di competenza dei soli operatori delle tossicodipendenze; socioculturale, con il delinearsi di una concezione psicosociale delle dipendenze come mero comportamento deviante agito attraverso un corpo fatto diventare preda dell'intossicazione; normativo, la legge stessa sanciva il distacco da tra psichiatria e tossicodipendenza con l'emanazione della prima legge 685/75 e poi con la 162/90 che istituiva i Sert come servizi del tutto separati da quelli psichiatrici; organizzativo, infatti anche su tale piano si configuravano due mondi sottoposti a sistemi di finanziamento, valutazione e riconoscimenti istituzionali e gestione completamente diversi e indipendenti.

Tale scissione ha gravemente distorto il pensiero sulle dipendenze e ha soprattutto danneggiato i pazienti privati di strategie terapeutiche mirate alla risoluzione della loro specifica sofferenza; ha gravato inoltre sulla psichiatria come disciplina, la quale non ha voluto/potuto sperimentarsi in tale importante ambito teorico e clinico.

Oggi la questione della doppia diagnosi porta a chiedersi se non si stia ripercorrendo una strada altrettanto confusiva ed errata, basata su un approccio obsoleto e riduttivo.

Seppur questa scissione non si sia ancora totalmente risanata, se non altro vi è ad oggi una maggiore consapevolezza della coesistenza di due disturbi, portando a delle riflessioni su come i comportamenti d'abuso si accompagnassero alle problematiche psichiatriche ed in particolare

ad una sofferenza tout-court anche negli aspetti di vita e relazionali e sociali delle persone. Altro motivo di scissione è che le dipendenze hanno messo e mettono ancora in scacco la relazione medico-paziente poiché la capacità dello psichiatra di curare viene sovrastata dall' "insubordinazione" della persona, la quale vede l'oggetto della dipendenza come una cura più efficace rispetto a quella fornita dai medici.

Da qui nasce un paradigma morale che vede il tossicodipendente come vizioso, debole, moralmente disonesto, bugiardo: una serie di etichette, la cui base è lo stigma, che nei servizi integrati odierni stona ma è ancora presente.

Come annunciato all'inizio del paragrafo è alla fine degli anni Ottanta che iniziano ad apparire le prime ricerche attendibili circa la concomitanza di disturbo psichiatrico e abuso di sostanze, andando così a formare il paradigma della doppia diagnosi, la cui nascita è dovuta a molteplici fattori che possono essere riportati, sempre secondo Rigliano, a tre aree: clinica, sistema dei servizi, società.

A livello clinico sono sempre più comuni i ricoveri di giovani che hanno avuto un esordio psicotico in concomitanza con l'assunzione di sostanze.

Esse fanno peggiorare tutti gli indici clinici e prognostici, la compliance, l'esito del trattamento, producendo maggiori tassi di ri-ospedalizzazione e riacutizzazione della sintomatologia. Le sostanze alimentano gli atti antisociali, di degrado sociale e provocano un drammatico abbassamento della qualità di vita. A seguito di ciò si consolida una cultura professionale dell'equipe, con sufficiente esperienza per rendersi conto che dietro ogni persona con dipendenza ci sono complesse storie di malessere personale e contestuale, strutturate o meno in forme psicopatologiche.

Per quanto riguarda il sistema dei servizi, Carrà e Clerici spiegano che, per molti anni, quelli privati in modo spiccato hanno prodotto un'immagine trionfalistica dei propri programmi terapeutici, mentre la letteratura scientifica ha più volte rilevato come i programmi ambulatoriali o comunitari avessero percentuali molto rilevanti di drop out e fallimenti. Fatto comune è come la dipendenza sia, già di per sé, caratterizzata da ripetute ricadute nell'uso di sostanze ed è quindi è andato emergendo sempre più il concetto che molti di quei fallimenti siano imputabili a problematiche altre, specificamente psichiatriche. Ciò ha comportato la necessità di rimettere in discussione i trattamenti, obbligando a ridefinire criteri di accesso ed esclusione, limiti e condizioni dei differenti programmi.

Per quanto riguarda invece l'aspetto dei processi sociali: a seguito della progressiva chiusura

degli istituti manicomiali moltissime persone manifestavano sofferenze e problematiche rilevanti all'interno del proprio contesto di vita. Da qui, con l'esposizione alle sostanze e la consapevolezza che tutti possono esserne coinvolti, si è sviluppata una sensibilità collettiva diversa, delineando un senso comune nuovo che ha portato alla creazione di servizi che riducessero i fattori di rischio e che sapessero prendere in considerazione la gamma articolata di situazioni possibili e che potessero aiutare le persone con diagnosi duale a recuperare, non solo gli aspetti clinici e medici della propria vita, ma anche a risolvere/ridurre i loro problemi di natura sociale, relazionale.

È possibile avanzare l'ipotesi che le problematiche relative alla comorbidità contribuiscano a rimettere in discussione quella separatezza e incomunicabilità tra i servizi psichiatrici e quelli per le tossicodipendenze; tuttavia, è ancora un'esperienza troppo comune inviare i pazienti da un servizio all'altro affinché nulla cambi nella routine terapeutica del proprio servizio.

È vero anche che la doppia diagnosi consente l'apertura di canali comunicativi fra servizi, consolidando tentativi di collaborazione tra operatori che possono portare alla definizione di protocolli da stabilire e valutare nel tempo. Possono quindi costituirsi mini-equipe che condividono l'esperienza clinica fondata sull'integrazione tra operatori particolarmente sensibili, impegnati tutti nella diagnosi e nel trattamento di pazienti portatori di comorbidità, compreso l'assistente sociale.

Il modello d'intervento più auspicabile è quello della condivisione [Rigliano]:

“costituito da un sistema specifico con un'equipe 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'equipe con un compito specifico e non una mera somma di singoli operatori.”

Ciò che farebbe la differenza è, secondo Rigliano, l'organizzazione di progetti e responsabilità, una distribuzione adeguata dei ruoli.

Un'equipe integrata e formata su questo tipo di situazioni può sviluppare e sperimentare esperienze che hanno alla base una solida formazione e base scientifica. Nuovi modelli di intervento possono essere pensati, attuati e successivamente valutati consentendo di riflettere sui propri strumenti di lavoro e sulle risorse disponibili evitando l'“effetto pingpong” tra i vari servizi e l'abbandono delle persone ritenute non di competenza del proprio specifico servizio.

Anche Fioritti e Solomon evidenziano come i servizi di salute mentale tendano a rifiutare le persone con comorbidità perché non portatori di problematiche squisitamente psichiatriche, nonostante l'abuso di sostanze sia incluso tutti gli effetti nel capitolo quinto del ICD 10 e che quindi tale rimozione sia del tutto ingiustificata. Per motivi del tutto analoghi, anche le varie figure professionali operanti nei Serd tendono a respingere a considerare come “perduti” quelle persone che, oltre a presentare un problema di abuso di sostanze, esibiscono anche una franca patologia psichiatrica.

Un interessante confronto è partito nella Regione Veneto da un movimento di tipo culturale: psichiatri di formazione professionale simile, ma di collocazione istituzionale diversa hanno provato ad incontrarsi e a creare i presupposti per una riflessione comune sul che “cosa era diventata” la loro identità professionale e culturale, costituendo nei primi anni Duemila il “gruppo dipendenze Psi.Ve. Sezione Veneta della Società Italiana di Psichiatria”.

Riconducendo in un produttivo gioco di incroci gli aspetti “di dipendenza“ e “psicopatologici” nell’organizzazione dei diversi Servizi, sono emerse importanti opportunità di confronto che hanno portato a interrogarsi su che cosa stava oltre la consueta dichiarazione di non appartenenza di un paziente con doppia diagnosi al proprio Servizio per poter finalmente cominciare a chiedersi quali concretamente fossero gli strumenti per la comprensione oltre che per il trattamento di tali pazienti complessi.) Il gruppo ha organizzato un seminario che si è svolto a Padova proprio sul tema della doppia diagnosi, un’occasione in cui, tra l’altro, si è riflettuto sulla nascita e l’evoluzione storica dei due sistemi assistenziali, sul senso della presenza di psichiatri nei SerT (il che equivale a porre la questione se le dipendenze siano di per sé di pertinenza psichiatrica) e sui rapporti che legano i SerT ai DSM.

È stata rilevata, in quell’occasione, che gli psichiatri dei SerT fossero ben lungi dal provare nostalgia per la disciplina madre: erano assai motivati a proseguire il loro lavoro entro il proprio ambito e, sul piano organizzativo, tendevano a valorizzare l’autonomia dei SerT e la loro separazione dai Dipartimenti di Salute Mentale.

Gli psichiatri dei DSM tendevano a condividere la stessa visione stigmatizzata del tossicodipendente, come persona: manipolativa, in malafede, scarsamente gratificante, fonte di problemi e grattacapi, nonché avido consumatore di risorse. Le opinioni emerse confermano tutti quegli aspetti di separatezza discussi all’inizio del paragrafo e ha fatto emergere quindi la necessità di una politica estesa di formazione congiunta tra operatori, non necessariamente solo medici, dei due Servizi. (Favaretto; Compagno; Bellio).

Psi.Ve. continua oggi il suo lavoro promuovendo attività di ricerca, di didattica e di assistenza a vantaggio e tutela della salute mentale, e curando i rapporti tra i vari servizi, gli enti e le autorità della Regione Veneto.

Come intervenire?

E' evidente quindi come, sempre più, si renda necessaria una metodologia di lavoro integrato tra i servizi dedicati alla salute mentale e quelli dedicati alle tossicodipendenze ma non solo: fondamentale è impiegare un approccio "di rete" la cui base fondante è la collaborazione interservizi all'interno di una data comunità, la quale mette a disposizione tutte le risorse possibili per la buona riuscita degli interventi di aiuto a favore delle persone in condizione di svantaggio e si prodiga in un'ottica di "generatività" a partire dalle risorse personali dei componenti che ne fanno parte.

Favaretto, Compagno e Bellio affermano che, secondo il modello integrato, la presa in carico dei casi con doppia diagnosi viene fatta da un'unica équipe specializzata in questo settore, competente nel trattamento sia dei disturbi da dipendenza che dei disturbi mentali. In questo caso il paziente riceve una spiegazione coerente della sua malattia ed una prescrizione terapeutica altrettanto coerente, piuttosto che un insieme contraddittorio di messaggi da parte di diverse équipe curanti.

Secondo Rigliano, principi fondamentali e irrinunciabili del lavoro integrato e di rete sono: l'offerta di un approccio globale alla persona con estrema attenzione alle sue esigenze e alle sue caratteristiche; la costruzione di un'alleanza terapeutica basata su fiducia, onestà, confidenzialità, chiarezza; l'impegno dei professionisti a stabilizzare le condizioni abitative, familiari, sociali e mediche della persona e a lavorare senza alcun tipo di pregiudizio stigma o preclusione, offrendo massima accoglienza; impiegare tutti gli strumenti necessari e disponibili sia del singolo servizio che del territorio; programmare una presa in carico temporalmente adeguata e organizzata per stati evolutivi ed obiettivi intermedi modificabili in itinere; attuare prevenzione con specifici programmi; costruire e aggiornare la rete sociale e terapeutica a cui ricorrere nei singoli casi, curando i rapporti con le reti; assicurare formazione dell'equipe per attuare interventi basati su competenze capacità di analisi di creatività nel rispetto degli aspetti etici.

“Tuttavia, la vera integrazione non è applicare pedissequamente delle tecniche già esistenti ma chiedersi come i singoli costituenti delle tecniche e delle risorse possano farle convergere nel tempo e secondo quale piano e quali fini, per arrivare a capire e modificare il rapporto col

paziente assumendosi responsabilità.”

Gatti a tal proposito ritiene sia necessario, puntare alla costruzione di reti locali costituite da gestori diversi ma corresponsabilizzati nella programmazione e nella manutenzione tecnico-economica delle reti, con il fine di realizzare possibilità di offerta più ampie ed adeguate ai bisogni dell'utenza. Ritiene inoltre necessaria una messa in comune, tra i diversi gestori, di risorse tecniche e professionali per la realizzazione di nodi funzionanti per tutta la rete locale (es. osservazione diagnostica del trattamento “doppia diagnosi” ma anche supervisione, formazione e prevenzione). Infine, dà importanza al superamento dell'unità di tempo, di luogo e di azione nell'operatività delle equipe multidisciplinari mediante una interazione diversa tra persone le quali, pur operando in tempi, luoghi ed azioni differenti sulle stesse persone, possano condividere la creazione di equipe trasversali alle diverse organizzazioni.

In sintesi, è necessario che tutta l'equipe condivida un approccio basato sulla conoscenza sofferenza e delle sue svariate sfaccettature e che sia a conoscenza delle adeguate modalità per affrontarla; solo così si otterrà, di riflesso, una rete alternativa al semplice assemblaggio di varie funzioni e tecniche non discusse né tantomeno concordate.

Cazzullo ritiene che ci siano ambiti di intervento che richiedono un'attenzione particolare. In primis le problematiche inerenti alla prevenzione dei comportamenti «a rischio»: oltre ai tossicodipendenti, sono soprattutto i pazienti psichiatrici più gravi a risultare oggi particolarmente vulnerabili all'assunzione delle sostanze. A seguire, l'attenzione specifica ai problemi dell'infanzia e dell'adolescenza come terreno primario di sofferenza e di frequente induzione di precoci avvicinamenti alle sostanze. Ritiene poi necessario uno studio attento delle interazioni fra trattamenti: medici (sostitutivi o antagonistici), infettivologici e psicofarmacologici destinati al controllo della sintomatologia psichiatrica nelle condizioni di comorbidità. Infine, pone l'attenzione sul ruolo sempre più centrale della famiglia come risorsa nella terapia e nella prevenzione a lungo termine delle ricadute.

Sulla base di queste premesse si potrebbe quindi affermare che occorrono, idealmente, servizi per le tossicodipendenze come parte integrante dei Dipartimenti di salute mentale, poiché la sofferenza e le problematiche che le dipendenze sollevano sono competenza della psichiatria autenticamente comunitaria. La psichiatria di comunità è psicologicamente fondata sull'integralità delle persone sofferenti ed opera su molteplici livelli e integra differenti professionalità.

Tuttavia, i servizi per le dipendenze e quelli psichiatrici si differenziano per storia, formazione,

filosofia, ideologia, modalità e stili terapeutici.

Per Fioritti e Solomon, queste diversità non devono essere un alibi per continuare nella separatezza ma al contrario possono essere comune terreno di confronto per arrivare a una diversificazione, pur in uno stesso dipartimento.

“Ogni grave problema sanitario, ed il problema della doppia diagnosi lo è, ha irriducibili valenze ed implicazioni biologiche, psicologiche e sociali ed ogni tentativo di scotomizzare una o due di queste tre dimensioni a svantaggio dell'altra o delle altre, si rivela alla lunga fallimentare.”

L'abuso di sostanze e la comorbilità psichiatrica rappresentano infatti la quintessenza dei disturbi da interpretare in chiave biopsicosociale (Leshner 1990), pertanto gli interventi dovranno necessariamente includere aspetti relative a tutte queste tre macroaree.

Il problema dei pazienti delle aree di confine, come più genericamente in Italia vengono chiamate le persone con doppia diagnosi, deve ancora trovare una sua collocazione culturale ancor prima che applicativa.

L'epidemiologia dei servizi psichiatrici e delle tossicodipendenze ha raramente affrontato il problema pur evidenziando la sua rilevanza numerica assoluta e relativa [Clerici e altri 1989, Tempesta e altri 1989; Tempesta e Pozzi 1994; Fiorini e altri 1997].

In secondo luogo, il cambiamento dovrebbe essere basato sulla diffusione di una cultura clinica adeguata negli operatori dei servizi di entrambi i settori, partendo da esperienze di formazione incrociata fin dalla frequenza delle scuole di specializzazione; infatti, pochi corsi di specialità prevedono frequenze o anche lezioni teoriche sulle cosiddette aree di confine. In terzo luogo, il cambiamento dovrà essere in qualche misura congruo alle condizioni culturali in cui si produce.

L'assistenza ai tossicodipendenti si poggia attualmente su due pilastri: i SerD da un lato e l'universo delle comunità terapeutiche dall'altro, le quali costituiscono una particolarità e una risorsa della realtà italiana.

É necessario, per Fioritti e Solomon, che tutte queste istituzioni, più che cercare cambiamenti catastrofici, comincino a dialogare ed eventualmente ad incorporare elementi teorici e pratici della cultura delle altre.

Il concetto di doppia diagnosi può veicolare importanti cambiamenti anche in Italia, al fine di assicurare un miglior trattamento ai pazienti ma bisogna altresì riconoscere che nel nostro contesto culturale ciò può presentare alcuni aspetti problematici.

Innanzitutto, perché cominciare a definire il problema dalla diagnosi? La lotta anti-istituzionale e antipsichiatrica in Italia e nel mondo ha visto proprio nella diagnosi lo strumento sociologico per eccellenza di “etichettamento” della devianza ed emarginazione del malato di mente. Appoggiare un cambiamento, un nuovo sistema sulla diagnosi anzi, su una doppia diagnosi, crea indubbe resistenze nel nostro paese. Anche un cattivo uso dei sistemi diagnostici ne è la prova: basti pensare alla sistematica dimenticanza degli assi IV e V del DSM rispetto alla dimensione psicosociale del caso. È quindi importante impostare il discorso partendo da una solida base medico psichiatrica purché non sia fine a sé stessa e non esaurisca gli aspetti sociologici.

È proprio in questi aspetti che subentra la figura dell’assistente sociale all’interno dei servizi specialistici.

L’assistente sociale: rappresentante del lavoro integrato e di rete

L’Assistente Sociale, all’interno dei servizi per le dipendenze, è ad oggi una figura di collegamento tra persona, servizio specialistico e servizi esterni. Prende in carico la persona per seguirla dal punto di vista sociale indirizzandola, tramite mansioni di segretariato sociale, verso i vari sussidi attivabili a suo favore. Effettua colloqui di chiarificazione e sostegno con persone e familiari, preferibilmente in presenza ma anche tramite telefono o videochiamata; partecipa alle riunioni d’equipe, alle UVMD, ai tavoli di lavoro, agli incontri per il Piano di Zona. Lavora in equipe per favorire la completezza del progetto per la persona aggiungendo all’anamnesi sanitaria una di tipo sociale, familiare e lavorativa. Si occupa degli inserimenti in comunità, delle verifiche per chi è già stato inserito e attiva misure alternative al carcere per coloro che ne hanno diritto. Si adopera infine per la prevenzione e la riduzione della marginalità sociale, una frequente conseguenza dovuta all’uso di sostanze.

L’assistente sociale all’interno dei Centri di salute mentale sociale partecipa altresì alle varie attività apportando la propria competenza professionale e curando la componente sociale dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione rivolti al paziente psichiatrico e alla sua famiglia in collaborazione con le altre istituzioni del territorio.

Il lavoro dei professionisti all’interno dei servizi specialistici è di tipo sinergico e interconnesso con quello degli altri professionisti del servizio: si prodiga per la progettazione e realizzazione di progetti individuali di cura e riabilitazione ed interventi volti a favorire l’accesso ai servizi territoriali.

Gli assistenti sociali partecipano inoltre ai programmi di inserimento in strutture residenziali e

semiresidenziali convenzionate nonché ai programmi di reinserimento familiare e sociale al termine dei percorsi di cura riabilitative nelle strutture terapeutiche o dopo ricoveri in strutture ospedaliere sia in regime volontario che obbligatorio, oppure occupandosi del prolungamento del progetto residenziale o di eventuali trasferimenti di struttura (sempre accertandosi, tramite visite e colloqui, della messa a conoscenza della persona ed ascoltando la sua opinione secondo il principio dell'autodeterminazione).

Gli assistenti sociali all'interno di questi servizi promuovono la creazione e le attività di socializzazione dei gruppi, incentivano ed informano le persone relativamente ai programmi di inserimento lavorativo, di formazione professionale e rispetto alle modalità secondo cui procedere per la loro attivazione e collaborano con gli amministratori di sostegno anche in collegamento con gli organi giudiziari.

Quando necessario collaborano col servizio sociale comunale e l'Autorità Giudiziaria competente in base alla problematica emersa.

Gli assistenti sociali sono infine parte attiva nella realizzazione di programmi dipartimentali a favore del benessere della popolazione psichiatrica o tossicodipendente del territorio, in relazione alle linee guida del Piano di zona vigente.

Principi generali di trattamento dei pazienti con doppia diagnosi

I pazienti con doppia diagnosi necessitano di programmi speciali che integrino e coordinino elementi del processo di trattamento della malattia psichiatrica e della tossicodipendenza. Il trattamento di questi pazienti è un processo dinamico ed una storia di ricadute ed esacerbazioni deve essere messa in conto, tollerata in misura ancora maggiore di quanto non sia per i soggetti con una sola diagnosi.

Per Fioritti e Solomon, il trattamento va individualizzato sulla base dei problemi specifici presentati da ciascuna persona e questi sono i più disparati: non esiste un tipico paziente con doppia diagnosi, conseguentemente non esiste un tipico trattamento standard; di volta in volta possono essere incluse varie forme di terapia medica e psicologica di counseling, interventi psico-educazionali, gruppi di auto aiuto e servizi sociali di sostegno. È dimostrato che i risultati migliori si ottengono esaminando attentamente i problemi e bisogni delle persone abbinando a questi risposte visualizzate ed integrate.

“Lo scopo del trattamento delle persone con doppia diagnosi non è diverso da quello del trattamento degli altri: si tratta di tornare ad un benessere individuale ad un funzionamento sociale valido nella famiglia e nella comunità ad un livello commisurato al potenziale della

persona che va implementato attraverso processi di empowerment.”

Una durata adeguata del trattamento è cruciale per ottenere dei risultati: ciò significa spesso una presa in carico a tempo indeterminato dato che, sia il disturbo psichiatrico che la tossicodipendenza, possono essere condizioni croniche o subcroniche con esacerbazioni e ricadute.

Si può dunque affermare che: più gli schemi di trattamento per le due condizioni sono integrati migliori sono le possibilità di successo.

Un aspetto da tenere a mente è che il trattamento non è sempre volontario, ma può essere esercitato da pressioni esercitate da familiari, datori di lavoro o organi giudiziari, i quali possono incentivare o rendere necessario l'inizio di un percorso di cura e, se adeguatamente supportati, renderlo duraturo nel tempo.

Un trattamento efficace comincia con una valutazione completa: dato che ciascun disturbo può aggravare il decorso dell'altro, tutti gli aspetti clinici e psicosociali devono essere indagati e ben conosciuti. Questo deve essere molto chiaro sia per la persona che per chi lo aiuta.

All'inizio di ogni progetto di trattamento integrato ci sono alcune domande basilari che occorre porsi: dove, quando, come e da chi il paziente con doppia diagnosi deve essere trattato? Sfortunatamente la risposta spesso viene data da parametri economici, dalla disponibilità di risorse, da rigidità amministrative che perpetuano vecchi metodi e abitudini magari in nome di un principio di economicità tutto da verificare.

Gli atteggiamenti degli operatori, inoltre, hanno un ruolo fondamentale nel far sì che un paziente decida di intraprendere un percorso di trattamento a lungo termine, una volta risolto il problema acuto. Un atteggiamento neutrale, non giudicante né punitivo, si rivela più fruttuoso e favorisce il mantenimento del contatto tra la persona e gli operatori dei servizi creando un rapporto di fiducia significativo.

Questo tipo di rapporto non è di facile costruzione: sovente le persone con dipendenza generano sentimenti e pensieri negativi da parte degli operatori sanitari in quanto possono perdere il controllo, non seguire i consigli, arrivare in ritardo agli appuntamenti o non arrivano per niente. Se si stabilisce una relazione di contrapposizione al paziente con doppia diagnosi, inevitabilmente si creeranno le premesse per un fallimento terapeutico, a maggior ragione in una fascia d'età delicata come quella dell'adolescenza.

È particolarmente importante, in sintesi, prestare attenzione al non stabilire con la persona una relazione basata sulla contrapposizione.

I pazienti con doppia diagnosi possono spesso esibire tratti di personalità narcisistici, borderline, istrionici o antisociali che la maggior parte delle persone evita volentieri a causa di una difficoltà relazionale fortemente condizionata dal disturbo psichiatrico in sé. Si tratta in genere di persone resistenti ai trattamenti, con un atteggiamento ambivalente nei confronti degli operatori e del processo di aiuto.

Un'idea ancora persistente è che l'alcolismo e la tossicodipendenza siano affezioni della volontà o debolezze morali quando, in realtà sono una patologia a tutti gli effetti.

Il sistema ideale è difficilmente raggiungibile ma è possibile incorporare in ogni realtà locale vari elementi di buon trattamento e buone prassi sia nei servizi di salute mentale che per le tossicodipendenze sia nel territorio intero.

I trattamenti psicosociali

Per Fioritti e Solomon, il funzionamento sociale del paziente psichiatrico grave, così come quello del tossicodipendente, è ridotto in misura variabile alla sua malattia: ciò è tanto più vero per il paziente con doppia diagnosi.

“Lo svantaggio sociale che viene a crearsi in assenza di risorse ed interventi causa l'accumularsi di molteplici bisogni sociali insoddisfatti che condizionano il decorso della malattia costituendo specifici “stressors” cui il paziente risulta particolarmente vulnerabile e che possono causare ricadute cliniche sia nel disturbo psichiatrico che nell'uso di sostanze.”

Le aree in cui maggiormente tali bisogni si esprimono sono quelle delle relazioni familiari, dei rapporti col vicinato, dell'accesso al mondo del lavoro e del lavoro in sé, dei servizi psichiatrici, dei servizi sociosanitari e dei benefici sociali come mense, trasporti, sussidi. Secondo De Girolamo, Fioritti e altri, a quest'ordine di bisogni i servizi territoriali italiani hanno cercato di dare una risposta secondo modalità molto variabili in intensità e completezza: tutte riconducibili comunque al principio e alla pratica della presa in carico del paziente da parte di un'equipe multidisciplinare nella quale medico psicologo, infermiere, assistente sociale e le altre professionalità sociosanitarie in misura diversa a seconda dei luoghi affrontano, oltre ai problemi medico psichiatrici e di dipendenza, anche quelli psicosociali.

Fioritti e Solomon ritengono necessari, negli interventi psicosociali e nella presa in carico del paziente: il monitoraggio sintomatologico, ovvero un lavoro congiunto tra case manager e paziente per il riconoscimento precoce di sintomi di ricaduta; la gestione dei farmaci, un lavoro congiunto tra case manager e il paziente per il riconoscimento dei benefici e degli effetti collaterali e per stabilire congiuntamente il medico una farmacoterapia ottimale; un lavoro sulla

prevenzione delle ricadute, con strategie di problem solving applicate all'uso di sostanze; un sostegno psicosociale, con strategie di problem solving applicate alle relazioni interpersonali; un'assistenza psicosociale specializzata, ovvero contatti con le agenzie sociali per problemi di alloggio, mensa, trasporti, finanziari; un aiuto e una tutela nella gestione del denaro; un'assistenza medica, ovvero contatti con il medico di medicina generale, infettivologi, laboratori; infine un Asserted Case management ovvero un atteggiamento assertivo di ricerca attiva del paziente. Infine, se c'è volontà da parte della persona di abbandonare il programma in un momento di crisi, si attivano altri interventi psicosociali in vivo come i gruppi di auto aiuto e un lavoro di prevenzione delle ricadute.

Il lavoro integrato e l'approccio di rete nella presa in carico di persone con doppia diagnosi

Rispetto ai modelli adottati in precedenza, il trattamento integrato (Minkoff 1989) è attualmente riconosciuto come il maggiore efficiente.

Si tratta di un tipo di trattamento dove entrambe le condizioni patologiche vengono accolte allo stesso tempo e nello stesso setting: il trattamento psichiatrico e quello per le tossicodipendenze sono portati avanti dallo stesso terapeuta, dallo stesso staff all'interno dello stesso servizio, per assicurare alla persona un approccio coerente e completo.

Fioritti e Solomon ritengono che il trattamento integrato assicuri anche la riduzione o l'annullamento dei conflitti tra servizi, eliminando l'inconveniente di dover frequentare due servizi, di ascoltare due ordini di messaggi tra loro potenzialmente in contraddizione e di rimuovere barriere burocratiche ed amministrative all'accesso e alla prosecuzione delle cure. Sebbene molti servizi non siano ancora pienamente integrati possono avere integrato alcuni elementi chiave al loro interno.

Uno studio prospettico condotto a New York (Hellerstein 1995) ha dimostrato che la maggior parte dei pazienti con diagnosi di schizofrenia e abuso di sostanze stabilisce e mantiene nel tempo una relazione terapeutica coi servizi territoriali se questi sono integrati sotto il punto di vista temporale e logistico e come filosofia di trattamento.

Se i servizi non sono integrati la maggior parte dei pazienti lascia il trattamento nelle fasi iniziali o non comincia neppure.

Una rassegna di dieci programmi integrati (Drake e altri 1998) ha dimostrato che, sebbene i risultati preliminari abbiano ancora qualche margine di incertezza, i trattamenti integrati mostrano un potenziale elevato nell'agganciare in trattamento i pazienti con doppia diagnosi

nell'aiutarli a ridurre l'uso di sostanze e nell'ottenere remissioni cliniche.

A livello nazionale, in tempi recenti, con il DPCM del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo uno comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 numero 502” l'integrazione tra servizi è prevista.

In particolare: l'articolo 26 “Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali” al comma 1 prevede la collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità. All'articolo 28 “Assistenza sanitaria alle persone con dipendenze patologiche” al comma 1 è prevista la collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.

A livello Regionale, Favaretto, Compagno e Bellio, hanno esaminato tre protocolli di collaborazione tra i SerT e i DSM in tre ULSS Venete, cioè Chioggia (VE), Conegliano (TV) e Castelfranco Veneto (TV). Il primo protocollo (Chioggia) enfatizza inizialmente la necessità di individuare con precisione i soggetti che potrebbero avvantaggiarsi di trattamenti integrati. Invita i Servizi a valutare l'esistenza di una doppia diagnosi in tutti i casi di psicosi acuta e nelle dipendenze refrattarie agli usuali trattamenti. Il caso con doppia diagnosi viene seguito congiuntamente dalle mini-équipes dei due Servizi che si riuniscono periodicamente per discutere i casi comuni. Il trattamento deve essere inizialmente indirizzato alla eliminazione dei sintomi indotti da sostanze, alla stabilizzazione tossicologica, e/o alla riduzione dei sintomi psicopatologici o comportamenti patologici. Successivamente verrà attivato un programma integrato personalizzato. Il protocollo individua alcuni indicatori per la valutazione dell'andamento del progetto terapeutico.

Il secondo protocollo (Conegliano) individua in modo preciso, anche con diagrammi di flusso, le procedure di contatto e di reciproca consulenza urgente, di media urgenza e non urgente. Se viene ritenuta opportuna una presa in carico congiunta le mini-équipes dei due Servizi si consultano ed eventualmente danno origine ad un gruppo di lavoro misto integrato. Vengono, altresì, individuate le procedure per l'avvio di programmi di Comunità o di reinserimento lavorativo.

Il terzo protocollo (Castelfranco Veneto), infine, stabilisce alcuni principi alla base della collaborazione: la formazione di un'équipe mista sul caso, la rinuncia alla definizione delle competenze sulla base della sintomatologia prevalente o primaria, quanto piuttosto la messa in comune delle risorse terapeutiche necessarie. Queste tre esperienze sono accomunate tutte dall'individuazione dell'équipe mista sul caso come momento fondante dell'integrazione. In

tutti e tre i casi il modello organizzativo perseguito è quello integrato, come d'altra parte era prevedibile data la lunga tradizione di lavoro multidisciplinare in gruppo da parte sia della psichiatria che delle tossicodipendenze.

Esempi di programmi di trattamento integrato dal passato

Oltre ad essere integrati, nel senso di affrontare contemporaneamente nello stesso servizio entrambi i problemi, i trattamenti dovrebbero, in assenza di un unico setting, essere integrati anche all'interno di ciascun sistema psichiatrico o per le tossicodipendenze.

I servizi territoriali hanno la responsabilità di completare l'assestamento diagnostico e di formulare in maniera congiunta un piano terapeutico riabilitativo individualizzato per l'utente. Bachman (1997) ha descritto un programma di trattamento integrato per pazienti con doppia diagnosi in un reparto chiuso dell'ospedale psichiatrico universitario di Berna in Svizzera. Il trattamento procede attraverso quattro fasi.

Nella fase uno si procede ad un esame diagnostico completo, dagli esami di routine a quelli tossicologici sulle urine, che vengono poi ripetuti periodicamente a raggiungimento di uno status di astinenza. I farmaci sono prescritti controllati con regolarità. Lo scopo principale in questa fase è stabilire una buona alleanza terapeutica.

Nella fase due si cerca di rafforzare la motivazione del paziente a mantenersi astinente e ad ottimizzare il trattamento del disturbo psichiatrico cominciando ad esplorare un progetto di vita e di cura all'esterno, valutando attentamente potenzialità e rischi sia per l'uso di sostanze che per eventuali ricadute del disturbo psichico. Possono essere avviati anche gruppi di social skills training che riguardano direttamente le abilità richieste per affrontare problemi della vita reale. Nella fase tre le attività della fase precedente vengono intensificate e cominciano ad esserci accordi di permessi durante i quali le abilità vengono messe alla prova all'esterno: i familiari vengono coinvolti nei gruppi in sedute individuali e vengono presi i contatti per i servizi ambulatoriali esterni che provvederanno all'aftercare.

Nella fase quattro vengono finalizzati i piani di aftercare: il paziente trascorre la maggior parte delle giornate all'esterno fino alla dimissione. Le componenti del programma ambulatoriale che di volta in volta possono essere attivate sono molteplici: terapia d'ambiente o milieu therapy comprendenti assistenza in attività domestiche quotidiane come fare la spesa, cucinare etc.; partecipazione a gruppi di auto aiuto; partecipazioni a gruppi per la prevenzione delle ricadute; terapia individuale di tipo cognitivo comportamentale; gestione individualizzata dei farmaci; sedute individuali con familiari e amici; serate con scopo informativo e ricreativo; assistenza

sociale per problemi di alloggio, finanziari e lavorativi.

Questo esempio di programma molto completo e integrato si basava su alcuni principi e risorse difficilmente disponibili, sia in Italia che negli USA.

Esso prevedeva una degenza di 8-10 settimane in un reparto chiuso ed una collaborazione tra servizi ospedalieri del territorio molto stretta.

Se da un lato è vero che spesso i pazienti con doppia diagnosi accumulano nell'arco di un anno ben più di dieci settimane di ricovero con risultati frustranti, sia per le persone che per l'equipe, difficilmente una programmazione basata su tempi di degenza così lunghi può essere accettata sia culturalmente, sia a livello amministrativo.

La filosofia di trattamento sottostante questo programma può però essere adattata localmente: ad esempio sfruttando bene un ricovero volontario in una casa di cura o residenza pubblica eventualmente dopo un breve passaggio in un reparto di diagnosi e cura.

Le componenti del programma venivano strutturate in momenti prefissati e comprendevano colloqui di valutazione generale, visita medica generale, esami biochimici, colloqui motivazionali, revisione periodica delle terapie farmacologiche, gruppi informativi alcuni dei quali aperti o dedicati ai familiari, contatti col SerD o il servizio psichiatrico locale (Csm) per il follow up e l'after care.

Le stesse componenti descritte da Bachman (1997) possono essere attivate presso i servizi territoriali psichiatrici e per le tossicodipendenze che già possiedono una riconosciuta familiarità col tipo di intervento psicosociale richiesto ovvero la presa in carico globale. Fisher e Bentley (1996) hanno condotto uno studio sperimentale in un contesto di ricovero ed ambulatoriale comparando tre forme di terapia di gruppo per i pazienti con doppia diagnosi. Nel loro studio, la terapia basata sul modello cognitivo comportamentista era superiore alle altre due nel ridurre la gravità dell'abuso e i problemi psicologici personali/familiari.

I loro risultati corroborano l'idea che gli interventi terapeutici di gruppo a breve termine siano più appropriati per questi pazienti, che spesso hanno incontrato molti fallimenti nel clima per loro altamente emotivo (McLellan e altri 1993)

Hellerstein e altri (1995) hanno descritto un servizio ambulatoriale integrato e specificatamente dedicato a pazienti schizofrenici con abuso e dipendenza da sostanze comparando i loro esiti con quelli di due servizi separati che avevano in carico pazienti simili.

Il loro risultati dimostrano che la maggior parte dei pazienti con caratteristiche di questo tipo stabiliscono e mantengono una relazione terapeutica presso i servizi ambulatoriali se questi

sono integrati fisicamente, temporalmente e come filosofia; se ciò non avviene la maggior parte dei pazienti abbandona presto il trattamento o non vi entra per niente.

Il mantenimento del contatto dimostra invece una svolta, associata ad una riduzione della sintomatologia psichiatrica e dei ricoveri e ad un aumento delle giornate trascorse in astinenza da sostanze.

Molti pazienti con doppia diagnosi sono trattati in strutture private ambulatoriali di ricovero: questi pazienti sono generalmente ignorati dalle ricerche epidemiologiche ma ciò non di meno rappresentano una quota significativa di questa popolazione.

Miller (1994) ha descritto in dettaglio le diagnosi dei pazienti da lui visti nella sua pratica privata identificando un numero ragguardevole superiore al 40% di ospiti con doppia diagnosi. Secondo Miller, molte delle tecniche di trattamento descritte in precedenza possono essere applicate alle persone che vengono viste in questo setting: ci sono infatti molti studi che hanno preso in considerazione diversi tipi di trattamento indipendentemente dal setting in cui venivano praticati.

Componenti del processo terapeutico sperimentato in un setting possono quindi essere incorporate ed adattate in altri in modo originale e creativo ed anzi, diversi autori incoraggiano ad assumere un atteggiamento di questo tipo.

Bellach e di Clemente (1999) hanno descritto un trattamento integrato che prendeva in considerazione i deficit motivazionali cognitivi e relazionali specifici per la schizofrenia e che può essere praticato in setting molto diversi: reparto, ambulatorio, pratica privata etc. Il loro modello consiste in quattro moduli di trattamento che vengono messi in opera uno dopo l'altro.

Nel primo, basato su tecniche di social skills training e problem solving, si cerca di mettere la persona in condizione di stabilire e mantenere rapporti con persone che non usano sostanze e in grado di saper dire di no alle varie pressioni sociali.

Nel secondo, di tipo prettamente psico-educazionale, vengono fornite informazioni sulle ragioni più comuni che portano all'uso di sostanze eliminando anche abitudini occasionali e i circoli viziosi che portano alla dipendenza ed informando sui pericoli aggiuntivi che l'abuso di sostanze comporta per i pazienti con diagnosi di schizofrenia.

Nel terzo, basato sull'approccio motivazionale, si cerca di corroborare la determinazione a mantenersi astinenti e vengono anche applicati rinforzi individuali.

Nel quarto, basato su tecniche di tipo cognitivo comportamentale, vengono rinforzati i

comportamenti adattivi che consentono di fronteggiare le situazioni ad alto rischio e si lavora con le tecniche di relapse prevention.

In conclusione, il trattamento del paziente con doppia diagnosi può avvenire anzi avviene regolarmente in svariati setting e più gli elementi del processo di cura sono integrati maggiore sarà la possibilità di raggiungere un successo terapeutico.

I “luoghi” e le strategie della presa in carico oggi

I pazienti con doppia diagnosi si presentano ad una vasta gamma di servizi sia per le tossicodipendenze che psichiatrici e il loro trattamento è esercitato in ognuno di questi luoghi: servizi ambulatoriali, comunità, strutture ospedaliere ecc.

Per Fioritti e Solomon, il luogo specifico in cui si svolge il trattamento è meno importante della filosofia di trattamento che si segue: un trattamento integrato ben strutturato può essere praticato indifferentemente in un setting o in un altro, a patto che mantenga una sua coerenza con i principi che sono stati descritti precedentemente.

Cazzullo ritiene inoltre che:

“Il contributo delle comunità terapeutiche, del privato sociale “no profit” e del volontariato che operano nelle più diverse realtà della tossicodipendenza, ha allargato la dimensione terapeutica su confini dove le distanze tra intervento sanitario e intervento socioassistenziale sono meno definite e i luoghi della terapia meno esclusivi. Le diverse tecniche di trattamento a disposizione - da quelle farmacologiche a quelle psicoterapeutiche a quelle psicosociali e riabilitative - non sono infatti più identificabili come modelli rigidi erogabili esclusivamente dal Servizio Sanitario Nazionale, ma piuttosto come strumenti che, di volta in volta, possono essere adattati al progetto terapeutico necessario per ogni singolo paziente e realizzati da protagonisti diversi, meglio se in collaborazione tra loro.”

Nella Regione Veneto, l'accesso al percorso di presa in carico integrata per un paziente già in carico al Dipartimento Salute Mentale o al Dipartimento Dipendenze richiede una valutazione preventiva da parte dei servizi dopo aver compiuto un'accurata diagnosi differenziale. Per persone non precedentemente in carico ai servizi l'accesso può avvenire secondo diverse modalità: accesso diretto al Csm e/o al Serd, invio da parte del medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS) per una valutazione specialistica, invio da parte della neuropsichiatra infantile (NPI) per una valutazione specialistica anche in previsione di una presa in carico condivisa, accesso dal pronto soccorso o da reparto ospedaliero a seguito di richiesta di consulenza specialistica o tramite invio da parte dell'autorità giudiziaria.

É sempre necessario il coinvolgimento nel percorso di cura della persona e dei suoi familiari fin dai primi contatti con i servizi specialistici, nonché dal MMG o dal PLS.

Dopo la valutazione differenziale iniziale e confermata la necessità di presa in carico integrata in presenza di doppie diagnosi per gli utenti ad elevato carico assistenziale multi-complessi, viene attivata l'equipe multidisciplinare, per completare la valutazione del paziente, necessaria per la predisposizione di un programma terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) da presentare, ove necessario, in sede di unità valutativa multidisciplinare distrettuale (UVMD). É necessario definire chiaramente la titolarità della presa in carico e la relativa equipe curante con la figura del case manager ovvero la figura centrale dell'equipe curante che, in relazione ai bisogni specifici dell'utente in relazione con il PTRI, ha un ruolo fondamentale nel coordinare ed efficientare il percorso di cura attraverso il collegamento tra i professionisti coinvolti, la persona stessa, i suoi familiari, il sistema della rete e il contesto sociale.

L'equipe multidisciplinare

L'equipe multidisciplinare (EM) è interdipartimentale, funzionale ed è costituita stabilmente da operatori dei due servizi che, per parte del loro tempo/lavoro, si riuniscono regolarmente almeno due volte al mese.

La responsabilità dell'equipe è in capo ai direttori di Dipartimento che hanno facoltà di delegarla ad uno dei dirigenti per ciascuna delle due aree.

L'EM ha funzioni di filtro attivo e raccordo tra i due dipartimenti e il territorio, con gli obiettivi di: valutare, approfondire, assicurare una pronta risposta a situazioni cliniche di comorbilità psichiatrica di particolare complessità segnalate da enti istituzionali o extra istituzionali; promuovere la presa in carico assertiva dei Dipartimenti coinvolti secondo l'organizzazione interna di ciascuno di essi, definendo la priorità clinica e la titolarità dell'intervento sulla base degli elementi clinici e contestuali emersi; condividere con i referenti del caso gli obiettivi e gli strumenti del piano terapeutico riabilitativo individualizzato supportandoli tecnicamente; consentire la standardizzazione di percorsi di trattamento sostenuti dall'evidence-based medicine; costituire e implementare una rete assistenziale non solo all'interno dei due Dipartimenti, ma anche dei servizi coinvolti nel percorso di cura della persona quali la NPI, i servizi consultoriali, le cure primarie, i servizi specialistici ospedalieri di emergenza e urgenza; monitorare l'andamento dei percorsi terapeutici assistenziali e riabilitativi in atto misurandone l'efficacia attraverso un set di indicatori sensibili ed rendicontando l'attività dei risultati raggiunti; promuovere una UVMD se necessario, per definire aspetti attinenti al budget o

miglior definire la titolarità della presa in carico; proporre percorsi formativi comuni per migliorare le competenze di gestione dei pazienti con comorbidità psichiatrica; consentire la standardizzazione di percorsi di trattamento sostenuti dall'evidence-based medicine. La formazione specifica dei professionisti che compongono l'equipe multidisciplinare e, più in generale, di tutti gli operatori dei Dipartimenti coinvolti nella gestione degli utenti con doppia diagnosi, deve essere continua e prevedere contenuti trasversali relativi alla metodologia del lavoro in Team e agli strumenti utilizzati nei processi di alta integrazione.

La formazione deve affrontare sia contenuti tecnico clinici che gestionali, nonché organizzativi ed assistenziali.

Costituiscono pertanto obiettivi formativi prioritari: l'approccio multiprofessionale e lo sviluppo di competenze inerenti alla gestione dell'assistenza da parte del team; l'implementazione e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali adottati per la gestione integrata dei pazienti con comorbidità; l'identificazione degli strumenti di monitoraggio e verifica dell'implementazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA); il governo delle reti nei servizi territoriali, l'integrazione con la rete ospedaliera e residenziale; le terapie farmacologiche e le psicoterapie basate sull'evidenza (EBM) e la riabilitazione.

Formazione del Case Manager

Per la formazione avanzata del case manager sono ad oggi attivi master universitari in case management della durata di 1500 ore pari a 60 crediti formativi universitari.

Il curriculum del case manager prevede la capacità di progettare percorsi di gestione integrata per specifiche condizioni cliniche sulla base delle evidenze disponibili, utilizzare strumenti di approccio sistemico e principali percorsi integrati; contribuire alla predisposizione dei piani di assistenza individualizzata, alla presa in carico, alla dimensione ospedaliera residenziale; gestire percorsi clinici integrando gli interventi di ciascun componente del team; conoscere e applicare la legislazione vigente.

L'UVMD nella gestione della comorbidità psichiatrica

L'unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) assume per questa tipologia di utenti particolare rilievo nella definizione: del percorso più appropriato sulla base del PTRI predisposto dall'equipe con modalità, tempi e momenti di verifica; della responsabilità del DSM/DD riguardo le attività che devono essere garantite; dell'impegno di spesa per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza (LEA) e la compartecipazione ove prevista; del livello

di coinvolgimento della famiglia, del terzo settore e della rete sociale nel suo complesso con le risorse attivabili.

Il coinvolgimento della famiglia deve essere obiettivo prioritario mediante interventi psicoeducativi di gruppo e individuali, coinvolgendo la rete sociale formale e informale e favorendo la collaborazione fra i soggetti nel realizzare il progetto terapeutico della persona. Al termine del percorso di trattamento è utile prevedere un periodo di monitoraggio e di follow up che viene anch'esso definito dall'equipe curante in rapporto con l'equipe multidisciplinare ove necessario.

Il percorso terapeutico riabilitativo individualizzato

L'equipe multidisciplinare ha il compito di effettuare la valutazione dell'utente al fine della definizione del PTRI, che si deve basare su una valutazione: multiprofessionale e multidimensionale, comprensiva del funzionamento globale, attenta alla qualità di vita percepita dall'utente.

È responsabilità dei DSM/DD l'adozione nella pratica dei servizi degli strumenti supportati dalle evidenze della letteratura scientifica e raccomandati dalla normativa.

Conseguentemente alla valutazione viene definito il PTRI per la persona, redatto a cura dell'equipe curante e comprendente le aree di intervento, gli obiettivi da raggiungere, i tempi previsti e le fasi di monitoraggio e valutazione.

Ai fini della continuità della presa in carico è indispensabile che l'equipe curante ricerchi coinvolgimento dalla persona e dai suoi familiari sin dalla fase di definizione e di avvio del progetto riabilitativo.

I Setting Assistenziali

I vari setting assistenziali possono essere riassunti in quattro tipologie, ognuna con le proprie peculiarità: ambulatoriali, ospedalieri, di pronto soccorso, riabilitativi.

I servizi territoriali hanno la responsabilità di completare l'assessment diagnostico e di formulare in maniera congiunta un PTRI per la persona.

Vi sono tre modelli clinico organizzativi per il governo dei processi di cura. Il primo è la collaborazione-consulenza: che rappresenta una modalità di lavoro organizzata tra DSM, DD e medico di medicina generale o tra servizi NPI, servizi psicologici, sociali o territoriali per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative. Il secondo modello è l'assunzione in cura che rappresenta un percorso per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali. Il terzo è la presa in carico: che rappresenta

un percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e l'intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di presa in carico prevede la definizione di un PTRI per il singolo utente e a seconda dei bisogni individuati richiede l'identificazione del case manager e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti persi di vista, oltre ad un coinvolgimento delle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli enti locali e, per quanto riguarda i giovani, con la scuola.

Per quanto riguarda il setting ospedaliero, premesso che il trattamento dei pazienti con comorbidità è prevalentemente effettuato a livello territoriale nei Csm e nei SerD, il ricovero del paziente presso il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) o negli altri reparti ospedalieri, è un'evenienza frequente.

Qualora si presenti qualcuno con un sospetto disturbo correlato all'uso di sostanze durante un ricovero, è sempre necessario realizzare una valutazione ed un inquadramento del paziente con esecuzione di esami ematochimici, tossicologici e da alcolemia e richiedere, in caso di riscontro di quadri atipici multicomplexi, una valutazione da parte di un centro clinico specialistico secondo i protocolli aziendali.

Il ricovero ospedaliero presso SPDC può in taluni casi rappresentare il primo contatto della persona con il sistema sanitario e ciò richiama l'importanza di effettuare sempre una valutazione accurata e multidisciplinare del caso onde facilitare la presa in carico.

La collaborazione tra DSM E DD dev'essere particolarmente proattiva in corso di trattamento di esordi psicotici correlati all'uso di sostanze e in caso di scarso insight di malattia o aderenza alla terapia, al fine di ottimizzare gli esiti del trattamento e ridurre il rischio di drop out precoce. Nel caso del setting di pronto soccorso, per le persone con disturbo correlato all'uso di sostanze che vi accedono, oltre al trattamento della patologia prevalente causa dell'accesso, si rende spesso necessario effettuare una consulenza specialistica: sia per comorbidità che si manifestano con disturbi psichiatrici, sia per disturbi correlati all'uso di sostanze. Tali consulenze possono avere carattere di emergenza, ovvero necessità di essere espletate nel più breve tempo possibile, oppure avere carattere di urgenza anche differibile a 48-72 ore ed essere pertanto demandate ad una gestione ambulatoriale a risposta rapida.

Per i casi molto complessi di comorbidità conosciuti, dovrebbe essere prevista una consulenza da parte dell'equipe multidisciplinare in modalità programmata, mentre un eventuale trasferimento in servizio psichiatrico di diagnosi e cura andrà comunque stabilito a seguito di

una consulenza psichiatrica.

Il percorso della persona con comorbidità che accede in pronto soccorso necessita di approcci specifici, gestiti da definite professionalità in base alla fase di percorso. Nella fase di accettazione viene inquadrato il problema principale e la priorità di valutazione ed è di competenza dell'infermiere del triage; in seguito avviene la valutazione delle condizioni organiche, di competenza del medico del pronto soccorso insieme al trattamento di eventuale di condizioni organiche acute; può rendersi in seguito necessaria una sedazione in caso di agitazione psicomotoria, tale è di competenza del medico del pronto soccorso a seguito di una consulenza psichiatrica; a seguire vi è la presa in carico al servizio per le dipendenze con un consulente del SerD; viene poi effettuata una valutazione delle acuzie di tipo psichiatrico, di ciò se ne occupa un consulente SerD medico psichiatra; infine avviene la definizione e prosecuzione del percorso con le dimissioni ed un appuntamento presso il SerD, un ricovero in SPDC o una pronta accoglienza, tale valutazione è effettuata congiuntamente tra consulente SerD, consulente psichiatra e medico del pronto soccorso.

In ogni caso, a parte la gestione delle condizioni emergenziali di natura medica-organica, particolare rilievo assume la gestione delle emergenze comportamentali di natura psichiatrica. Infine, per quanto concerne l'area riabilitativa, i percorsi sono interventi integrati nel PTRI e sono programmati dall'equipe multidisciplinare sulla base della valutazione dei bisogni, delle aree deficitarie, del funzionamento globale, degli obiettivi terapeutici, delle risorse e degli scopi e dei desideri della persona.

Oltre al recupero e alla prevenzione degli esiti della malattia, gli obiettivi finali della riabilitazione sono: il lavoro, l'abitare, le relazioni sociali e la partecipazione alla vita della comunità.

Strategie di prevenzione dedicate ai giovani

Prevenzione o promozione?

Secondo Regogliosi, parlare di prevenzione in campo sociale comporta una serie di problemi a partire dal piano semantico, in quanto il verbo prevenire comprende in sé simultaneamente tre aree di significato: anticipare, impedire, discriminare (“essere prevenuto”).

Nell'ambito sociale non è facile isolare in modo inequivocabile l'oggetto negativo da contrastare rispetto al soggetto da aiutare: come separare il rischio suicidario del ragazzo che può esserne vittima o la potenziale tossicodipendenza dal giovane che può esservi esposto o le cause sociali che possono portare all'emergere di un disturbo psichiatrico?

Le conseguenze di questa ambiguità sul piano operativo non sono trascurabili:

“Qualunque intervento preventivo comporta a livello implicito uno stigma di pericolosità o quantomeno di precarietà sociale che si riverbera inevitabilmente sulle persone a cui è rivolto, siano essi soggetti già a rischio o semplici interlocutori di un'iniziativa di primo livello, ad esempio: gruppi giovanili, genitori, scuole. La complessità delle variabili in gioco e l'imprevedibilità delle risposte soggettive di ciascun individuo non consentono infatti di prevedere in modo deterministico il manifestarsi dei fenomeni.” (Regoliosi)

Questi nodi problematici se rapportati alla prevenzione del disagio giovanile acquistano ancora maggior rilievo: le conseguenze negative della stigmatizzazione nei confronti di un ragazzo in un'età delicata come quella adolescenziale possono essere disastrose.

L'abuso di sostanze nei giovani costituisce un caso limite ma allo stesso tempo un evento paradigmatico per riflettere attorno al tema: grazie all'allarme suscitato dal diffondersi di questo problema nel nostro paese si risvegliata un'attenzione crescente nei confronti della prevenzione sociale e sanitaria. Tuttavia, trattandosi di un fenomeno di difficile interpretazione, viene alla luce l'ambiguità e l'inadeguatezza del termine prevenzione quando applicato a patologie per le quali è improponibile una interpretazione di tipo deterministico a causa delle diverse sfaccettature attraverso il quale tale fenomeno può manifestarsi.

L'ambiguità semantica del termine prevenzione congiunta, alla difficoltà di definire in modo univoco e assoluto i fattori di rischio che possono condurre a questa o a quella forma di disadattamento o devianza, ha suggerito molti studiosi l'opportunità di sostituire tale concetto con quello almeno apparentemente più adeguato di promozione. (Regoliosi 1989).

Mentre il primo termine richiama l'immagine di interventi legati a situazioni di emergenza e tentativi di contenimento e di controllo sociale di tipo repressivo, la seconda suscita suggestioni più positive che rimandano all'idea di sostenere, sollecitare, animare le risorse, incrementare il protagonismo e l'emancipazione.

Come misurare la validità di un intervento promozionale?

Per rispondere a questa domanda vengono tenuti in considerazione due parametri: i compiti evolutivi e i fattori protettivi.

I compiti evolutivi si manifestano in rapporto alle diverse fasi di sviluppo della persona. Realizzarli con successo conduce il soggetto al raggiungimento di compiti ulteriori, dal fallimento invece derivano insoddisfazione, difficoltà nelle tappe successive, disapprovazione sociale.

Una strategia di promozione dovrebbe dunque occuparsi di creare le condizioni idonee affinché il giovane possa affrontare in modo soddisfacente i propri compiti di sviluppo.

I fattori protettivi invece sono elementi che si ritiene possono esercitare un'azione di tutela degli squilibri psicologici e comportamentali di un individuo principalmente in situazioni di stress (Rocchietta;Tofani 1991)

Le linee comuni che ricorrono nei fattori protettivi messi a fuoco da diverse ricerche (Garmenzy 1987) riguardano sostanzialmente quattro aree di competenza: autostima ovvero sensazione di valore personale; fiducia ovvero credere nell'efficacia della propria azione sull'ambiente; autocontrollo ovvero capacità di controllare i propri impulsi e rinviare alle gratificazioni aspettative prospettive ottimistiche; fiducia nel futuro ovvero adattamento al cambiamento e capacità di creare relazioni e interazioni sociali tolleranti e flessibili. Una strategia di promozione dovrebbe dunque porsi come obiettivo l'incremento e rinforzo di tali fattori.

Il lavoro integrato e l'approccio di rete negli interventi di prevenzione

A chi compete la prevenzione?

È fondamentale iniziare distinguendo gli ambiti dai servizi: gli ambiti di prevenzione sono negli ambienti di vita e di socializzazione primaria e secondaria dei ragazzi: la famiglia, la scuola, le agenzie di tempo libero, le associazioni, i gruppi.

I servizi invece si possono classificare in rapporto al diverso livello di intervento.

I servizi di primo livello, che svolgono un ruolo di intervento diretto di carattere formativo o esplicitamente preventivo nei confronti dell'utenza giovanile con attenzione alle fasce più deboli ed esposte al rischio. Tra questi: i centri giovani, i servizi di orientamento e informazione, i consultori adolescenti che, pur non costituendo un vero e proprio servizio essi si configurano come attività durevoli nel tempo. Fa parte di esse anche il servizio sociale comunale nella misura in cui gestisce direttamente strutture o proposte rivolte ai giovani ragazzi come: centri ricreativi, sportelli.

I servizi di secondo livello sono invece quelle realtà che operano su aree sovracomunali come le zone sanitarie, con compiti di ricerca epidemiologica, trattamento delle patologie e risocializzazione, svolgendo in campo preventivo una funzione prevalente di consulenza, sensibilizzazione, formazione e coordinamento delle risorse. Tra questi in particolare vi sono i servizi sociosanitari di zona che pur lavorando prevalentemente sulla patologia e sul bisogno socioassistenziale hanno tra i loro compiti la promozione di strategie di prevenzione. Vi sono poi i distretti, i servizi per le tossicodipendenze, i centri di salute mentale, i consultori.

Come per le persone con una singola diagnosi, sia essa psichiatrica o di dipendenza da sostanze, anche per i giovani con una diagnosi duale è fondamentale che i servizi si adoperino secondo una logica integrata per mobilitare risorse, sensibilizzare il territorio, riqualificare gli ambiti che si occupano di questa fascia di persone.

Secondo Martini e Sequi i servizi sopra citati sono portatori di una loro cultura specifica spesso ad orientamento sistemico, in cui prevale la metodologia del lavoro di rete. Per lavoro di rete (“network”) si intende un sistema di supporto sociale costituito da legami all'interno dei quali gli individui possono contare sul reciproco sostegno: una risorsa naturale a lungo trascurata o messa tra parentesi dalla psicologia e dalla sociologia ufficiali, di cui questa metodologia di intervento sottolinea invece la fondamentale importanza nelle situazioni di disagio evolutivo socioculturale o per la prevenzione del disadattamento scolastico o lavorativo.

A partire da tale convinzione, i promotori del networking ipotizzano l'opportunità di orientare adeguatamente la rete sociale per utilizzarne la forza al fine di scuotere un sistema irrigidito e di consentire quella crescita dell'insight e della conoscenza che si consolidi nella relazione d'aiuto tra l'utente e le persone più idonee alla sua rete (Speck; Atneave 1976).

La metodologia di intervento psicosociale che ha maggiormente indagato rispetto al lavoro sul territorio, influenzando fortemente la cultura di servizi sociali, è la psicologia di comunità. Questo approccio opera intervenendo primariamente sul territorio, privilegiando un approccio extraospedaliero, facilitando l'accessibilità ai servizi e la continuità delle cure, favorendo cioè una piena integrazione degli interventi nell'ambito della comunità locale ove il paziente vive attraverso modelli avanzati di recovery ed empowerment, sia per la persona che per i suoi familiari, sia dal punto di vista clinico che sociale. L'obiettivo centrale di questa metodologia è la promozione di comunità competenti intese come sistemi sociali capaci di utilizzare e acquistare risorse che mettano in grado i propri membri di prendere decisioni ragionate rispetto ai problemi che li riguardano. Il ruolo dell'operatore in questo caso è di promotore e insieme osservatore, in grado di esercitare una lettura scientifica e un'elaborazione tecnica. Gli strumenti di cui l'operatore si può avvalere vanno dalla ricerca-intervento finalizzato alla presa di coscienza collettiva dei problemi, allo sviluppo del senso di comunità, alla formazione del volontariato, all'avvio di gruppi di autoaiuto fino all'intervento sui sistemi di comunicazione tra gruppi e istituzioni.

Si tratta di un approccio molto diffuso tra gli operatori della prevenzione, tuttavia, nella realtà di esperienza quotidiana, vi è la difficoltà di tradurre in pratica certe strategie che rivelano sul

campo alcune debolezze.

Una di queste è la resistenza al cambiamento da parte del territorio, contrastabile attraverso esperienze pratiche di integrazione tra la psicologia di comunità e gli apporti critici e di conoscenza delle organizzazioni all'interno dei servizi competenti.

Le resistenze possono infatti essere affrontate a patto che l'operatore sappia assumere il ruolo di “analista sociale” (Enriquez 1972) cioè colui che favorisce l'esplorazione dei conflitti e si pone come luogo di proiezione e identificazione, adottando non una neutralità asettica quanto una capacità di interrogarsi su ciò che fa, sui suoi sentimenti e controtransfert, definendo con gli interlocutori gli spazi in cui affrontare l'analisi dei rapporti reali.

I servizi per gli adolescenti e il problema dell'accesso

Regoliosi individua una serie di problemi che ostacolano l'incontro tra l'adolescente e i servizi, i quali, oltre alla scarsa diffusione e alla carente informazione sono: la reticenza di entrare in relazione con operatori adulti che potrebbero assumere un ruolo di tipo genitoriale o direttivo; la paura di essere etichettati come “anormali” o malati, soprattutto laddove l'unità di offerta è fortemente caratterizzata da strategie medico-assistenziali; la resistenza a sottostare a norme organizzative o pratiche burocratiche che, oltre a condizionare la risposta ai propri bisogni, istituzionalizzano il rapporto col servizio rendendo ancor più difficile un utilizzo che, da parte dei giovani, si vorrebbe episodico e non troppo vincolante per il futuro.

“L'utenza adolescenziale, proprio per il suo peculiare modo di rapportarsi, mette a nudo la rigidità dei servizi sociosanitari assistenziali, rivelando la frequente mancanza di una strategia di accoglimento specifica. Tali considerazioni hanno portato i servizi della rete a concentrare la loro attenzione sulle fasi del primo aggancio e dell'accesso al servizio, puntando sulla costruzione di spazi e momenti destrutturati ove fosse possibile realizzare un incontro non formale con quei ragazzi e sulla strategia di mettersi in rete con le altre agenzie, gruppi, ambiti di aggregazione, per favorire una circolarità di informazioni e relazioni intorno e con l'adolescente.” (Regoliosi)

L'intervento preventivo, a differenza del lavoro terapeutico, non si sviluppa a partire da situazioni di sofferenza conclamata in risposta ad esplicite richieste di guarigione inoltre, tali richieste, non vengono portate avanti da soggetti consapevoli della propria patologia; ci si muove a partire da un'attività di tipo previsionale.

Alla base di una progettazione preventiva vi può essere un accoglimento di una domanda proveniente da un soggetto esterno, oppure la nascita di un'iniziativa autonoma da parte del

servizio scaturita da una lettura dei bisogni emergenti dal territorio e dalle sollecitazioni esplicite e implicite provenienti dalla pratica clinica.

A livello territoriale, come già detto, il problema più cruciale riguarda la resistenza al cambiamento del sistema sociale. Facendo riferimento all'esperienza operativa sul campo, si riscontrano diversi tipi di resistenza a seconda che le iniziative di progetto prevedano esclusivamente la riqualificazione oppure la creazione di nuove risposte.

Riqualificare l'esistente significa sostenere, incrementare, consolidare e migliorare l'opera delle agenzie di socializzazione pubbliche e private e dei servizi di primo livello favorendo l'interconnessione. Per questo il servizio interpellato può temere di essere "invaso" ed espropriato della sua autonoma identità da chi si pone come promotore del progetto, pretendendo di aiutarlo a migliorarsi.

Da tenere in considerazione è anche la constatazione condivisa che il territorio presenta alcune carenze in merito ai bisogni riconosciuti di prevenzione: un nuovo servizio, infatti, è come un corpo estraneo che viene a turbare gli equilibri consolidati del sistema sociale. Non è sufficiente quindi, per evitare crisi di rigetto, costruire il consenso e la condivisione attorno al progetto, occorre mantenerli nel tempo. Realtà già operanti infatti possono vivere i nuovi progetti come un segno di squalifica del loro lavoro e di abbandono da parte delle istituzioni.

Per affrontare efficacemente tali ansie sarà dunque opportuno puntare a mantenere alto il coinvolgimento degli operatori locali e della popolazione in generale.

Strumenti di tale coinvolgimento saranno le equipe integrate: costituite da operatori pubblici e privati con incarico formale di seguire tutte le fasi di realizzazione del nuovo progetto e dei suoi sviluppi nel tempo e di favorire la positiva collaborazione con le realtà già esistenti. Si tratta di commissioni allargate a tutte le realtà più significative del territorio, invitate a convocarsi per un'informazione, una verifica periodica sull'andamento della nuova struttura, creare campagne di comunicazione mirate per sensibilizzare la popolazione riguardo all'utilità di ciò che si sta realizzando (Regogliosi 1992).

CAPITOLO TRE: DATI, STRUTTURE ED ESEMPI DI PROGETTUALITA' TERRITORIALI NELLA REGIONE VENETO

Una premessa normativa

Nel 2003 la Giunta regionale con DGR 3745 del 5 dicembre rende approvato un protocollo operativo tra i Dipartimenti di salute mentale e Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende ULSS dedicato agli interventi congiunti in caso di pazienti con doppia diagnosi, finalizzato a facilitare la gestione operativa dei casi caratterizzati da rilevanti problematiche di ordine psicopatologico associate a comportamenti d'abuso.

Dieci anni più tardi, a seguito del Piano di azioni nazionale per la salute mentale del 24 gennaio 2013 recepito dalla Regione Veneto con DGR 1558 del 3 settembre 2013, si individua tra le azioni programmatiche la definizione di protocolli sui percorsi integrati di presa in carico e cura tra i servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze patologiche.

Nell'anno 2018 viene promulgata una legge regionale, la n.48 del 28 dicembre 2018, riguardante un Piano sociosanitario regionale per gli anni 2019-2023 che indica tra gli obiettivi per la salute mentale la necessità di promuovere una forte integrazione tra i dipartimenti di salute mentale e i dipartimenti per le dipendenze, in particolare al fine di favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi.

Il decreto del Direttore generale dell'area sanità e sociale, numero 122 del 6 novembre 2019, dichiara la costituzione di un apposito gruppo tecnico di lavoro per la revisione del protocollo operativo di collaborazione tra i Dipartimenti salute mentale e Dipartimenti per le dipendenze, di cui alla DGR citata del 5 dicembre 2003 numero 3745. A seguire, il decreto del Direttore generale area sanità e sociale con DGR numero 48 del 14 maggio 2020 attribuisce ulteriori integrazioni alla composizione del gruppo tecnico di lavoro. Il suddetto, alla luce dei mutati contesti organizzativi e operativi propone un nuovo modello gestionale organizzativo per il trattamento degli utenti con doppia diagnosi in cui il ruolo centrale è rivestito dall'equipe multidisciplinare con funzioni di filtro attivo e raccordo tra i due dipartimenti e il territorio. Tra le linee guida regionali strategiche in materia di prevenzione e cura delle dipendenze rappresentata nel dettaglio nel Piano triennale per le dipendenze 2000-22 approvato con la DGR 911 del 9 luglio 2020, si indicano altresì una contingente implementazione d'applicazione degli

strumenti diagnostici e terapeutici orientati alla comorbidità psichiatrica che prevedono l'istituzione di un flusso dati per tale fenomeno.

Con la DGR 96 del 16 settembre 2020 vengono quindi approvate le linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli operativi di collaborazione tra i Dipartimenti di salute mentale e Dipartimenti per le dipendenze, per favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi.

Dati

Negli Stati Uniti secondo il National Survey on Drug use and Health, nel 2018, il 7,8% della popolazione aveva un disturbo correlato all'uso di sostanze, il 19,1% un disturbo mentale di qualsiasi natura, il 3,7% entrambi. La Survey ha quindi dimostrato che i disturbi mentali sono spesso associati al consumo di sostanze. L'assunzione di sostanze illecite è stata del 49,4% tra le persone con disturbi mentali severi, del 36,7% tra quelle con qualsiasi forma di disturbo mentale e del 15,7% nella popolazione senza alcun disturbo mentale; il binge drinking è stato, nelle predette categorie di soggetti, rispettivamente del 32,3%, 31,3%, 25,3% (SAMSHA, National Survey of Mental Health 2018)

Altri studi hanno dimostrato che fra i consumatori di sostanze sono spesso presenti disturbi mentali. Il progetto SIMI Italia, che ha valutato 6000 soggetti in carico ai Serd nel 2007 (Ministero del lavoro e delle politiche sociali 2007) ha mostrato che il 22% ha una diagnosi di comorbidità, con un range fra i servizi che va dal 13% al 51%. I disturbi psichiatrici evidenziati sono: per il 56% disturbi di personalità, per il 18% psicosi affettive, per il 10% disturbi nevrotici e somatoformi, per il 7% psicosi schizofreniche, per il 7% altri disturbi e per l'1% stati paranoici. Gli studi epidemiologici hanno quindi dimostrato una stretta correlazione fra disturbi mentali e consumo di sostanze.

Nel progetto multicentrico regionale Veneto PICOS (Tosato e altri 2015) nel quale è stata analizzata una coorte di 397 pazienti all'esordio psicotico, la prevalenza di pazienti consumatori di sostanze illecite è risultata essere pari a poco più del 20%. Tra le sostanze più frequentemente utilizzate si evidenzia la cannabis per il 19%, seguita dalla cocaina 4% e allucinogeni 4%. D'altra parte, il rischio di sviluppare psicosi nell'abuso di cannabis è circa doppio rispetto alla popolazione generale per l'abuso moderato e circa quattro volte maggiore per l'abuso pluri-quotidiano.

Uno studio condotto negli anni 2002-2006 presso i Dipartimenti Dipendenze dalla Regione Veneto ha rilevato una presenza di pazienti con doppia diagnosi del 20-21% per i soggetti con

disturbi da uso di sostanze stupefacenti e del 16-17% per i soggetti con disturbi da uso di alcol, con una forte disomogeneità nei diversi territori. Sostanzialmente tale analisi dimostra un quadro di bassa reliability nelle diagnosi di comorbidità (Saccon e al. 2010).

Una recente rilevazione dei DSM/DD della Regione Veneto, alla data del 31/12/2019, ha dimostrato che i pazienti con comorbidità sono l'8,7% degli utenti in carico ai Serd e l'11% di quelli dei Csm.

Fra gli utenti con comorbidità il 49,3% sono alcolisti, il 27% dipendenti da oppiacei, il 9% dipendenti da cannabis e l'8% dipendenti da cocaina. Fra i disturbi psichiatrici, quelli prevalenti sono: i disturbi di personalità di cluster B per il 43%, le psicosi per il 27% e i disturbi depressivi per il 18%.

Dei 1931 utenti presenti nei DSM/ DD con comorbidità, il 70% segue programmi ambulatoriali, il 24% programmi residenziali e il 6% programmi semiresidenziali.

Strutture dedicate alla doppia diagnosi

Nel caso di certificazione di doppia diagnosi, si possono delineare due modalità di programmi terapeutici: un programma ambulatoriale o l'inserimento in una Comunità per Doppia Diagnosi. In tale ultimo caso, l'inserimento in una struttura residenziale è effettuato in strutture accreditate per pazienti alcoldipendenti e tossicodipendenti e la retta è a totale carico del Bilancio Sanitario. Nel caso di inserimenti in queste Comunità, il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche paga la retta prevista dalla normativa regionale e il DSM un eventuale integrazione in base ad un progetto individualizzato concordato di maggiore intensità assistenziale rispetto all'assistenza di base della struttura.

La Regione Veneto dispone di diverse comunità terapeutiche dedicate a persone con comorbidità.

Comunità Doppia Diagnosi “La Vela” – Ceis di Belluno

Si tratta di un'unità di Offerta di tipo C “specialistica”, autorizzata e accreditata dalla Regione del Veneto dal 2010 e dedicata a persone con “doppia diagnosi”. Accoglie fino a 15 persone. Attraverso una “presa in carico globale e personalizzata” e l'individuazione di percorsi individualizzati e concordati la persona viene messa al centro del proprio progetto di recupero. L'obiettivo della Comunità è accompagnare la persona ad uscire dallo stato tossicomane di dipendenza ed avviare un percorso di accettazione e gestione della sintomatologia psichiatrica per il raggiungimento di una possibile autonomia. La famiglia, ove possibile, viene coinvolta nel percorso di dell'utente, attraverso un adeguato supporto che permetta ai famigliari di

mantenere o di ricostruire la relazione con il proprio parente. L'avvio del progetto personalizzato è previsto dopo un periodo di 3 mesi nei quali viene valutata l'idoneità dell'utente al percorso proposto dalla Comunità.

La Comunità si rivolge a persone dipendenti da sostanze d'abuso: soggetti adulti, maschi e femmine che il Servizio di riferimento (Ser.D, CSM o psichiatria) reputano necessitare di un inserimento in una struttura di tipo C specialistico e soggetti adulti, maschi e femmine politossicodipendenti, affetti da patologia psichiatrica, definibili come soggetti "doppia diagnosi".

L'equipe della Comunità "La Vela" è composta da: psicologi e psicoterapeuti, psichiatra, infermiera e operatori di Comunità.

La Comunità offre: colloqui individuali con lo psicologo/psicoterapeuta, colloqui individuali con l'operatore di riferimento e con lo psichiatra, gruppi educativi, gruppi di psicoterapia, laboratori creativi, attività ludico-sportive, uscite ricreative di gruppo.

Comunità terapeutica "Fonte Viva"- CeIS di Belluno

Si tratta di un'unità di offerta di tipo B "Intensiva" autorizzata e accreditata dalla Regione Veneto dal 2010. Accoglie fino a 25 persone.

Gli utenti accolti sono caratterizzati, oltre che da uno stato di dipendenza da sostanze d'abuso (droghe, alcool, farmaci), anche da sofferenze psicopatologiche, disturbi della personalità, comorbilità psichiatrica, ma privi di una certificazione di "doppia diagnosi".

La richiesta che viene posta alla comunità è di accogliere la persona con l'obiettivo di interrompere una situazione a rischio legata all'assunzione di droghe, dare un luogo dove stare in alternativa molto spesso alla strada e/o a situazioni di emarginazione o carcere, dare uno spazio all'interno del quale sia possibile valutare un percorso di recupero e quindi elaborare un progetto individualizzato. Ciò avviene attraverso il lavoro di équipe, il quale è determinante al fine di mantenere la gestione della struttura, il monitoraggio dei percorsi individuali e lo sviluppo dei contatti con i Servizi necessari a creare la rete per il rientro nel territorio di appartenenza della persona.

La Comunità Residenziale "Fonte Viva", ha organizzato al proprio interno diverse fasi e percorsi, rispondendo in questo modo alla tipologia di bisogni, risorse e problemi degli utenti. La prima fase è di Accoglimento e Stabilizzazione: va a sostituire la tradizionale Accoglienza, è una fase di valutazione della persona dove, dopo il periodo di inserimento, si avvia la stabilizzazione della cura farmacologica e della vita di relazione in Comunità. La persona ha

modo, con gli operatori e con i servizi inviati, di validare la possibilità di intraprendere un percorso terapeutico che prevede il passaggio ad altre fasi.

La seconda è una fase pedagogico-riabilitativa: accedono a questa fase coloro per i quali è possibile avviare un progetto di accompagnamento e inserimento lavorativo in Cooperative di tipo B per l'avvio a un primo inserimento lavorativo per soggetti svantaggiati. Come tali fanno un percorso di inserimento in un contesto protetto, dove la richiesta di produttività è adeguata alle risorse residue della persona. In questo percorso le possibilità di miglioramento sono proporzionate ai limiti dati dalla patologia, quindi dallo stato di svantaggio dell'utente. Sulle abilità residue si concentra il progetto di inserimento/reinserimento lavorativo.

La terza fase è terapeutico-riabilitativa: nella fase "verde" vengono inseriti gli utenti che possono e vogliono intraprendere un percorso di carattere terapeutico e psicoterapeutico intensivo, che hanno bisogno e risorse per fare un lavoro personale di introspezione, di riesame dei propri funzionamenti e di ripresa e/o riconciliazione delle relazioni con la famiglia. In questa fase un obiettivo importante è la maturazione di consapevolezza della patologia individuale, affinché l'utente possa arrivare a gestirla adottando una cura appropriata della stessa in alternativa al ricorso alle droghe.

L'obiettivo di autonomia e autogestione personale è percorribile e la Comunità si pone con la persona il raggiungimento di tale traguardo per il futuro.

L'equipe della Comunità "Fonte Viva" è composta da: psicologi e psicoterapeuti, psichiatra, infermiera, operatori di comunità.

La comunità offre: colloqui individuali con lo psicologo/psicoterapeuta, colloqui individuali con l'operatore, colloqui con lo psichiatra, gruppi educativi, gruppi di psicoterapia, orientamento al lavoro, orientamento all'autonomia.

Comunità femminile "Il colle" e comunità maschile "Corte Berica" - Fondazione San Gaetano

La Fondazione San Gaetano propone due Comunità Specialistiche di tipo C per Doppia Diagnosi: una maschile e una femminile. Gli staff sono formati da professionisti ed esperti del settore sia sul piano educativo che terapeutico. L'esperienza pluriennale della Fondazione ha permesso di studiare, costruire e applicare interventi specifici che prevedano un approccio multidimensionale allo scopo di individuare quelli che possono essere gli aspetti psicodinamici, biografici, e sociali propri di una condizione complessa come quella della Doppia Diagnosi. L'approccio della Fondazione considera i vari aspetti di ogni singolo ospite in un quadro

unitario e di centralità della persona, proponendo conseguentemente interventi ed attività terapeutiche e occupazionali agli/alle ospiti mirati a far ritrovare una dimensione unitaria e autentica della propria identità.

L'unità operativa "Il Colle" dispone di 24 posti letto mentre l'unità operativa "Corte Berica" dispone di 17 posti letto presso la sede residenziale e di 8 posti letto presso l'appartamento protetto. Ciascun alloggio, accoglie massimo 4 ospiti.

CTRP Madre-bambino "Casa Aurora"

La Comunità terapeuta riabilitativa protetta "Casa Aurora" è autorizzata e accreditata dalla Regione Veneto dal 2010, nell'Area della Salute Mentale, come CTRP per donne/madri con diagnosi psichiatrica e doppia diagnosi e i loro bambini.

Pur non essendo pensata per madri minorenni, la Comunità ha avuto occasione di accogliere anche una ragazza di 17 anni madre di un bambino, a seguito di un provvedimento del Tribunale per i minori.

La richiesta di inserimento in CTRP delle pazienti con diagnosi psichiatrica viene attentamente valutata sia dall'equipe della CTRP sia dagli operatori dei servizi inviati in base alle informazioni fornite dalla comunità sulle caratteristiche del gruppo delle pazienti in quel momento accolte.

Le pazienti della CTRP, infatti, vengono inserite in un contesto di Comunità allargato ove le attività di cura, le attività educative ricreative e gli spazi sono condivisi con ospiti inviate da altri servizi specialistici quali i Servizi per le dipendenze patologiche (SerD). Le pazienti della comunità formano quindi un gruppo poli sintomatico.

Ciò che accomuna le storie delle pazienti, e che sicuramente influisce sulla relazione con il loro figlio, sono eventi di vita traumatici (abbandoni, maltrattamenti, traumi relazionali, abusi), avvenuti in fasi di vita più o meno precoci ed i cui effetti si rendono attuali nei loro stili di attaccamento, nelle modalità relazionali e nei sintomi relativi alle dipendenze patologiche (da droghe, alcol, farmaci o da relazioni affettive disfunzionali).

Nei lavori di gruppo le pazienti confrontano le loro esperienze e le diverse modalità con cui sono state da loro espresse. Per gli operatori della comunità questo tipo di rispecchiamento può essere molto utile nel momento in cui si offre alla paziente la possibilità di emanciparsi dal proprio sintomo, per iniziare a riflettere sulla propria identità, sulla propria storia e su come questa influisca sul proprio presente relazionale.

La presa in carico, che si avvale anche della collaborazione con il DPSS Università di Padova,

prevede l'attivazione di dispositivi rispetto a tre specifiche aree di interesse. Una fase di osservazione/valutazione sulla madre, sul bambino e sulla loro relazione. Una fase di intervento sulla madre, sul bambino e sulla loro relazione. Infine, una fase di ricerca, condotta in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università di Padova.

Per le madri, la fase di intervento prevede l'attivazione dei dispositivi specialistici: psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, attività di counselling pedagogico, sostegno al reinserimento sociale\lavorativo; laboratori psico-educativi.

Esempi di progettualità territoriali

In passato: Il Progetto "doppia diagnosi" dell'ex AULSS 16

Il Ministero della Giustizia ha individuato la Casa di Reclusione di Padova come punto di riferimento per lo studio delle persone con dipendenza da sostanze detenute.

L'EX Azienda U.L.S.S. 16 (Oggi AULSS 6 euganea) è stata chiamata, quindi, a collaborare in uno studio sulla doppia diagnosi che ha portato ad una modificazione trattamentale dei tossicodipendenti in carcere. Il progetto di Padova è stato poi guida per simili iniziative in oltre 30 carceri italiane.

La firma della convenzione, tra l'EX azienda U.L.S.S. 16 e il Ministero di Giustizia, ha sancito l'impegno di queste istituzioni per i tossicodipendenti in carcere.

Il Progetto è stato attivato nel marzo 2001 con durata complessiva di tre anni. L'importo di finanziamento concesso all'EX Azienda U.L.S.S. 16 di Padova è stato di 270.000.000 di lire, su un totale di 1.450.000.000.

Le attività presentate in conferenza stampa sono state, assieme a quella della Casa Circondariale Regina Coeli di Roma, pionieristiche in ambito internazionale e si sono concretizzate in attività dedicate sia ai detenuti che al personale.

Il Ministero di Giustizia, attraverso la firma della Convenzione è stata posta anche alla presenza dei giornalisti, sancendo contemporaneamente lo sforzo e l'impegno di queste due istituzioni per i tossicodipendenti in carcere.

I destinatari erano, per ciò che riguarda Padova, i tossicodipendenti detenuti presso l'Istituto Penitenziario Due Palazzi di Padova.

Le attività che l'ex A.U.L.S.S. 16 ha previsto di svolgere in modo diretto o attraverso apposite collaborazioni erano di natura psicodiagnostica e consistevano nella predisposizione tecnico - organizzativa della diagnostica.

Il Progetto è stato promosso dal Ministero di Giustizia, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e finanziato dal Fondo Nazionale d'Intervento per la Lotta alla Droga (art. 127 del D.P.R. n° 309 del 1990) - Progetti triennali di Prevenzione e Recupero dalle Tossicodipendenze - promossi e coordinati dal Dipartimento per gli Affari sociali d'intesa con le Amministrazioni Statali - Esercizio Finanziario 2000.

Responsabile del progetto è stato il Consigliere Giovanni Tamburino, Magistrato di Cassazione e direttore dell'Ufficio Centrale Studi e Ricerche del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Il progetto si proponeva di rilevare l'incidenza di soggetti tossicodipendenti con diagnosi anche psichiatrica al fine di: impostare programmi residenziali e non residenziali per i tossicodipendenti con doppia diagnosi e comorbilità psichiatrica; rilevare i bisogni formativi del personale penitenziario in ordine al problema di interesse; sviluppare strumenti tecnici per l'analisi e descrizione dei fenomeni.

La ricerca prevedeva l'attuazione di alcune fasi da svolgere presso il Carcere di Padova in convenzione con l'EX A.U.L.S.S. 16.

La prima fase ha comportato la costruzione di uno strumento di screening psicodiagnostico da sottoporre a tutti i tossicodipendenti incarcerati. In questa prima fase, sono state svolte anche attività di formazione per gli ispettori di polizia penitenziaria in tema di tossicodipendenza e psicopatologia e trattamento dei tossicodipendenti con problemi psichiatrici. L'attività di formazione è stata svolta a cura dell'EX A.U.L.S.S. 16 di Padova.

La seconda fase ha previsto la messa a punto di un modello psicodiagnostico a cura dell'EX A.U.L.S.S. 16 da applicarsi ai tossicodipendenti. In questa fase inoltre è stato applicato il questionario di screening sopra menzionato; questo strumento ha individuato un gruppo di tossicodipendenti con possibile diagnosi psichiatrica.

È susseguita l'applicazione del modello psicodiagnostico al gruppo di tossicodipendenti individuato.

I dati raccolti sarebbero stati valutati per l'analisi statistica, sia quantitativa che qualitativa da parte dell'ISTAT - Sezione Giustizia e forniranno la base per possibili modelli organizzativo - trattamentali per i tossicodipendenti con doppia diagnosi incarcerati.

Gli Enti coinvolti in questo Progetto sono stati il Ministero di Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.), la Casa di Reclusione "Due Palazzi" (PD), la

Casa Circondariale "Regina Coeli" (Roma), l'EX Azienda U.L.S.S. 16 di Padova, l'U.L.S.S. di Roma.

Oggi: Il Progetto “Chance” - sperimentazione di un modello integrato per la presa in carico di giovani tossicodipendenti

“Chance” è un progetto dipartimentale (Dipartimento dipendenze dell’Azienda ULSS 3) approvato a seguito di una presentazione tramite decreto di giunta regionale all'interno del Piano Operativo triennale dipendenze.

La Regione Veneto attraverso DGR 911 del 9 luglio 2020 ha stanziato dei fondi da dividere per progettualità dedicate alla cura e alla prevenzione nell'ambito dell'uso e abuso di sostanze. Insieme a progetti di cohousing, gestione del tempo libero e alla prevenzione del fenomeno dell'overdose, è stato presentato anche il progetto Chance.

Chance si configura come un progetto per i giovani minori ma è stato in seguito esteso anche ai giovani adulti per garantire una continuità trattamentale durante il passaggio dai servizi per minori a quelli per adulti, inoltre, anche se non pensato direttamente per i giovani con doppia diagnosi, è accessibile anche ai giovani ragazzi cui è stata diagnosticata anche una comorbidità psichiatrica.

A seguito di un'analisi del contesto territoriale: nelle sedi SerD dell'AULSS 3 Serenissima, secondo la relazione dell'osservatorio dipendenze del 2018, i giovani assuntori, abusatori, dipendenti nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 25 anni ammontavano al 15,3% di cui 16% maschi e 13% femmine di questi il 33,1% si collocava tra i 15 e i 19 anni e il 50% tra i 20 e i 24 anni. Di fatto la media risultava quindi poco più di 24 anni.

Risultava inoltre che i minori presi in carico dei SerD nel 2019 fossero 111, i minori inviati nel 2019 in comunità in Veneto 4 e fuori regione 3.

In Veneto è presente una sola comunità per giovani ovvero la comunità di Conegliano, questo rende l'inserimento in comunità terapeutica per minori tossicodipendenti in regione difficile da realizzare perché la disponibilità dei posti accreditati è obiettivamente scarsa. In assenza di posti presso tale comunità l'unica alternativa consisterebbe nel mandare i ragazzi fuori regione attraverso decreto.

Il progetto Chance promuove quindi la collaborazione con le comunità accreditate del territorio, anche se non specificatamente dedicate ai giovani, per mantenere i ragazzi nel territorio e rispondere tempestivamente alle loro necessità, creando dapprima un aggancio e poi un percorso diagnostico valutativo più tempestivo, dettagliato e non frammentario.

Nell'ottica del lavoro integrato e di welfare generativo viene quindi a crearsi uno scambio tra gli operatori delle equipe dei SerD e il privato sociale. Il progetto, inoltre, si avvale del servizio tutela minori in caso di bisogno, ed anche dell'area IAF e della neuropsichiatria infantile. Il progetto Chance è sperimentale e nel concreto si occupa dell'inserimento residenziale o semiresidenziale di ragazzi minorenni o appena maggiorenni. Il budget va a coprire 7 interventi all'anno di tipo residenziale più qualche semiresidenziale con ipotesi di previsione di spesa. Nell'ottica di un progetto terapeutico personalizzato condiviso tra operatori del Serd operatori della comunità il ragazzo potrà accedere alle sedi partner. La sua famiglia dovrà firmare l'autorizzazione formale all'ingresso e al trattamento e verrà anch'essa seguita e accompagnata dall'equipe di riferimento.

Tre comunità del territorio hanno dato disponibilità alla partecipazione al progetto: la cooperativa Olivotti di Mira ha dato disponibilità sia a livello residenziale che semiresidenziale per ragazzi minori e giovani adulti; l'opera Santa Maria della Carità ha dato disponibilità ad inserimento presso il centro diurno "Porte Aperte" di Zelarino in regime semiresidenziale; la comunità Villa Renata del Lido di Venezia ha dato disponibilità di posti in regime residenziale. Il progetto è stato presentato ed è capitanato dal SerD di Mirano (VE) ma è accessibile e tutti i SerD dell'AULSS 3. Viene inoltre eletto un rappresentante per ogni comunità che ha dato adesione.

Il progetto prevede una cabina di regia che dovrà garantire tempi di gestione coerenti, delle azioni trasversali e specifiche previste, nonché il raggiungimento degli obiettivi identificati in fase progettuale.

Il progetto possiede un gruppo di lavoro specifico con operatori dei SerD delle comunità coinvolte al fine di valutare l'idoneità all'inserimento sperimentale dei minori segnalati, definirne i criteri, stabilire le priorità degli inserimenti e dei percorsi, garantendo inserimento in strutture in tempi certi e relativamente rapidi oltre ad un funzionale rapporto con i servizi invianti.

Il progetto prevede altresì percorsi personalizzati per i minori coinvolti prevedendo dalla budgettazione standard una retta fissa per la residenzialità, una per la semi-residenzialità ed un'integrazione con le risorse economiche del piano triennale per poter personalizzare nel modo più adeguato ed efficace possibile il progetto terapeutico del minore preso in carico attraverso una serie di specifici interventi a supporto.

Il progetto è stato presentato con la realtà Covid-19 in pieno corso configurandosi come un

tentativo di risposta ad un'emergenza dentro l'emergenza.

Inoltre, data la particolare fascia d'utenza cui il progetto è dedicato, state apportate delle modifiche in itinere (sempre nell'ottica del work in progress) che riguardavano principalmente la flessibilità degli inserimenti in quanto il progetto coinvolge principalmente giovani in età scolare per i quali non risulta possibile accedere a servizi di residenzialità senza dover rinunciare alla scuola.

Sono stati quindi indetti dai laboratori estivi promossi in particolare dalla cooperativa Olivotti come arrampicata e canoa, per incentivare l'accesso in comunità in un momento in cui il giovane non è impegnato nelle attività scolastiche. Purtroppo, a causa della scarsità di adesione tali laboratori non sono stati attuati.

Per quel che riguarda i professionisti sono stati organizzati dei percorsi di formazione, in particolare tre incontri, con tematiche inerenti l'età adolescenziale, i fattori di rischio e le modalità attraverso cui i giovani si avvicinano alle droghe e le nuove dipendenze; questo per garantire un'adeguata conoscenza del fenomeno e potenziare l'efficacia degli interventi di cura e prevenzione di questi ragazzi.

Il progetto è attualmente in corso.

“Integra” – Fondazione San Gaetano

La sede del progetto “Integra” si trova nel comune di Val Liona in provincia di Vicenza in una casa rurale situata fra le colline dei Colli Berici.

La comunità comprende un terreno di 3 ettari coltivati con metodo biologico a vite, ulivo e orto biodinamico che danno la possibilità di sperimentare sane attività all'aperto e un ritorno al contatto con la terra.

A pochi chilometri di distanza, nel centro di Lonigo, si trovano due appartamenti per un totale di 8 posti letto, adibiti a civile abitazione, dove gli ospiti possono proseguire il loro programma terapeutico seguiti dallo staff della comunità, ma con la possibilità di sperimentare maggiori autonomie lavorando, studiando o con attività di volontariato.

Il progetto prevede la presa in carico della compromissione affettiva e relazionale delle persone, della tendenza all'agito, dei vissuti di vuoto e della mancanza di senso attraverso la costruzione sul piano relazionale di un'esperienza affettiva restauratrice.

Gli obiettivi perseguiti sono il miglioramento delle competenze emotive e relazionali, per un più efficace adattamento sociale, lo sviluppo di un'adeguata consapevolezza di malattia, con conseguente riduzione o sospensione dell'uso di sostanze, il raggiungimento di una

soddisfacente qualità di vita come espressione del maggior grado di autonomia possibile. L'approccio si articola in: intervento sanitario, monitoraggio sanitario e farmacologico; intervento terapeutico, gruppi psicoterapeutici e colloqui individuali con cadenza minima settimanale; intervento educativo, sviluppo di competenze adattive (cura di sé, sociali e lavorative) attraverso uno scambio affettivo e orientativo continuo con gli educatori; intervento sulla famiglia, gruppi e interventi individuali rivolti ai familiari, finalizzati all'emersione e alla presa in carico di dinamiche disfunzionali; intervento lavorativo, mediante l'avvicinamento al lavoro, calibrato progressivamente sulle risorse della persona. Offre inoltre la possibilità di inserimenti lavorativi protetti (Laboratorio Educazione al Lavoro; S.I.L.) propedeutici. L'equipe del progetto è composta da: Direttore, Coordinatore di sede, Supervisore, medico psichiatra, psicoterapeuti, infermiera e operatori di comunità.

CONCLUSIONI

La mia esperienza di tirocinio universitario presso due servizi specialistici quali il Servizio per le Dipendenze e il Centro salute mentale, ha suscitato in me una grande curiosità e mi ha fatto molto riflettere, sia in merito alla specificità di entrambi i servizi presi singolarmente, sia sulle loro capacità ma anche criticità, nel momento in cui fossero chiamati a collaborare per la presa in carico integrata di persone con comorbidità.

All'interno della tesi ho voluto riportare sia gli elementi di criticità che in prima persona ho osservato, sia gli elementi di forza che possono manifestarsi sulla base di: un lavoro integrato fra i servizi territoriali, di una filosofia di pensiero comune tra gli operatori dei servizi e di un lavoro di rete e in rete efficace ed efficiente, costruito su solide fondamenta scientifiche.

Un forte elemento di criticità ancor oggi evidente è, come riportato nel secondo capitolo, una scissione ancora presente per quanto riguarda la responsabilizzazione, da parte degli operatori dei servizi, rispetto alla presa in carico di una persona che presenta sia una dipendenza da sostanze, che un disturbo psichiatrico. Rispetto a ciò, come diversi autori affermano, è fondamentale trovare un punto di accordo interrogandosi sulla questione della diagnosi come criterio di definizione della persona e di appartenenza rispetto ad un servizio piuttosto che all'altro, questo in virtù della molteplicità di psicopatologie esistenti ed anche dell'incremento di tipologie di sostanze/oggetti d'abuso.

In servizi specialistici che si occupano di fasce d'utenza spesso multiproblematiche o con situazioni di vita spesso e volentieri compromesse, è molto facile cadere nella trappola del pregiudizio e dello stigma, pensieri che si tramutano in azioni di rifiuto, abbandono o, come succede sovente, di delega a chi "presumibilmente" potrebbe essere più competente e all'interno di un servizio cui l'offerta è, sempre "presumibilmente", più coerente. "Il tossicodipendente spetta al SerD/Dipartimento Dipendenze, mentre il paziente psichiatrico spetta al Csm/ Dipartimento salute mentale".

La storia clinica e le dimostrazioni scientifiche hanno dimostrato come questo sia un pensiero molto resistente, seppur obsoleto e viene quindi da interrogarsi sulle motivazioni che rendono questa meccanica di approccio, ormai profondamente inadeguata, ancora così persistente. Come riportato nella tesi queste dinamiche possono essere ricercate: nella storia dei servizi, nella filosofia stante alle discipline, nella formazione a partire dal percorso di studi dei professionisti, ad un istinto di conservazione da parte di quest'ultimi, a radici che hanno trovato la loro forza nelle etichette e nei pregiudizi. C'è, a mio avviso, ancora un grande lavoro da fare rispetto ai

paradigmi che vedono la persona con dipendenza come “viziosa” e la persona con un disagio psichico come “irrecuperabile”, i quali portano ad una concezione psicosociale errata di dipendenza come mero comportamento deviante e di malattia mentale come una condizione “incurabile”.

La lotta allo stigma e la spinta a lavorare con un approccio integrato in servizi consolidati nel tempo, rappresentano ancora oggi una grande sfida, in quanto c’è ancora una forte resistenza da parte dei servizi nel preservare una “routine” di cura e trattamento precisa, quando invece queste situazioni multicomplesse richiederebbero, per le loro specificità, elementi di flessibilità, cooperazione, creatività, in un’ottica di innovazione anziché conservazione.

A mio avviso, questa battaglia andrebbe combattuta a partire dalla formazione dei nuovi professionisti attraverso un’educazione alla comprensione e all’integrazione, per non doversi completamente appoggiare al solo lavoro di prevenzione. Non solo, a mio parere è necessario anche un lavoro a livello sociale e culturale che coinvolga i giovani adulti a diventare cittadini del domani più consapevoli e responsabili, in particolare se essi desiderano diventare professionisti del settore.

In un’età delicata come quella adolescenziale, contraddistinta da ribellione, senso di smarrimento, inadeguatezza, che talvolta possono tramutarsi in un dolore profondo contro il quale non si posseggono strumenti adeguati a contrastarlo, temi importanti come quello della salute mentale e dei rischi che l’uso di sostanze può comportare, vanno trattati non superficialmente, ma con un occhio di riguardo, per creare e successivamente diffondere consapevolezza in questi ragazzi e spingerli a riflettere su se stessi, a porsi le giuste domande, prendere coscienza di sé e del proprio stato emotivo e se ne hanno bisogno, a chiedere aiuto senza provare vergogna. Ciò può essere sostenuto a partire da efficaci strategie di prevenzione, nella concezione che da Regogliosi di promozione e integrazione, protocolli ad hoc e buone prassi, non solo per quanto riguarda i servizi ma tutto il territorio. Creare delle comunità consapevoli e competenti è uno degli scopi perseguiti dal cosiddetto “Welfare Generativo” che coinvolge la comunità intera al fine di appunto, generare risorse preziose e durature nel tempo. Tutto ciò dovrebbe essere pertanto sostenuto da normative solide, rendendo integrati anche i sistemi di finanziamento sostenuti da un riconoscimento istituzionale. Queste politiche “sane”, come vengono definite da Desjarlais, porterebbero un notevole contributo per quanto concerne gli interventi di prevenzione prima e presa in carico poi, delle persone con comorbilità e, come un effetto domino, contribuirebbero anche a migliorare la comunità stessa riducendo il rischio

di devianza e disagio sociale e, nei casi già presenti, aiutare a contrastare la malattia, potenziare le proprie risorse interne e resilienti contribuendo ad un più facile riposizionamento nella società, anche per quei casi apparentemente “irrecuperabili”.

Il modello biopsicosociale applicato in questo campo, viene in aiuto, in quanto si tratta di un valido strumento diagnostico-valutativo che non permette di escludere nessuno dei fattori predisponenti ad un potenziale disagio psichico o uso e abuso di sostanze/oggetti che creano dipendenza. Il modello, infatti, tiene in considerazione non solo i fattori biologici-genetici verso i quali vi è una grande attenzione e predilezione nell’analisi del disagio, ma anche i fattori psicologici-evolutivi e culturali-sociali più squisitamente riguardanti l’ambiente/contesto di vita delle persone e di competenza prevalente dei professionisti del sociale.

Il modello permette una presa in carico a tutto tondo, di prendersi cura e non solo “curare” la persona, in un modo più profondo e incisivo. Il confronto empirico tra i professionisti che si occupano delle tre aree risulta quindi importantissimo nel fornire risposte adeguate ai problemi causati dalla malattia e dal disagio sociale, poiché permette di concatenare e mettere a disposizione competenze che, sinergicamente, vanno ad affievolire ed auspicabilmente eliminare quante più problematicità possibili, per quanto variabili esse siano.

Il servizio sociale è, sulla base di tali premesse, una risorsa imprescindibile per mettere in pratica e facilitare il lavoro integrato, poiché riesce a mettere in comunicazione gli aspetti riguardanti il contesto e la vita sociale delle persone con i loro bisogni di tipo educativo, psicologico, sanitario; riesce altresì, attraverso il lavoro dell’assistente sociale a connettere le risorse disponibili con le istituzioni presenti nel territorio, come indicato fin dalla L.328/2000 la quale recita all’Art.3 comma 1:

“Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell’operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere.”

E all’Art. 3 comma 2 specifica:

“I soggetti di cui all’articolo 1, comma 3 (Enti locali, Regioni e Stato) provvedono, nell’ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi: a) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell’istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro; b) concertazione e cooperazione tra i

diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4 (Onlus, Cooperative, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato, organizzazioni di volontariato, enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, le AULSS).”

Questo tipo di lavoro è fondamentale per realizzare interventi non solo di cura ma soprattutto di prevenzione nei territori, secondo un approccio di comunità ovvero l’attuazione di interventi frutto di una combinazione sinergica di varie discipline e riflessioni non poggiata sul tecnicismo, bensì sul mettersi in una prospettiva dialogante e di interazione inaspettata con la realtà, interdisciplinare, centrata sulla ricerca-azione e con al centro la partecipazione dei cittadini.

Seppur rispetto al passato ci siano stati progressi rispetto alle modalità con cui i pazienti con doppia diagnosi vengono seguiti dai servizi territoriali, come emerge dalla tesi c’è ancora un grande lavoro da fare. Lo dimostra anche la scarsa intensità della ricerca nazionale rispetto a quest’ambito, la quale si rifà prettamente a studi internazionali, in particolare provenienti dagli Stati Uniti, salvo per alcuni autori particolarmente interessati a questo argomento. Questa mancanza è ancora più evidente quando sono i minori, o i giovani adulti, i protagonisti delle ricerche. Infatti, nella ricerca dei dati, ho potuto notare come i dati statistici scarseggino rispetto alla doppia diagnosi in sé stessa, ancora di più per quanto riguarda i giovani, ma ripongano l’attenzione piuttosto sulle due condizioni (l’uso di sostanze o il disagio psichico) in maniera separata l’una dall’altra.

La ricerca di progetti territoriali e strutture dedicate ai giovani con comorbilità è stata altrettanto faticosa. La mia attenzione si è rivolta in particolare alla Regione Veneto che, mentre da una parte ha dimostrato attenzione e volontà di approcciarsi al fenomeno attraverso confronti tra professionisti, iniziative sperimentali e protocolli di collaborazione interservizi (come riportato nel capitolo tre), dall’altra, a livello territoriale, manca di servizi specializzati e dedicati alla doppia diagnosi giovanile. A dimostrazione di ciò molte delle Comunità presenti sul territorio, nonostante siano indubbiamente una grande risorsa, non accolgono o faticano ad accogliere al loro interno persone con comorbilità poiché specializzate e ideate in partenza, per affrontare una specifica condizione. Non solo, la maggior parte di queste sono per persone adulte, o quantomeno maggiorenni. Le Comunità che desiderano occuparsi delle situazioni di comorbilità sono pertanto una risorsa preziosa data la crescente intensità del fenomeno. Ad

oggi, qualche realtà sta iniziando ad affermarsi purtroppo però, per quanto riguarda i giovani, le comunità doppia diagnosi in Veneto sono perlopiù assenti, come lo sono le comunità per giovani in generale. L'unica soluzione al momento applicabile si concretizza nel lavoro integrato e di rete, nelle sue modalità di promozione e cura, nelle progettualità a livello ambulatoriale e sperimentale sul territorio, atte a colmare questi vuoti in attesa della nascita di servizi residenziali e semiresidenziali interamente dedicati non solo alla “doppia diagnosi” di per sé, ma altresì a questa particolare condizione applicata ad una complessa fascia d'età come quella adolescenziale.

É necessario, a mio avviso, incrementare la sperimentazione e sfidare gli approcci di trattamento pregressi, usufruendo degli studi e delle nuove scoperte in quest'ambito, che per lungo tempo è stato trascurato o rifiutato, per favorire una routine di lavoro standardizzata e che, applicata alle circostanze sopra descritte, si rivela ormai palesemente sterile e, alla lunga, inefficace. Tenendo conto delle differenze sostanziali tra il lavoro preventivo/promozionale e il lavoro terapeutico, come ad esempio: la durata dei trattamenti ed anche le modalità di approccio con le persone che, negli interventi di prevenzione non sono già necessariamente portatrici di disagio, mentre negli interventi di cura esprimono una sofferenza conclamata, nuove sfide si rendono necessarie per gli operatori dei servizi territoriali, sociosanitari, per le istituzioni, per la comunità tutta.

La comorbilità, la doppia diagnosi, o in qualunque modo si cerchi di chiamare questa poliedrica condizione, esiste e non dovrebbe più essere trascurata né prima della sua manifestazione, né poi.

Riferimenti:

BIBLIOGRAFIA

- Fioritti A., Solomon J., (2002); Doppia diagnosi: epidemiologia, clinica e trattamento; FrancoAngeli
Cit. in Fioritti – Solomon:
- DeAlcaron R., (1972), “An epidemiological evaluation of a public health measure aimed at reducing the availability of methylamphetamine”, *Psychological Medicine* 2, 293-300.
- Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinmann A., (1988), “la salute mentale nel mondo: problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito.”, Il Mulino/Alfa Tape, Bologna.
- Eisenberg L., (1996), “La costruzione sociale del cervello umano”, *Sapere*, 45-58.
- Fagioli A., Napoleoni S., (1993), “Dentro l'alcol. terzo rapporto sull'alcolismo in Italia”, Koinè, Roma.
- Faggiano F., Vietti A., Armaroli P. (1998), “Alcol e mortalità: risultati da una rassegna della letteratura medica 1981-1998”, *professione sanità pubblica e medicina pratica* 10, 29-34.
- Fioritti A., Ferri S., Galassi L., Warner R (1997), “Substance use among the mentally ill. A Comparison of Italian and American samples”, *community mental Health Journal* 33/5, 429-442.
- Fioritti A., Ferri S., Melega V. (1995), “Schizofrenia e uso di sostanze. Indagine clinico epidemiologica su un campione di pazienti dei servizi territoriali di Bologna”, *schizofrenia* 7, 64- 69.
- Oxford J., Velleman R., (1990), "Offspring of parents with drinking problems: drinking and drug- taking as young adults", *British Journal of addiction* 85, 779- 794.
- Poldrugo F., Patussi V., (1996), “Alcoholism and alcohol related problems in Italy: an Overview on Recent Developments in Societal Responses and Treatment Systems”, *Journal of Addictive Diseases* 15 (3), 59-65.
- Tanda G., Pontieri F.E. e Di Chiara G. (1997) “Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common mu1 opioid receptor mechanism”, *Science*, 276, 2048-50.
- Thornicroft G., Tansella M., (1999), “The Mental Health Matrix”, Cambridge, University Press, Cambridge.

•Wilks J., Callan V.J., Austin D.A. (1989), “Parent peer and personal determinants of adolescent drinking”, *British Journal on addiction* 84, 619- 630.

••Rigliano P.; (2004); *Doppia diagnosi - tra tossicodipendenza e psicopatologia*; Raffaello Cortina Editore

Cit. in Rigliano:

• Bignamini E., Cortese M., Garau S., Sansebastiano S., (2002), *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. percorsi di ricerca sulla comorbidità*. Editeam, Castello d'Argile (BO)

• Carrà G., Scioli R., Gioni M., Barale F., (2000), “Profili di gravità ed esiti di trattamento dei pazienti di un servizio di consultazione per la comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze”. In *Noos*, 2, pp. 157-177.

• Clerici M., Malagoli M., Patersoni M., (1998), “Follow up di eroinodipendenti in differenti setting terapeutici. I vantaggi clinici dell'integrazione con trattamenti psicoterapici”. In “*Ricerca in psicoterapia*” 1(3), pp. 302-323.

•• Regogliosi L.,(1997), *La prevenzione del disagio giovanile*; NIS- la Nuova Italia Scientifica

Cit. in Regogliosi:

• Baiardi M., Guglielminotti B., (1986), “Le mappe del disagio giovanile a Torino”, Comune di Torino.

• Bonino S., Saglione G.,(1978), “Aggressività e adattamento”, Boringhieri, Torino.

• Butturini E.,(1984), “Disagio giovanile e impegno educativo”, La Scuola, Brescia.

• Castellazzi V.L.,(1993), “Suicidio e tentato suicidio nell'infanzia e nell'adolescenza” in “*Orientamenti pedagogici*”, 40, pp 29,ss.

• Corsi M., (1989), “Disadattamento e Devianza”, voci in *Laeng* (1989).

• Enriquez E.,(1972), “ Problématiques du changement”, in *Connexions*”,4.

• Freire P.,(1967), “L'educazione come pratica della libertà”, Mondadori, Milano.

• Gallino L., (1988), “Devianza sociale” in Gallino L. *Dizionario di sociologia*, UTET, Torino.

• Garmenzj N. (a cura di), (1987), “stress competence and development” in “*America Journal of Ortopsychiatry*”, 57,2,pp 159-74.

• Havigurst R., (1951), “*Developmental Task and Education*”, London

- Luccio R., Sala Borroni A.,(1979), “Disadattamento e svantaggio sociale”, Le Monier, Firenze
- Martini E., Sequi R (1988) “Il lavoro nella comunità, La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Melucci A., Fabbrini A, (1991), “I luoghi dell’ascolto”, Guerini, Milano
- Milanesi G., (1987), “Devianza”, voce in Demarchi, Ellena, Cattarinussi (1987)
- Milanesi G., (1989), “I giovani nella società complessa”, Leumann, LDC, Torino.
- Milanesi G., (1992), “Il disagio giovanile nella società complessa”, in “La rivista del Volontariato”, 3, pp.12 ss.
- Neresini F., Ranci C., (1992), “Disagio giovanile e politiche sociali”, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Osservatorio della Gioventù, (1990), “emarginazione e associazionismo giovanile”, Ministero dell'Interno, Roma.
- Palmonari A., Carugati F., Ricci Bitti P., Sarchielli G., (1979), “Identità imperfette”, Il Mulino, Bologna.
- Passow A.H.,(1970), “Deprivation and Disadvantage”, UNESCO, Hamburg
- Ranci C., De Ambrogio U., (1988), “Le condizioni del disagio giovanile nelle grandi città italiane” in AA.VV. (1988a).
- Regogliosi L., (1989), “alcune osservazioni a proposito del binomio prevenzione/promozione” in “Bollettino del coordinamento regionale operatori tossicodipendenti della Lombardia”,1.
- Regogliosi L., (1992), “la prevenzione possibile: modelli orientamenti esperienze per l'operatore di territorio sulla prevenzione della devianza giovanile e della tossicodipendenza”, Guerini, Milano.
- Ringhini G., (1984), “Il gruppo di lavoro e le ipotesi di ricerca”, in AA.VV. (1984)
- Rocchietta Tofani L., (1991), “Disadattamento scolastico, devianza psicosociale e classroom management” in “Orientamenti pedagogici”,38,pp. 1385 ss.
- Sarpellon G.,(1984), “Rapporto sulla povertà in Italia”, Franco Angeli, Milano.
- Speck R.V., Attneave C.,(1976), “La terapia di rete”, Astrolabio, Roma.

- Leshner A.I. 1999 no Science is a Revolutioning our view of addiction and what to do about it, American Journal of Psychiatry 156, 1-3.
- Iannitelli A., Castra R., Antenucci M., “Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e

osservazioni cliniche”, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Università degli Studi “La Sapienza”, Roma.

SITOGRAFIA

- <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19/doppia-diagnosi-revisione-sistematica-servizi-sanitari-territoriali> [Visionato il 20/10/2022]
- <https://www.epicentro.iss.it/alcol/epidemiologia-monitoraggio-2020> [Visionato il 20/10/2022]
- https://www.regione.veneto.it/documents/10793/1107625/DDR_Area_096_2020+B.pdf/b38fe941-ec14-45a3-8568-ed5bc91b2172 [Visionato il 21/10/2022]
- https://www.aulss8.veneto.it/provvedimenti/delibera%20f%20ta_1_DD%20G_2018_127.pdf [Visionato il 22/10/2022]
- <http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/progetti/doppiadiagnosi.htm> [Visionato il 22/10/2022]
- DGR n.911 9 Luglio 2020 - Piano Triennale Dipendenze 2020-22
https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/Download.aspx?name=Dgr_911_20_AllegatoA_423966.pdf&type=9&storico=False [Visionato il 18/10/2022]
- BUR n.105 14 Luglio 2020 Approvazione Piano Triennale Dipendenze
<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=423966> [Visionato il 18/10/2022]
- https://www.soggiornoproposta.org/files/documenti/lo_psichiatra.pdf [Visionato il 1/11/2022]
- Comunità Doppia diagnosi “La Vela”
<https://www.ceisbelluno.org/comunita-doppia-diagnosi-la-vela/#:~:text=In%20Via%20Navasa%20Centro%2034,persone%20con%20%E2%80%9Cdoppia%20diagnosi%E2%80%9D.&text=Unit%C3%A0%20d'Offerta%20Autorizzata%20e%20Accreditata%20dalla%20Regione%20del%20Veneto.> [Visionato il 1/11/2022]
- Comunità terapeutica “Fonte Viva”
<https://www.ceisbelluno.org/la-comunita-terapeutica-fonte-viva/> [Visionato il 1/11/2022]
- Comunità “Corte Berica” e “Il Colle”
<http://www.fondazioneangetano.it/doppia-diagnosi-maschile-e-femminile/> [Visionato il 1/11/2022]

- Comunità “Casa Aurora”

<https://www.casauroravenezia.it/wp-content/uploads/2017/11/Report-CTRP-Casa-Aurora-2007-2017.pdf> [Visionato il 1/11/2022]

- Legge 328/2000

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg> [visionato il 5/11/2022]