

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Scuola di Medicina e Chirurgia**

**Dipartimento di Medicina DIMED**

Corso di Laurea in Infermieristica

**“La Doppia Diagnosi in ambito di Salute Mentale: approcci assistenziali”**

**Relatore:** Luciano Liziero

**Correlatore:** Tiziana Barcaro

**Laureanda:** Andriyovska Vita

**Numero Matricola:** 2015801

**Anno Accademico:** 2022/2023



## ABSTRACT

**Background.** L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la Doppia Diagnosi come la coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico. La condizione dei pazienti doppia diagnosi è particolarmente grave e richiede un lavoro di rete tra servizi psichiatrici territoriali e servizi ospedalieri. Spesso infatti questa tipologia di pazienti mostra un maggior tasso di ricaduta, ricoveri più frequenti, maggior probabilità di commettere reati e finire in carcere, più alto rischio di contrarre malattie infettive come l'HIV e l'epatite. La cura di questi pazienti richiede quindi spesso il lavoro congiunto di diversi professionisti che collaborano attorno ad un progetto sanitario e socio-assistenziale. (Artoni, 2022)

**Obiettivo.** Questa revisione della letteratura si propone di approfondire la comprensione dei metodi e degli interventi più efficaci adottati dall'equipe multidisciplinare per migliorare la gestione e l'assistenza fornita ai pazienti affetti da doppia diagnosi.

**Metodo.** Per la stesura della tesi, è stata condotta una ricerca tramite l'utilizzo delle banche dati PubMed APA PsycInfo, applicando precisi criteri di eleggibilità.

**Risultati.** La letteratura internazionale esaminata presenta risultati coerenti, evidenziando una crescente prevalenza del fenomeno della doppia diagnosi. Tuttavia, non emergono linee guida definitive o strategie chiare e univoche che possano assistere i professionisti nell'affrontare con certezza la complessità della doppia diagnosi.

**Conclusioni.** La revisione della letteratura ha permesso di identificare potenziali interventi di assistenza sia in contesti ospedalieri che comunitari per i pazienti con doppia diagnosi. La comparazione tra vari studi ha portato alla conclusione che un approccio efficace per questi pazienti comprende interventi motivazionali, supporto tramite gruppi di sostegno, e soprattutto, la motivazione e l'assistenza fornite da professionisti di riferimento. Inoltre, studi

più recenti si sono concentrati su nuovi approcci, come la pet therapy, la terapia familiare comportamentale e programmi di trattamento basati su computer. Tuttavia, va notato che gli studi su questi nuovi approcci sono ancora limitati e necessitano di ulteriori ricerche.

**Keywords.** “Dual Diagnosis Psychiatry”, “Methods”, “Psycoterapy group” “Pet Terapy” e “Nursing Care”



## INDICE

Introduzione	Pag. 3
Capitolo 1: L'evoluzione della Psichiatria	Pag. 5
1.1 Dipartimento di Salute Mentale	Pag. 7
1.2 Servizio per le dipendenze – Ser.D	Pag. 9
1.3 Comunità Terapeutica	Pag. 10
1.4 La visione Corrente della Doppia Diagnosi	Pag. 13
Capitolo 2: MATERIALI E METODI	Pag. 17
2.1 Problema: Il fenomeno	Pag. 17
2.2 Obiettivo	Pag. 17
2.3 Stringhe di ricerca	Pag. 18
2.4 Criteri di eleggibilità	Pag. 19
Capitolo 3: RISULTATI DELLA RICERCA	Pag. 21
3.1 Il fenomeno della doppia diagnosi	Pag. 21
3.2 Risultati dell'Indagine	Pag. 22
3.3 Tabella Riassuntiva degli Studi	Pag. 40
Capitolo 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	Pag. 41
4.1 Discussione dei risultati	Pag. 41
4.2 Punti di forza e debolezza	Pag. 43
4.3 Conclusioni	Pag. 44
BIBLIOGRAFIA	Pag. 47



## **INTRODUZIONE**

La tesi di laurea ha origine dalla mia personale affinità con l'argomento trattato, che è stata alimentata dalla mia esperienza di tirocinio presso il Ser.D di Monselice e la Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) "La Lanterna" di Abano Terme, parte dell'azienda ULSS 6 Euganea, durante il mio terzo anno di corso.

Lo studio si concentra sull'analisi degli approcci utilizzati per assistere i pazienti affetti da una doppia diagnosi, ossia quella condizione in cui vi è la presenza simultanea di un disturbo da uso di sostanze psicoattive e un disturbo psichiatrico in uno stesso individuo. La letteratura sottolinea la mancanza di un approccio integrato per la gestione di pazienti con doppia diagnosi, con una suddivisione tra i servizi del Ser.D e il CSM, che spesso tralasciano una delle due problematiche. Ciò comporta una discontinuità nella cura dei pazienti, anche a causa della mancanza di comunicazione tra i due servizi.

Il mio tirocinio presso il Ser.D e la CTRP è stato un'opportunità per riflettere su questa complessa tematica in continua evoluzione. Nel primo capitolo ho esaminato l'evoluzione storica della psichiatria e il cambiamento della sua utenza dal 1400 fino ai giorni nostri, vengono descritte le varie branche del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e gli approcci terapeutici utilizzati oggi in contrasto con quelli praticati prima dell'entrata in vigore della Legge Basaglia. E' stata inoltre esaminata l'incidenza attuale della doppia diagnosi.

Nel secondo capitolo, è stata delineata la metodologia di ricerca utilizzata nello studio. Questa metodologia ha coinvolto la consultazione delle banche dati PubMed e APA PsycInfo, l'identificazione delle parole chiave rilevanti per la ricerca, e l'applicazione dei criteri di eleggibilità per determinare quali materiali fossero inclusi nella mia analisi.

Nel terzo capitolo della tesi, ho esaminato gli articoli di primo piano che offrono potenziali soluzioni in termini di interventi e risultati legati agli approcci per i pazienti con doppia diagnosi.



Nel quarto e ultimo capitolo, ho condotto una discussione basata sui risultati emersi dalla letteratura internazionale. In questo capitolo, ho evidenziato le eventuali problematiche, i limiti e i punti di forza emersi dalle ricerche analizzate. Inoltre, ho valutato la fattibilità di possibili strategie per migliorare la qualità dell'assistenza terapeutica a pazienti con doppia diagnosi.

## Capitolo 1: L'evoluzione della Psichiatria

### Dal 1400 al 1904

Gli ospedali psichiatrici esistevano già nel 1400, ma furono regolati per la prima volta nel 1904. Solitamente erano gli ordini monastici ed ecclesiastici, medici illustri o cittadini facoltosi a dare vita ai luoghi di contenzione dei malati psichici, dove spesso venivano inflitte vere e proprie torture.

Alcuni ospedali psichiatrici furono costruiti con il contributo di personaggi illustri, come la casa di cura *Sbertoli* di Pistoia, fondata nel 1868 dal *Professor Agostino Sbertoli*. Le "Ville Sbertoli" come furono comunemente chiamate, accoglievano da tutta Italia, garantendo un'opportuna riservatezza, malati provenienti da famiglie facoltose affetti non solo da alterazioni di mente, ma anche da altre malattie come l'epilessia, l'alcolismo e l'ipocondria. Si trattava di persone considerate "diverse" che le famiglie di appartenenza volevano tenere nascoste. Ben presto la casa di cura divenne rinomata anche oltre confine e iniziò ad accogliere malati provenienti da tutti i paesi europei

### Legge n° 36 del 1904

Nel 1902 fu Giovanni Giolitti a presentare al Senato un disegno di legge per regolamentare le strutture, basato su quattro punti fondamentali, ovvero: Obbligo di ricovero in manicomio solo per i detenuti pericolosi o scandalosi; Ammissione solo dopo procedura giuridica, salvo casi di urgenza; Attribuzione delle spese alle Provincie; Istituzione di un servizio speciale di vigilanza sugli alienati. La legge fu approvata nel 1904 con alcune modifiche, non considerava però i bisogni e i diritti del malato e dava la possibilità alle autorità locali di ordinare il ricovero presso un manicomio di qualsiasi persona, bambini inclusi. Venivano internati omosessuali, prostitute, donne che non erano ritenute in grado di fare le mogli e le madri, per esempio in quanto affette da depressione. (Pieraccini, 2023)

I malati con disturbi psichici erano considerati irrecuperabili e pericolosi socialmente, con la conseguenza del loro allontanamento dalla società, dalla famiglia e dalla reclusione all'interno del manicomio. (Barbuzzi, 2021)

I **Manicomi** erano centri di cura specializzati in cui i malati, divisi per disturbo, erano sottoposti a traumi fisici, bagni gelati, letti di contenzione, camicie di forza, catene, salassi, ma anche alla terapia "morale" per indurre il malato a riconoscere i propri errori e a recuperare la razionalità. Con il progresso scientifico, arrivarono le prime "vere" cure: nel Novecento debuttarono le terapie dello shock promosse da medici che per guarire i "malati". (Rubini, 2022)

Le persone all'interno dei manicomi perdevano la propria identità; essi non erano più degli esseri umani, ma dei numeri, costretti a vivere in condizioni pietose e disumane. All'interno degli istituti manicomiali regnava la scarsa igiene; i malcapitati che venivano internati iniziavano ad avere comportamenti che non erano propri della loro malattia. Si può parlare, infatti, di "sindrome dell'allontanamento sociale": la persona privata della sua capacità di stare con gli altri assumeva degli atteggiamenti che diventavano dei veri e propri sintomi. Avveniva il deterioramento delle abilità sociali, interpersonali e comportamentali dovuto all'effetto dell'istituzionalizzazione a lungo termine e non al disturbo mentale in sé. (Parrilli, 2018)

### **Legge 180/1978 – Legge Basaglia**

Nel 1978 venne istituita la Legge Basaglia. La legge stabilisce che tutti i trattamenti sanitari sono volontari (ribadendo l'articolo 32 della Costituzione Italiana). Il trattamento non volontario, detto Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e quindi la prestazione delle cure in condizioni di degenza Ospedaliera, può avvenire in presenza di almeno 3 elementi:

- Alterazioni Psiciche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
- La non accettazione delle cure da parte dell'infermo
- Assenza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestivamente ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere

Il testo disciplina anche il diritto di tutela del malato, indicato tempistiche e autorità di riferimento per l'impugnazione del trattamento

Per effetto della legge venne predisposta la chiusura definitiva dei manicomi, stabilendo il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e aprendo così la via alla rivoluzione in campo della salute mentale: non più contenitiva ma integrativa rispetto la società e riabilitativa verso la persona malata.

Nell'articolo 6 del testo formativo viene indicato: *“gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri”* Questo genera quindi l'antefatto normativo utile alla creazione del Centri di Salute Mentale. (Tapinassi, 2020)

## **La Salute Mentale Oggi**

La Seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, promossa dal Ministero della Salute, tenutasi a Roma nei giorni 25 e 26 Giugno 2021 riporta una profonda trasformazione del sistema di cura imposta anche dalle nuove forme di sofferenza. Il Dipartimento di Salute Mentale ha dovuto scontrarsi con bisogni nuovi e sempre più impegnativi: dalla gestione territoriale dei pazienti psichiatrici autori di reato, al disagio psichico di persone che presentano contemporaneamente disturbi psichiatrici e abuso di sostanze, alla sofferenza psichica in età adolescenziale. (Dipartimento politiche antidroga, s.d.)

### **1.1 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, l'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL). È dotato di diversi servizi:

#### **Servizio per l'assistenza diurna: I centri di Salute Mentale (CSM)**

È il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito Territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe

multiprofessionale costituita da uno psichiatra, psicologi, assistenti sociali e infermieri professionali. Assicura i seguenti interventi:

- Trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni e Ricoveri
- Attività Diagnostiche con visite Psichiatriche
- Attività di Raccordo con i Medici di Medicina Generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa
- Consulenza Specialistica per i servizi “di confine” (alcolismo, tossicodipendenza ecc.) nonché per le strutture residenziali per anziani e disabili
- Attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica
- Valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche adottate
- Intese e accordi di programmi con i Comuni per inserimenti lavorativo degli utenti psichiatrici, affido etero-famigliare ed assistenziale domiciliare

### **Servizi Semiresidenziali: I centri Diurni (CD)**

Struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel Territorio. Nell’ambito di Progetti terapeutico personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività di vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell’inserimento lavorativo

### **Servizi Residenziali**

Vengono definite strutture residenziali strutture extra-ospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo per i cittadini con disagio psichico inviati dal CSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete

di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale

### **Day Hospital Psichiatrico**

Il Day Hospital Psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio Termine. Ha la funzione di:

- Permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- Effettuare trattamenti farmacologici
- Ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata (Ministero della Salute, 2023)

### **1.2 SERVIZIO PER LE DIPENDENZE – Ser.D**

I Ser.D sono i servizi Pubblici per le Dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale, ai quali vengono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Tutto ciò in collaborazione e sinergia con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali e il volontariato.

I Ser.D dovrebbero essere tutti inseriti nei Dipartimenti delle Dipendenze e dovrebbero godere di autonomia tecnico gestionale, essere distinti e non inglobati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Dispongono di una propria dotazione Organica comprendente diverse figure professionali qualificate e specializzate: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi ed altro personale di supporto.

In genere attuano interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie. In particolare, operano accertamenti sullo stato di salute del soggetto da trattare e definiscono programmi terapeutici

individuali da portare avanti nella propria sede operativa o in collaborazione con una comunità terapeutica accreditata. (Dipartimento politiche antidroga, s.d.)

### **1.3 Comunità Terapeutiche**

La possibilità di prendersi cura di persone affette da disturbi mentali gravi in ambiti e ambienti alternativi all'ospedale psichiatrico, a seguito dell'approvazione della legge 180, ha sviluppato negli anni '80 le Comunità Terapeutiche in collegamento con la rete dei nuovi servizi Territoriali.

Le Comunità Terapeutiche hanno resistito fino ad oggi adattandosi ed evolvendosi rispetto ai cambiamenti interni (bornout, dinamiche gruppali distruttive, cambiamenti nei ruoli delle figure professionali) ed esterni (cambiamenti nel tipo di utenza, modificazioni normative, variazioni nella formazione e nella motivazione degli operatori) conservando l'obiettivo della cura della malattia mentale piuttosto che solo l'assistenza, sono proprio quelle che hanno saputo mantenere una struttura psicodinamica nella loro organizzazione.

La Comunità è una risorsa terapeutica globale, che cura con il suo funzionamento psicodinamico integrato (dimensione bio-psico-sociale) attraverso un programma individualizzato di interventi farmacologici, psicologici, psicoterapeutici, riabilitativi e di socializzazione, realizzati da una équipe multiprofessionale e multidisciplinare, in stretto collegamento con i Servizi Territoriali invianti del SSN con i quali la Comunità Terapeutica instaura un rapporto continuativo di collaborazione, all'inizio, nel corso e alla conclusione del percorso del residente segnalato dai Servizi Psichiatrici come indicato per la cura comunitaria.

La comunità offre ai pazienti una dimensione ambientale e temporale definita, con un'architettura terapeutica e organizzativa specifica, diversa dall'ospedale ma anche nell'ambiente familiare:

- Costituisce un luogo in cui poter fruire di un clima emotivo e sensoriale che nutra e sostenga le fragilità soggettive creando gradualmente una

sicurezza di base. È un luogo di incontro e confronto che predispone condizioni affettive favorevoli a esperienze di “transizione”

- Tra soggettività individuale isolata e condivisione con altri
- Tra significati del mondo interno e stimoli del mondo esterno

La partecipazione all'esperienza della Comunità Terapeutica è caratterizzata dalla possibilità interna di un *percorso evolutivo* in cui sviluppare potenzialità realisticamente valutate espresse in *progetti personalizzati*; gli obiettivi possono essere anche minimi, purché inseriti in una capacità di guardare al paziente come una persona che possa esprimere qualcosa di vitale, attraverso l'evidenziamento di bisogni e risorse, fragilità e punti di forza. Il progetto terapeutico-riabilitativo conseguente viene formulato in modo personalizzato per ciascun paziente con scansioni temporali e caratteristiche che ne possano favorire l'espressione personale

L'esperienza grupppale è il metodo di lavoro fondamentale adottato dai curanti per attivare la vita psichica dei pazienti e per apprendere dall'esperienza del rapporto con loro

La comunità è anche uno spazio aperto e connesso con le reti delle comunità locali e con le loro potenzialità di inclusione sociale e lavorativa; il gruppo dei pazienti e gruppo dei curanti, in collaborazione con le figure e la rete sociale, costituiscono nel loro insieme il dispositivo di cura, senza privilegiare un aspetto della vita comunitaria nei confronti di un altro.

### **Strumenti Terapeutici Utilizzati in CTRP**

#### **Accoglienza e formulazione del contratto terapeutico: Dall'inserimento alla conclusione del percorso concordato**

Il presupposto per raggiungere esiti favorevoli del percorso comunitario è rappresentato dalla costruzione condivisa del progetto tra paziente, famiglia, servizio inviante e Gruppo della Comunità Terapeutica e dall'alleanza terapeutica che si conquista dopo una fase preliminare di conoscenza della realtà comunitaria. Successivamente si proseguirà con un monitoraggio continuo per la valutazione dei progressi o regressi nelle diverse aree sia del



funzionamento mentale, che delle reti relazionali e la qualità della vita dell'ospite.

### **Valorizzazione delle dimensioni psicosomatiche dei residenti**

La dimensione corporea investe molteplici livelli dell'intervento comunitario: dalla cura dell'igiene personale e dell'alimentazione e più in generale della salute somatica, agli sport indicati e alle tecniche che facilitano l'integrazione corpo-mente (di rilassamento, posturali, ecc.) laddove la trascuratezza traumatica ha lasciato ferite profonde e aree dissociate nel soggetto.

### **Interventi Individuali**

Ogni Comunità Terapeutica deve proporre una gamma possibile di interventi che vanno dal semplice colloquio di ascolto e di sostegno o gestione personalizzata della crisi, alla psicoterapia vera e propria che il residente può condurre all'interno o all'esterno della CT: psicoterapia orientata al supporto e alla vitalizzazione del se nelle psicosi e alla metallizzazione e al contenuto degli acting<sup>1</sup> per i pazienti borderline e doppia diagnosi. Inoltre, è di fondamentale importanza una figura centrale costituita dall'*operatore di riferimento* del residente, con la funzione di filtro e intermediazione rispetto all'impatto del singolo verso il gruppo, integrazione dei vari aspetti formali e informali che il residente esprime e proietta nelle svariate esperienze che vive in Comunità.

### **Interventi Gruppali**

Possono comprendere diverse tipologie di attività di gruppo come: gruppo sull'accoglienza, di riabilitazione cognitiva, gruppi per la crisi, gruppi terapeutici, espressivi, sulla convivenza, di rilassamento e tecniche non-verbali, gruppi sportivi, gruppi all'inserimento del lavoro e gruppi auto-aiuto.

### **Interventi con le Famiglie**

Quando i legami con la famiglia sono vivi, molto spesso il periodo di percorso comunitario rappresenta per i famigliari una grande opportunità per poter comprendere le origini e la consistenza della sofferenza e poter apprendere

---

<sup>1</sup> Acting: azione che permette di scaricare velocemente una tensione interiore, che il soggetto percepisce come insopportabile e causata da un evento esterno.

nuove modalità di interazione e di comportamento. Le comunità possono curare in vari modi questa problematica attraverso:

- Gruppi multifamiliari
- Incontri periodici con la coppia genitoriale
- Gruppi multicopie di genitori

### **Attività Riabilitativa**

Le attività riabilitative comprendono:

- I laboratori di arte terapia che svolgono una funzione integrata con le attività psicoterapiche
- Le attività a carattere espressivo
- I laboratori di piccola professionalizzazione
- Le attività di autogestione

### **Interventi a livello della rete sociale esterna**

Il trattamento comunitario persegue, come scopo generale, l'acquisizione di capacità individuali come l'autonomia psichica e di autogestione, tale da consentire ai residenti il reinserimento nel tessuto sociale non protetto. Nei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati della Comunità Terapeutica deve essere prevista anche la possibilità di attivare almeno un dispositivo di inclusione sociale e/o lavorativa. La Comunità deve tendere quindi ad utilizzare tutte le possibilità offerte dal territorio, compresi: centri di orientamento al lavoro, centri per corsi di formazione, centri culturali e ricreativi, commerciali, attività di volontariato, impianti sportivi, ecc (*Documento-Ministero-Salute-2019.*)

### **1.4 La Visione Corrente della Doppia Diagnosi**

Molteplici sono le motivazioni per cui si è imposta negli ultimi tre decenni l'urgenza di considerare le condizioni cliniche di doppia diagnosi. Sono diventate sempre più comuni i ricoveri, in particolare i primi ricoveri, di giovani che hanno avuto un episodio psicotico in concomitanza con l'assunzione di sostanze diverse dall'eroina: dalle droghe nuove alla cocaina alle amfetamine, magari unite all'alcol.

Studi epidemiologici sulla popolazione di pazienti Schizofrenici in carico ai servizi hanno dimostrato che una larga parte, fino al 50% di questi pazienti cronici e gravi assumono varie sostanze. Esse fanno peggiorare tutti gli indici clinici e prognostici, la compliance e l'esito del trattamento, producendo maggiori tassi di riospedalizzazione e suicidio, riacutizzazione della sintomatologia, drop out, atti antisociali, degrado sociale, drammatico abbassamento della qualità della vita ecc.

Per molti anni, tutti i servizi hanno prodotto un'immagine trionfalistica dei propri programmi terapeutici per le tossicodipendenze: come se tutte le persone una volta sottoposte al programma, guarissero automaticamente. La letteratura scientifica però, ha da tempo rilevato che tutti i programmi, ambulatoriali o comunitari, hanno percentuali rilevatissime di drop out e fallimenti. Inoltre, è senso comune che la dipendenza in sé sia caratterizzata da ripetute cadute nell'uso di sostanze. È andata emergendo sempre più, dunque, il concetto che molto fallimenti siano imputabili ad altre problematiche, specificamente psichiatriche, evidenziate da franche crisi psicotiche, depressive e di altro tipo.

Questo ha comportato la necessità di rimettere in discussione i trattamenti "normali", obbligando a ridefinire criteri di accesso e di esclusione, limiti e condizioni dei differenti programmi. Ha portato, inoltre, a richiedere trattamenti psichiatrici, per tamponare emergenze e crisi, facendo accettare la concomitanza di interventi psicofarmacologici, ricoveri psichiatrici e, dunque, la necessità di diagnosi psichiatriche: laddove, prima, tutti i tossicodipendenti erano solo e semplicemente tali, perché vittime di una sostanza o di una socializzazione deviante. La doppia diagnosi nasce quindi come crisi del buon intervento standard. (Rigliano, 2015)

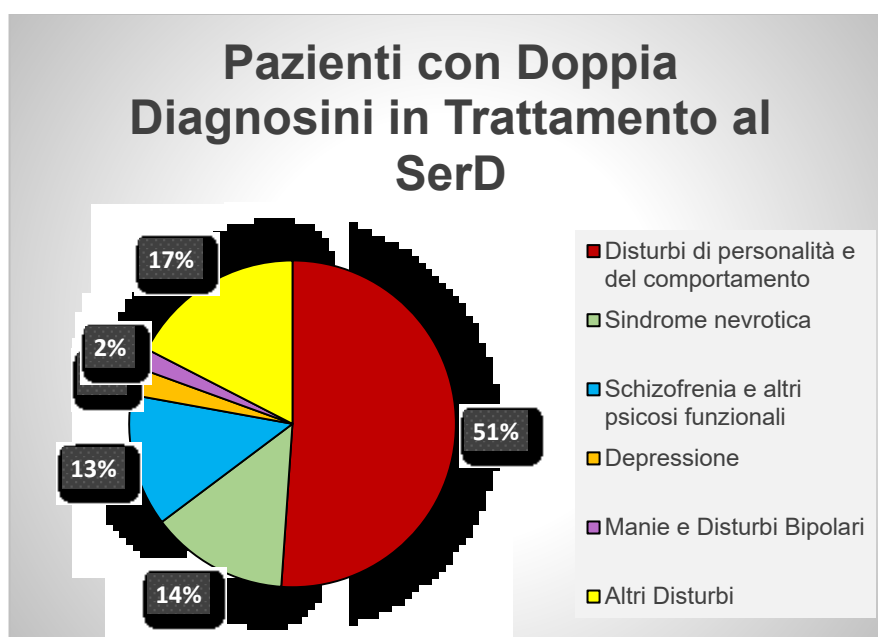
### **Dati Statistici**

Dall'analisi dei "Rapporti Tossicodipendenza" e "Rapporto Salute mentale" raccolti dal Ministero della Salute riferiti all'anno 2021 si sono ottenuti i seguenti risultati:

Gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2021 ammontano a 778.737 unità (mancano i dati della Regione Calabria), mentre i pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta durante l'anno (utenti al primo contatto) con i Dipartimenti di salute mentale ammontano a 289.871 unità di cui il 94,8% ha avuto un contatto con i servizi per la prima volta nella vita (first ever pari a 274.804 unità) (Cesare et al., 2022a)

Il Rapporto Tossicodipendenze riporta quanto segue: nel 2021 i servizi in Italia hanno assistito complessivamente 123.871 soggetti dipendenti da sostanze (su un totale di 203.920 contatti) di cui 15.653 sono nuovi utenti. Nel 2021 presentano *almeno* una patologia psichiatrica 8.790 assistiti pari al 7,1% degli assistiti in trattamento presso i Ser.D.

Il 51,1% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 13,65 da sindrome nevrotica e somatoformi, il 13,1% da Schizofrenia e altre Psicosi funzionali, il 2,7% da depressione e il 2,0% da manie e disturbi affettivi bipolari.



Il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso per i gruppi diagnostici all'uso di droghe ammonta a 6.233; il 12,6% del totale degli accessi in Pronto Soccorso per problemi correlati all'uso di droghe esita in ricovero, di cui il 34,1% sono accolti nel reparto di psichiatria. Inoltre, il 71,0% dei ricoveri registra una diagnosi di Psicosi indotta da droghe. (Cesare et al., 2022)

Confrontando i dati del Rapporto tossicodipendenze 2020 e il Rapporto Tossicodipendenze 2021 si può osservare che il numero dei pazienti che presentano almeno una patologia psichiatria è aumentato di 1.327 utenti (passando dai 7.463 del 2020 (Cesare et al., 2021) a 8.790 nel 2021).

Tali dati sottolineano la progressiva crescita dei pazienti che presentano Doppia Diagnosi e che necessitano di una presa in carico globale, che tenga in considerazione non soltanto di un percorso riabilitativo centrato sulla riabilitazione dello Stato mentale ma che possa comprendere un percorso riabilitativo dalle sostanze d'abuso.

A causa dell'elevata prevalenza e delle ripercussioni della doppia diagnosi, sarebbe opportuno disporre di un programma terapeutico specializzato per il loro trattamento.

## **Capitolo 2: Materiali e metodi**

### **2.1 Problema: il Fenomeno**

Come dimostrano i dati precedentemente riportati, il numero di pazienti che presentano una Doppia Diagnosi è in continuo aumento.

I pazienti con doppia diagnosi manifestano una minore conformità e performance alla fine del trattamento ospedaliero a causa dell'interazione tra l'uso di sostanze e la patologia psichiatrica. Ciò complica gli esiti delle terapie e della prognosi, aumenta il numero di ricadute, ritarda il miglioramento dei sintomi e aumento dei costi per la sanità. Inoltre, costituisce un grave fattore di rischio per la scarsa adesione alla terapia farmacologica.

Un percorso all'interno di una comunità terapeutica potrebbe rappresentare la migliore opzione per questo tipo di pazienti. Tuttavia, va notato che le comunità terapeutiche affrontano sfide significative nella gestione dei pazienti con doppia diagnosi, data la loro complessità. È importante notare inoltre che attualmente non esistono linee guida esaustive per la gestione di pazienti con tali problematiche. Esistono diverse opzioni di trattamento per i pazienti con doppia diagnosi, che tengono conto delle loro necessità specifiche: approcci psicosociali, terapie di gruppo e metodi innovativi possono fornire un notevole supporto a questi individui, ma è fondamentale sottolineare l'importanza del lavoro di squadra nel processo di cura.

### **2.2 Obiettivo**

L'elaborato ha l'obiettivo di analizzare vari studi sui percorsi terapeutici e riabilitativi, per fornire un supporto adeguato ai pazienti affetti da doppia diagnosi.

### **Quesito d'indagine**

Dopo aver analizzato il problema di questo elaborato mediante la formulazione del quesito *PIO* si procederà ad analizzare gli studi scientifici reperiti, che possono portare ad un miglioramento del percorso comunitario.

<b>P: Popolazione</b>	Pazienti con Doppia Diagnosi
<b>I: Interventi</b>	Interventi di equipe multidisciplinare, psicosociali e di gruppo
<b>O: Outcome</b>	Riduzione delle ricadute e delle recidive

Il quesito di ricerca ottenuto dalla formazione del PIO è:

*“Come si potrebbe migliorare, attraverso interventi psicosociali, interventi di gruppo con l’aiuto di un’equipe multidisciplinare, la presa in carico di un paziente con Doppia Diagnosi con lo scopo di ridurre le ricadute e le recidive di malattia?”*

### 2.3 Stringhe di ricerca

Per condurre la ricerca degli studi, sono state impiegate principalmente due fonti di dati: PubMed e APA PsycInfo.

Per ottenere dei risultati il più affini alla ricerca, sono state utilizzate diverse parole chiave quali: “Dual Diagnosis Psychiatry”, “Methods”, “Psycoterapy group” “Pet Terapy” e “Nursing Care”, l’aggiunta dell’operatore booleano **AND** ha portato ai seguenti risultati:

Banche dati	Parole chiave	Articoli selezionati
PubMed	“Dual Diagnosis AND methods”	4
	“Dual Diagnosi AND Psycoterapy group”	2
	“Dual Diagnosi AND Pet Terapy”	1
APA PsycInfo	“Dual Diagnosis AND Nursing Care”	1

## **2.4 Criteri di eleggibilità**

Nella ricerca, non sono stati applicati criteri temporali al fine di considerare una vasta gamma di potenziali interventi. Sono stati inclusi articoli in lingua inglese e articoli full text. I filtri relativi al genere, all'età e all'etnia non sono stati utilizzati.

Gli articoli relativi ai veterani, all'ambiente carcerario e quelli eccessivamente specifici che collegavano una particolare patologia psichiatrica alle sostanze e viceversa non sono stati inclusi nell'analisi.





## Capitolo 3: Risultati della Ricerca

### 3.1 Il fenomeno della doppia diagnosi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la Doppia Diagnosi come *“la co-occorrenza nello stesso individuo di un disturbo da uso di sostanze psicoattive e un altro disturbo psichiatrico”*.

A livello internazionale la Doppia Diagnosi rappresenta una seria preoccupazione per la salute pubblica, con grave impatto negativo sui costi per l'assistenza, la morbilità e la mortalità. Essa complica i risultati dei trattamenti e la prognosi, incrementa le ospedalizzazioni, ritarda la remissione dei sintomi e aumenta il rischio di *tentamen*<sup>2</sup>. E' inoltre un serio fattore di rischio per la mancata aderenza alla terapia farmacologica e per overdose, oltre che per ricoveri ripetuti.

Nel 2002 il *Department of Health* Britannico ha riconosciuto che la relazione tra le due condizioni risulta essere complessa: da un disturbo psichiatrico che precipita o porta ad un misuso<sup>3</sup> di sostanze, ad un misuso che peggiora o altera il corso di un disturbo psichiatrico, all'intossicazione o alla dipendenza da sostanze che comporta sintomi psichiatrici, fino al misuso o alla sospensione dell'uso che in sé conduce a sintomi o malattie psichiatriche.

Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi, esistono tre diversi paradigmi di trattamento per rispondere ai bisogni delle persone con Doppia Diagnosi:

- Sequenziale: secondo cui le persone vengono seguite da un servizio alla volta (salute mentale o dipendenze) a seconda dei bisogni;
- Parallelo: dove le persone vengono seguite sia dalla salute mentale che dai servizi per le dipendenze durante lo stesso periodo di tempo

---

<sup>2</sup> Tentamen = comportamento autoinferto potenzialmente lesivo, con un esito non letale in cui c'è, implicitamente o esplicitamente, l'intento di morire.

<sup>3</sup> Misuso= condizione in cui un medicinale viene usato intenzionalmente ed in modo inappropriato non in accordo con le condizioni di autorizzazione

- Integrato, secondo il quale un'unica equipe tratta i bisogni sia al disturbo di sostanze sia al disturbo mentale nello stesso setting. (Fantuzzi & Mezzina, 2019)

Sin dagli anni '90 il trattamento globale è stato indicato come Gold Standard per la gestione della Doppia Diagnosi anche se tutt'ora non vi è un accordo su quale modello di trattamento sia il migliore.

I pazienti che manifestano una condizione di Doppia diagnosi dovrebbero ricevere assistenza sia dal servizio di salute mentale che dai Servizi per le Dipendenze (SerD), in modo da creare una sinergia tra i due servizi che consenta al paziente di affrontare al meglio questa complessa patologia. Tuttavia, spesso sussiste una carenza nella comunicazione tra questi due enti, il che si traduce in un'assistenza frammentata per il paziente, il quale finisce per affrontare le sfide in modo discontinuo e spesso senza adeguato supporto. Ad oggi non sono presenti linee guida che possano fornire indicazioni sulla gestione di un paziente che presenta Doppia Diagnosi e la varietà di approcci terapeutici e modalità di assistenza per tali pazienti sottolinea l'importanza di un approccio completo e multifattoriale al problema. Questo richiede una gestione globale e integrata della loro complessità, implementando un percorso di trattamento in grado di affrontare simultaneamente le diverse necessità del paziente.

### **3.2 Risultati dell'indagine**

Dalle ricerche emerge che un approccio che preveda un percorso all'interno di una comunità potrebbe rappresentare l'opzione più efficace per ottenere miglioramenti significativi. Questo percorso dovrebbe essere strutturato in diverse fasi, culminando in una fase di "stabilizzazione" in cui il paziente cessa l'uso di sostanze. Durante tutto il percorso con l'ausilio di gruppi di sostegno, sessioni guidate da individui che hanno esperienza personale simile, e altre strategie di educazione psicologica, insieme all'aiuto di infermieri che dimostrano comportamenti empatici, comprensivi e attenti, è possibile ottenere risultati positivi come una maggiore adesione alla terapia, aumento della

consapevolezza, una riduzione delle ricadute e, di conseguenza, un miglioramento dei sintomi della patologia psichiatrica.

Di seguito sono elencati gli approcci identificati dagli studi reperiti, che possono essere incorporati nel percorso comunitario standard per massimizzare i risultati oppure essere utilizzati in alternativa al percorso comunitario come interventi di supporto.

#### **“Interventi comportamentali per pazienti con doppia diagnosi”**

<b>Titolo articolo</b>	<b>“Behavioral interventions for dual-diagnosis patients”</b>
<b>Autore</b>	<b>R. Jeffrey Goldsmith, MDa,b, Vamsi Garlapati</b>
<b>Anno</b>	<b>2004</b>
<b>Disegno di Studio</b>	<b>Articolo</b>
<b>Campione</b>	<b>Trattandosi di una Rivista non è presente un campione</b>

Il trattamento integrato viene sempre più promosso come il modello ottimale in cui i professionisti sono competenti nella gestione psichiatrica e nel trattamento delle dipendenze; l'intensità del trattamento dovrebbe essere abbinato alla gravità dei sintomi sia per l'uso di sostanze che per i disturbi psichiatrici; ogni individuo varia nella disponibilità al cambiamento, le strategie di trattamento dovrebbero essere quindi mirate a valutare questa disponibilità infine utilizzando questa valutazione, il colloquio motivazionale può essere utilizzato per preparare i pazienti a cambiare i comportamenti di cura di sé.

E' stato proposto un modello di trattamento che enfatizza quattro fasi del processo terapeutico:

- 1) Fase dell'impegno: può richiedere un lungo periodo di tempo, in cui il paziente coinvolto dovrà cercare di non far uso delle sostanze e resistere alle crisi di astinenza
- 2) Fase di persuasione: questo si riferisce alla fase di negoziazione di una visione comune dei problemi e delle soluzioni
- 3) Trattamento attivo: vengono offerti trattamenti comportamentali, insieme a farmaci appropriati
- 4) Fase di prevenzione delle ricadute
- 5) Fase di stabilizzazione

Gli interventi motivazionali sono riconosciuti come ingredienti fondamentali ed efficaci nel trattamento della dipendenza. Il colloquio motivazionale e la terapia di potenziamento della motivazione si sono dimostrati efficaci nella gestione della dipendenza da alcol e droghe, sia in assenza che in presenza di disturbi psichiatrici concomitanti. Cinque principi chiave del miglioramento motivazionale includono: esprimere empatia; notare la discrepanza tra il comportamento attuale e quello desiderato; evitare discussioni; astenersi dal confrontarsi direttamente con la resistenza; e incoraggiare l'autoefficacia, ovvero la convinzione dell'individuo di avere la capacità di cambiare

La terapia familiare comportamentale (BTF) è un intervento familiare ben studiato progettato per aiutare i pazienti con doppi disturbi. Il vantaggio della BFT rispetto alla collaborazione familiare è che fornisce un quadro teorico e un approccio sistematico agli interventi unifamiliari. BFT è progettato per fornire alle persone informazioni e competenze che rispondono a tre bisogni fondamentali: il bisogno di informazioni sui problemi concomitanti e sulle loro interazioni, il bisogno di una comunicazione efficace con il minimo stress e il bisogno di lavorare insieme

La terapia di gruppo fa parte del trattamento delle dipendenze da decenni. Sono necessari alcuni adattamenti per accogliere la popolazione con doppia diagnosi nelle comunità terapeutiche, vale a dire maggiore flessibilità (con orari, applicazione delle regole e punizioni), obiettivi di trattamento più ampi (per includere i numerosi deficit e conseguenze che hanno i pazienti con doppia diagnosi), e un trattamento meno intensivo a tutti i livelli.

I gruppi di Persuasione mirano a persuadere il paziente che il trattamento in generale e l'astinenza dall'uso di sostanze sono benefici. Un'atmosfera accogliente e confortevole è essenziale in questo gruppo per facilitare una discussione aperta sull'uso della sostanza. Espandere la consapevolezza, aumentare la motivazione e affrontare la negazione sono tutti processi che avvengono nella fase di persuasione del trattamento. (Goldsmith & Garlapati, 2004)

**“Interviste motivazionali per ridurre l'uso di sostanze negli adolescenti con comorbidità psichiatrica”**

Titolo articolo	Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity
Autore	Richard A. Brown, Ph.D, Ana M. Abrantes, Ph.D. , Haruka Minami, Ph.D., Mark A. Prince, Ph.D , Erika Litvin Bloom, Ph.D. , Timothy R. Apodaca, Ph.D. , David R. Strong, Ph.D. , Dawn M. Picotte, Peter M. Monti, Ph.D. , Laura MacPherson, Ph.D. , Stephen V. Matsko, M.A. , Jeffrey I. Hunt,
Anno	2015
Disegno di studio	Studio Randomizzato Controllato
Campione	151 pazienti con assegnazione casuale in due gruppi

I pazienti adolescenti sono stati reclutati durante il ricovero psichiatrico ospedaliero e assegnati in modo casuale a due gruppi:

- Gruppo TAU: trattamento di base
- Gruppo MI: trattamento di base + intervento motivazionale

Tutti gli adolescenti hanno completato le valutazioni durante la degenza, alla fine della degenza e a 1, 6 e 12 mesi dopo la dimissione

Gli obiettivi di queste sessioni erano quelli di costruire un rapporto, aumentare la consapevolezza dei pazienti sulle conseguenze dell'uso di sostanze, comprendere la discrepanza tra il comportamento attuale di uso di sostanze e i loro obiettivi, aiutare i pazienti a rivalutare il loro comportamento, aumentare l'autoefficacia e fornire assistenza nella definizione degli obiettivi e nella creazione di un piano di cambiamento.

Programma e organizzazione dei due gruppi:

<b>Gruppo TAU</b>	<b>Gruppo MI</b>
Assegnazione Psichiatra	Assegnazione Psichiatra
Farmacoterapia	Farmacoterapia
Sessioni individuali e familiari	Sessioni individuali e familiari
Gruppi di psicoeducazione	Gruppi di psicoeducazione
Gruppo dedicato all'uso di sostanze	Gruppo dedicato all'uso di sostanze
	<u>Intervento Motivazionale</u>

La prima sessione è stata dedicata all'esplorazione dei pro e dei contro dell'uso di sostanze da parte del paziente. Il terapeuta ha quindi fornito un feedback riguardante le conseguenze negative dell'uso della sostanza che il paziente ha approvato nelle misure di valutazione di base. La prima sessione si è conclusa con una discussione sugli obiettivi del paziente e un riepilogo della sessione.

La discussione degli obiettivi aveva lo scopo di costruire la motivazione al cambiamento evidenziando la discrepanza tra il comportamento attuale del paziente e gli obiettivi a breve e a lungo termine.

Durante la seconda sessione, al paziente è stato fornito un feedback aggiuntivo, che includeva dati normativi nazionali sull'uso di sostanze da parte degli adolescenti e informazioni sugli effetti dell'uso di sostanze sui sintomi psichiatrici del paziente. Infine, i terapeuti hanno assistito i pazienti nella creazione di un piano di cambiamento che includeva obiettivi comportamentali specifici.

I risultati hanno rivelato che ai partecipanti del gruppo IM era associato:

- Latenza più lunga al primo utilizzo di qualsiasi sostanza dopo la dimissione (36 giorni contro gli 11 del gruppo TAU)
- Minor uso totale di sostanze durante i primi 6 mesi dopo la dimissione
- Riduzione dei comportamenti di violazione delle regole
- Riduzione dei sintomi esternalizzanti

Nel complesso, i risultati di questo studio indicano che l'intervento motivazionale si dimostra promettente nel ritardare e ridurre l'uso di sostanze dopo la dimissione dall'ospedale psichiatrico, creando potenzialmente lo spazio affinché gli adolescenti possano osservare più da vicino i loro comportamenti e imparare a fare scelte migliori continuando il trattamento.(Brown et al., 2015)



**“Ruolo dei processi di auto-aiuto nel raggiungimento dell’astinenza tra persone con doppia diagnosi”**

<b>Titolo</b>	Role of self-help processes in achieving abstinence among dually diagnosed persons
<b>Autore</b>	Stephen Maguraa, Alexandre B. Laudeta , Daneyal Mahmooda , Andrew Rosenbluma , Howard S. Vogelb , Edward L. Knight
<b>Anno</b>	2003
<b>Disegno di Studio</b>	Studio prospettico longitudinale
<b>Campione</b>	277 partecipanti reclutati tra le persone che partecipavano alle gruppi DTR (programma di mutuo soccorso)

Un programma di mutuo soccorso è un'iniziativa o un gruppo in cui le persone si riuniscono per fornirsi reciprocamente supporto emotivo, sociale o pratico. Questi programmi possono essere organizzati in vari contesti, tra cui salute mentale, dipendenze, problemi di salute cronica, o altre sfide personali. L'obiettivo principale di un programma di mutuo soccorso è quello di creare una rete di sostegno tra individui che condividono esperienze simili o affrontano problemi comuni.

Nella ricerca sono stati valutati tre aspetti dell'auto-aiuto, spesso menzionati nella letteratura come possibili elementi chiave che spiegano come la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto influisca sui risultati dei partecipanti: terapia d'aiuto, apprendimento reciproco e processi di supporto emotivo.

- Terapia d'aiuto: componente chiave del processo di auto aiuto, afferma che assumere un ruolo d'aiuto rafforza l'impegno emotivo e comportamentale di un membro del gruppo al cambiamento. Assistendo, consigliando e supportando gli altri un membro rafforza il

proprio apprendimento delle attitudini, delle abilità e dei comportamenti apprezzati.

- Processo di apprendimento reciproco: I membri dei gruppi hanno l'opportunità di apprendere nuovi atteggiamenti, abilità e comportamenti sia attraverso la condivisione di informazioni generali durante le riunioni sia attraverso l'esempio di modelli di ruolo specifici: condividono esperienze, fallimenti, successi e speranze. I membri ascoltano gli altri in situazioni simili e con problemi simili per apprendere cosa ha funzionato per loro.
- Supporto emotivo: una delle funzioni fondamentali è comunicare e dimostrare l'accettazione del membro come essere umano stimato.

L'intervista era uno strumento semistrutturato somministrato all'inizio dello studio e 1 anno dopo e andavano a misurare: Astinenza da alcool/droghe, la presenza alle DTR, Coinvolgimento nella DTR, la frequenza e coinvolgimento in 12 Fasi, gravità dei sintomi psichiatrici, se sono presenti diagnosi psichiatriche multiple, motivazione interna al cambiamento, coping percepito, autoefficacia nel recupero, supporto sociale, eventi di vita stressanti, scala del processo di terapia di aiuto, scala di apprendimento reciproco e scala di supporto emotivo.

I risultati principali indicano che l'astinenza da sostanze/alcool è aumentata nel corso dello studio di un anno e che due processi chiave di auto-aiuto (la terapia di aiuto e le attività di apprendimento reciproco) sono stati associati a periodi di astinenza più lunghi.

Questa rappresenta la prima evidenza scientificamente supportata che la partecipazione a gruppi specializzati basati sui 12 passi può apportare benefici concreti risultati per le persone con doppia diagnosi. (Magura et al., 2003)

**“Interventi di gruppo guidati da pari e guidati da professionisti per persone con disturbi concomitanti: uno studio qualitativo”**

<b>Titolo</b>	“Peer-Led and Professional-Led Group Interventions for People with Co-occurring Disorders: A Qualitative Study”
<b>Autore</b>	Luljeta Pallaveshi, Krishna Balachandra, Priya Subramanian, Abraham Rudnick
<b>Anno</b>	2012
<b>Disegno di studio</b>	Studio pilota comparativo qualitativo
<b>Campione</b>	6 partecipanti

Questa ricerca esplorativa di natura qualitativa ha esaminato gli approcci di due gruppi di sostegno: un gruppo guidato da pari e un gruppo di persuasione guidato da un professionista della salute mentale.

I peer leader coinvolti nel gruppo guidato da pari erano pazienti che avevano completato con successo il programma e che prendevano parte alla guida del gruppo

I professionisti della salute mentale coinvolti nel gruppo da professionisti erano infermieri dell'area psichiatrica formati

L'obiettivo dei gruppi di persuasione era cercare di portare i partecipanti avanti nel loro recupero verso una fase di trattamento attivo in relazione al loro uso di sostanze, attraverso la discussione dei pro e dei contro dell'uso di sostanze e di altre strategie

Entrambi gli interventi di gruppo sono stati condotti settimanalmente, come gruppo aperto e senza limiti di tempo. I partecipanti potevano partecipare a uno dei due gruppi a seconda della loro preferenza. I risultati ottenuti vengono confrontati e riportati di seguito:

	<b>Gruppo guidato da pari</b>	<b>Gruppo guidato da professionisti</b>
Confort, ambiente positivo	+	+
Condividere informazioni private	+	-
Linee di comunicazione	+	-
Conoscenza sulla condizione clinica	+	+
Livello di confidenza	+	-
Promozione al recupero	+	+
Motivazione alla condivisione delle conoscenze per il recupero	+	-
Consapevolezza del "non essere soli" nella malattia	+	-
Clima di speranza e sostegno	+	+
Ottimismo	+	+

I risultati di questo studio suggeriscono che offrire interventi di gruppo guidati da pari e da professionisti a persone con Doppia Diagnosi può offrire vantaggi maggiori rispetto all'offerta di uno solo dei due. (Pallaveshi et al., 2014)

## “La terapia Assistita con animali nel trattamento residenziale della Doppia Diagnosi”

<b>Titolo</b>	Animal-Assisted Therapy in the Residential Treatment of Dual Pathology
<b>Autore</b>	Miguel Monfort Montolio and Javier Sancho-Pelluz
<b>Anno</b>	2019
<b>Disegno di Studio</b>	Studio Semi-sperimentale prospettico
<b>Campione</b>	43 Partecipanti ricoverati all'interno di una comunità terapeutica

La Terapia Assistita con Animale (TAA) è stata effettuata con la presenza di un cane (utilizzato come strumento terapeutico) in una terapia di gruppo composta da 10 pazienti.

Il programma consisteva in 10 sedute della durata di 60 minuti effettuando una seduta a settimana. Le valutazioni sono state fatte a 3, 6 e 10 settimane dall'inizio dello studio.

Lo schema di ogni sessione era il seguente:

<b>Programma</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Contenuto</b>
Presentazione	Saluto	Introduzione del cane
Esercizio di riscaldamento	Attenzione	Unire paziente e cane
Esercizi specifici	Terapia	Obiettivi del programma cognitivo comportamentale
Tempo Condiviso	Espressione	
Separazione	Fine	Addio

I partecipanti hanno svolto due categorie di esercizi: il primo mirava a istituire un ambiente terapeutico appropriato, mentre il secondo aveva l'intenzione di concentrarsi in modo più specifico sul compito pianificato con il cane.

Il contenuto delle 10 sessioni era organizzato in questo modo:

Sessione	Esercizio di riscaldamento	Esercizio Specifico
Prima	Ciao amico	Siediti e sdraiati
Seconda	Posso presentarti il mio amico	Stai tranquillo e vieni qui
Terza	Petting	Slalom tra le gambe
Quarta	Spazzolare il cane	Saltare sopra gli ostacoli
Quinta	Vestire il cane	A piedi
Sesta	Ciao	Sonno
Settima	E se ti graffiassi?	Gimkana per cani
Ottava	Guardami	Nascondere
Nona	Dammi una zampa	Animali domestici d'infanzia
Decima	Il cane saluta il gruppo	Consegna a mano

I dati sono stati raccolti a 3, 6 e 10 settimane.

Dai risultati ottenuti questo studio ha evidenziato che la TAA, condotto su pazienti con doppia diagnosi in un contesto residenziale, ha dimostrato la capacità di ridurre l'impulsività e di migliorare varie abilità di vita. Tuttavia, è importante sottolineare che sarebbe errato considerare la TAA come l'unico intervento per migliorare i sintomi; infatti, questa dovrebbe essere utilizzata in congiunzione con altre approcci, come terapie cognitive-comportamentali, farmaci o altre strategie, al fine di massimizzare i benefici per i pazienti. (Monfort Montolio & Sancho-Pelluz, 2019)

**“L'assistenza infermieristica utile dal punto di vista dei pazienti ricoverati per problemi di salute mentale con doppia diagnosi: uno studio descrittivo qualitativo”**

In questo elaborato, ho cercato di esplorare anche quali azioni potrebbe intraprendere l'infermiere al fine di assicurare una cura adeguata alle esigenze di un paziente con doppia diagnosi. Ho analizzato le strategie che potrebbero essere ottimizzate o integrate per rendere l'assistenza più completa.

<b>Titolo</b>	Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study
<b>Autore</b>	Lydia Ould Brahim , Cezara Hanganu , and Catherine Pugnaire Gros
<b>Anno</b>	2020
<b>Disegno di studio</b>	Studio qualitativo descrittivo
<b>Campione</b>	12 partecipanti

Il progetto è stato portato avanti da tre ricercatori e due studenti infermieri ricercatori iscritti ad un master (nello studio verranno soprannominati SNR).

Ai partecipanti sono state eseguite interviste individuali, semi strutturate ai quali veniva assegnato in modo casuale un SNR

Sono stati identificati un'ampia varietà di pratiche infermieristiche utili; questi sono stati descritti in associazione a diversi bisogni assistenziali classificati in base a tre temi principali:

### **Promuovere la salute nella vita quotidiana**

La promozione della salute fisica include strategie utili per soddisfare i bisogni fisici, come l'alimentazione, igiene o mobilità. L'aiuto che veniva fornito ai pazienti di queste semplici pratiche aumentavano il sentimento di autostima, in quanto l'infermiere ritagliava del tempo per aiutare il paziente, facendolo così sentire importante.

Al quanto importante anche la promozione del benessere psicologico: La maggior parte delle informazioni in questa categoria si riferiva a interventi suggeriti o potenziali. Sei intervistati hanno espressamente menzionato la necessità di essere distratti o di avere occupazioni, suggerendo che gli infermieri potrebbero contribuire coordinando attività più ludiche. Diversi partecipanti hanno condiviso approcci infermieristici utili per il supporto delle

relazioni familiari, che comprendevano agevolare le visite o i contatti, fornire informazioni alle famiglie e assistere nella risoluzione di questioni familiari.

### **Gestire la salute mentale e l'uso di sostanze**

Molti dei partecipanti hanno evidenziato l'importanza di cure pertinenti che coinvolgano la divulgazione di informazioni riguardo a droghe e alcol, compresi i loro effetti collaterali e il loro impatto sulla salute mentale.

Tutti i partecipanti hanno riconosciuto l'utilità degli interventi infermieristici legati alla gestione della loro salute mentale. Fornire i farmaci prescritti è stato considerato positivo, specialmente durante situazioni di crisi. Tuttavia, è stato notato che un eccessivo ricorso ai farmaci ha talvolta sostituito altri interventi benefici che potevano essere utilizzati in alternativa, come la comunicazione che poteva essere utilizzata per tranquillizzare un paziente ed assistere al recupero dell'equilibrio emotivo

### **Costruire una relazione terapeutica**

La dimostrazione di affetto e cura umana è stata identificata come utile in 11 delle 12 interviste condotte. La presenza, la disponibilità e l'attenzione degli infermieri, unite a un atteggiamento empatico, di sostegno e di comprensione, contribuiscono a risultati positivi per i pazienti, tra cui sentirsi amati e tranquillizzati. (Ould Brahim et al., 2020)

### **“La terapia familiare multidimensionale come alternativa comunitaria al trattamento residenziale per adolescenti con uso di sostanze e disturbi mentali concomitanti”**

Oltre al percorso comunitario, ci sono altre opzioni di trattamento che possono essere utilizzate per assistere un paziente con una doppia diagnosi.



<b>Titolo</b>	“Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders”
<b>Autori</b>	Howard A. Liddlea , Gayle A. Dakofa, , Cynthia L. Rowea , Craig Hendersonb , Paul Greenbaumc , Wei Wangc , Linda Albergaa
<b>Anno</b>	2018
<b>Disegno si studio</b>	Studio Randomizzato Controllato
<b>Campione</b>	113 partecipanti adolescenti sono stati assegnati in modo causale al gruppo MDFT (terapia familiare multidimensionale) e RT (trattamento residenziale). Il gruppo MDFT era composto da 57 partecipanti mentre il gruppo RT da 56.

I partecipanti sono stati valutati al basale e a 2, 4, 12 e 18 mesi dopo il basale. Entrambi i trattamenti hanno avuto una durata compresa tra 6 e 9 mesi

<b>RT</b>	
Il percorso era strutturato utilizzando un percorso “standardizzato”	
Terapia individuale e di gruppo	Gruppo Motivazionale
Consulti psichiatrici	
Istruzione	
Terapia Ricreativa	
Coinvolgimento familiare all’inizio e durante tutto il percorso	

Programma e obiettivi:

<b>MDFT</b>			
Lavoro individuale con ogni famiglia ed ogni singolo componente, su quattro ambiti di trattamento			
Adolescente	Genitore	Famiglia	Comunità
OBIETTIVI:			
Miglioramento della regolazione delle emozioni e coping	Migliorare coinvolgimento emotivo e comportamentale	Riduzione dei conflitti	Promuovere le competenze del giovane
Agevolare la comunicazione	Riduzione dei conflitti	Rafforzare il legame emotivo	Apprendimento sociale
Promuovere competenze sociali	Promuovere la collaborazione	Miglioramento abilità di comunicazione	Apprendimento abilità sociali e rifiuto alla droga
	Strategie per il influenzare positivamente gli adolescenti		

Grazie a questo studio si sono potuti ottenere i seguenti risultati: Durante i primi due mesi di trattamento i giovani in entrambi i trattamenti hanno mostrato riduzione significative in tutti gli ambiti, mentre il gruppo MDFT ha avuto una maggiore riduzione dei sintomi internalizzanti. A 18 mesi il gruppo MDFT ha mantenuto un miglioramento nell'uso di sostanze e nella delinquenza significativamente migliore rispetto il gruppo RT. Alla fine del trattamento i partecipanti al gruppo residenziale non hanno dimostrato miglioramenti maggiori rispetto al gruppo MDFT (Liddle et al., 2018)

**“I programmi di trattamento basati su computer sono efficaci nel ridurre i sintomi dell’abuso di sostanze e dei problemi di salute mentale negli adulti? Una Revisione Sistemica”**

<b>Titolo</b>	Are Computer-Based Treatment Programs Effective at Reducing Symptoms of Substance Misuse and Mental Health Difficulties Within Adults? A Systematic Review
<b>Autori</b>	Stephanie Dugdalea, Sarah Elison-Davies, Heather Semperb , Jonathan Warda , and Glyn Davies
<b>Anno</b>	2019
<b>Disegno di studio</b>	Revisione Sistemica
<b>Campione</b>	Sono stati esaminati 33 Articoli

Gli interventi Basati su Computer (CBI) sono programmi o applicazioni informatiche progettate per fornire supporto e trattamento per una serie di disturbi mentali concomitanti o psicologici. Questi interventi utilizzano la tecnologia informatica per offrire la terapia e supporto ai pazienti.

I programmi possono avere una vasta portata con uno staff minimo necessario per facilitare il supporto e possono aumentare il coinvolgimento nel trattamento riducendo lo stigma per gli utenti del servizio. Inoltre, poiché l’abuso di sostanze o i problemi di salute mentale possono manifestarsi in qualsiasi momento della giornata, la salute digitale offre ulteriori vantaggi come la possibilità di accedere al supporto in qualsiasi luogo e in qualsiasi momento. Ciò consente all'utente di assumere il controllo sulla propria difficoltà specifica, senza essere vincolato ai tipici orari di ufficio per ricevere il trattamento o dover recarsi presso i servizi per ricevere supporto.

Lo scopo di questo articolo è determinare se i programmi di trattamento basati su computer siano efficaci nel ridurre i sintomi dell’abuso di sostanze e i problemi di salute mentale negli adulti

I risultati della revisione hanno evidenziato che gli interventi basati su computer hanno in genere portato a un miglioramento dei risultati nel

trattamento dell'abuso di sostanze e dei disturbi mentali all'interno dei gruppi quando sono stati confrontati con gruppi di controllo in lista d'attesa. Questi interventi si sono dimostrati efficaci nel migliorare i risultati nei casi di doppia diagnosi, e i miglioramenti specifici relativi alla salute mentale sono rimasti positivi per un periodo di fino a nove mesi. Tuttavia, è emerso che l'effetto combinato degli interventi basati su computer e del supporto da parte di un terapeuta è risultato più efficace rispetto agli interventi basati su computer da soli. (Dugdale et al., 2019)

### 3.3 Tabella Riassuntiva degli Studi

Interventi	Autori
Interventi comportamentali, motivazionali, terapia familiare comportamentale, Terapia di gruppo	R. Jeffrey Goldsmith, MDa,b, Vamsi Garlapati
Intervento Motivazionale	Richard A. Brown, Ph.D, Ana M. Abrantes, Ph.D. , Haruka Minami, Ph.D., Mark A. Prince, Ph.D , Erika Litvin Bloom, Ph.D. , Timothy R. Apodaca, Ph.D. , David R. Strong, Ph.D. , Dawn M. Picotte, Peter M. Monti, Ph.D. , Laura MacPherson, Ph.D. , Stephen V. Matsko, M.A. , Jeffrey I. Hunt
Gruppi di auto-aiuto	Stephen Maguraa, Alexandre B. Laudeta , Daneyal Mahmooda , Andrew Rosenbluma , Howard S. Vogelb , Edward L. Knight
Gruppi guidati da pari	Luljeta Pallaveshi, Krishna Balachandra, Priya Subramanian, Abraham Rudnick
Terapia assistita da Animali	Miguel Monfort Montolio and Javier Sancho-Pelluz
Promuovere la Salute, gestire la salute mentale e l'uso di sostanze, costruire una relazione terapeutica	Lydia Ould Brahim , Cezara Hanganu , and Catherine Pugnaire Gros
Terapia Familiare Multidimensionale	Howard A. Liddlea , Gayle A. Dakofa, , Cynthia L. Rowea , Craig Hendersonb , Paul Greenbaumc , Wei Wangc , Linda Albergaa
Interventi basati su Computer	Stephanie Dugdalea, Sarah Elison-Davies, Heather Semperb , Jonathan Warda , and Glyn Davies

## **Capitolo 4: Discussione e conclusione**

### **4.1 Discussione dei risultati**

Gli articoli che sono stati individuati e analizzati hanno risultati coerenti riguardo alla percentuale di persone che presentano una doppia diagnosi rispetto al modello italiano. Sono stati analizzati sei studi provenienti dagli Stati Uniti, uno dalla Spagna e uno dal Regno Unito. In sei studi è stata riscontrata una percentuale elevata di pazienti che presentano patologia psichiatrica in concomitanza a una dipendenza da sostanze, mentre i rimanenti due articoli mostrano una percentuale inferiore, probabilmente a causa di data più remota (infatti, gli studi risalgono al 2003 e al 2004). Gli altri sei studi sono più recenti, compresi tra il 2013 e il 2019, e riportano un aumento del numero di casi di doppia diagnosi nel corso degli anni.

L'obiettivo di questo studio era di indagare su possibili interventi volti a favorire il progresso di individui con una doppia diagnosi, sia all'interno di un contesto di comunità terapeutica che al di fuori di essa.

La maggior parte degli studi identificati riporta risultati molto promettenti, e in molti di questi casi, l'integrazione degli interventi può portare a risultati concreti. Purtroppo, fino ad oggi, la letteratura scientifica necessita di maggiori informazioni sulla doppia diagnosi, una condizione che rimane relativamente poco conosciuta dalla popolazione, nonostante il crescente numero di individui colpiti. Benché diversi studi accennino a possibili esiti positivi, mancano ricerche complete e longitudinali che dimostrino l'efficacia degli interventi nel tempo.

Nella maggior parte degli studi, è fondamentale considerare la motivazione al cambiamento del paziente come punto di partenza. Questa fase è seguita da una fase di disintossicazione delle sostanze, volta a sensibilizzare il paziente sulle domande relative alla propria salute mentale e sui possibili approcci terapeutici. In questa fase, gli approcci motivazionali (menzionati in tre degli otto studi) risultano essere particolarmente efficaci, inoltre i gruppi di supporto

(menzionati in quattro degli otto studi) possono svolgere un ruolo significativo per il cambiamento.

In aggiunta ai gruppi di supporto già disponibili nell'ambito della salute mentale, è possibile considerare l'integrazione di gruppi condotti da individui che hanno completato il percorso (Gruppi guidati da pari) ai gruppi condotti dal personale infermieristico. I peer leader, cioè gli individui che hanno concluso il percorso di terapia, potrebbero svolgere un ruolo significativo nel sostenere i pazienti con doppia diagnosi, incoraggiandoli a intraprendere il percorso di cambiamento, potenziando la loro autostima e favorendo una maggiore consapevolezza riguardo alle possibilità di guarigione dalla malattia.

Un approccio innovativo che potrebbe essere implementato in contesti comunitari è la "Pet Therapy". In questa forma di trattamento, i cani vengono impiegati come strumento terapeutico ma fornisce un sostegno emotivo al paziente, riducendo l'impulsività e migliorando le attività quotidiane. Necessario ricordare però che questa dovrebbe essere utilizzata in congiunzione con terapie cognitivo-comportamentali e farmacologica. Tuttavia, è importante notare che al momento sono disponibili solo pochi studi che possono confermare la vera efficacia di questa terapia.

Un altro approccio innovativo che potrebbe essere considerato come alternativa al contesto comunitario è la terapia familiare multidimensionale. Questo approccio si dimostra vantaggioso sia per il paziente che per i familiari che lo circondano. Lavorando all'interno dell'ambiente familiare del paziente, in cui egli è più a suo agio, si possono ottenere risultati simili a quelli dei pazienti che seguono un percorso comunitario. La principale differenza è che questa pratica comporta molto meno stress per il paziente e consente di preservare e migliorare i rapporti intrafamiliari. In questa tipologia di trattamento è fondamentale tenere in considerazione non solo la predisposizione del paziente al cambiamento, ma anche quella della famiglia. Tuttavia, bisogna riconoscere che la terapia familiare potrebbe non essere efficace nel caso in cui la famiglia fatica ad aiutare il paziente. Ciò evidenzia che questa strategia ha sia dei vantaggi che degli svantaggi.

Una volta che il paziente ha completato il ciclo di cure, in caso di necessità, i programmi di trattamento basati su computer potrebbero rappresentare un valido supporto alla persona. Questi programmi sono progettati per fornire assistenza e trattamenti immediati attraverso un'applicazione o vari siti web. Questa forma di supporto può dimostrarsi molto efficace quando il paziente si trova di fronte a una potenziale ricaduta nelle dipendenze o a una riacutizzazione della malattia mentale, poiché consente di ottenere aiuto immediato senza dover attendere a lungo per una visita specialistica.

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nel fornire assistenza ai pazienti, sia in un reparto di degenza sia in una comunità. Lavorando in prima linea, sono spesso il punto di contatto principale tra i pazienti e il sistema di cura della salute. Da questo punto di vista è quindi essenziale che l'infermiere sia in grado di stabilire un rapporto di fiducia reciproca con il paziente. Questo rapporto è cruciale per aiutare il paziente a promuovere la sua salute fisica e mentale. Gli infermieri devono dimostrare empatia e comprensione, ascoltando il paziente e rispondendo alle sue domande, che riguardino la dipendenza o il problema psichiatrico. Questo richiede una formazione più approfondita su tali tematiche.

La costruzione di una relazione terapeutica con il paziente è un punto fondamentale. Gli infermieri devono essere pronti ad ascoltare il paziente e fornire il supporto necessario. In alcuni casi, questa forma di supporto può avere un impatto significativo sul paziente, evitando la necessità di ricorrere a terapie più invasive.

#### **4.2 Punti di forza e di debolezza**

Gli studi analizzati in questa ricerca, che esplorano diversi approcci assistenziali, offrono una panoramica dettagliata dei vantaggi e svantaggi dei vari metodi che potrebbero essere impiegati per trattare i pazienti con Doppia Diagnosi. Nonostante negli ultimi anni ci sia stato un aumento del numero di pazienti affetti da doppia diagnosi, è auspicabile l'elaborazione di linee guida ufficiali, studi scientifici ed evidenze che riguardino il trattamento di questa condizione. Tuttavia, un punto di forza evidenziato è che la maggior parte dei



trattamenti proposti ha un costo contenuto e può essere implementata in modo continuativo nel tempo, sia all'interno di comunità terapeutiche che in diverse strutture del centro di salute mentale, come i Day Hospital o le strutture semiresidenziali, adattandosi alle esigenze dei pazienti.

### **4.3 Conclusioni**

Dagli studi esaminati emerge che, nonostante un costante aumento del numero di individui con doppia diagnosi, non esiste ancora un percorso definito per aiutare tali pazienti. Ciò che risulta evidente è che prima di avviare un percorso di trattamento, è essenziale che il paziente sia motivato al cambiamento, e che sia il problema delle dipendenze che quello della salute mentale vengano trattate con la stessa importanza e priorità.

È necessario che il paziente partecipi attivamente a tutti gli incontri e dimostri costanza e motivazione. Nel caso in cui il paziente incontri difficoltà in questo senso, è possibile considerare il ricorso a una comunità terapeutica, in cui un'equipe multiprofessionale possa seguire la persona.

Gli infermieri rivestono un ruolo cruciale in questo contesto, poiché sono in grado di instaurare un rapporto di fiducia con il paziente, aiutandolo ad aumentare la fiducia in sé stesso e nel processo terapeutico. Essi agiscono come un ponte tra il mondo dei pazienti e il mondo "reale", aiutando i pazienti a comprendere le difficoltà e la ricerca di aiuto. Per questo motivo, è necessario che acquisiscano una formazione più approfondita in questo settore e mantengano costantemente aggiornate le proprie competenze.

Infine, va evidenziato che il trattamento della doppia diagnosi richiede una collaborazione interprofessionale. Un approccio multiprofessionale, che coinvolge psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, terapisti occupazionali e altri professionisti, è spesso necessario per garantire una copertura completa delle esigenze dei pazienti.

In sintesi, l'approccio alla doppia diagnosi è un campo complesso e sfidante che richiede un impegno costante per la ricerca, l'adattamento e la

personalizzazione del trattamento. Riconoscere queste sfide è fondamentale per sviluppare strategie efficaci per i pazienti con doppia diagnosi.



## Bibliografia

- Artoni, dott S. L., Paolo. (2022, dicembre 6). *Doppia Diagnosi. Cura e riabilitazione.* Ospedale Maria Luigia. <https://www.ospedalemarialuigia.it/dipendenze-patologiche/doppia-diagnosi-riabilitazione-tossicologica/>
- Barbuzzi, N. (2021). *Dalla Basaglia alle R.E.M.S.: L'evoluzione normativa e culturale del sistema di assistenza al paziente psichiatrico-forense.*
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Minami, H., Prince, M. A., Bloom, E. L., Apodaca, T. R., Strong, D. R., Picotte, D. M., Monti, P. M., MacPherson, L., Matsko, S. V., & Hunt, J. I. (2015). Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.016>
- Cesare, M. D., Magliocchetti, N., Romanelli, M., & Santori, E. (2021). *Rapporto Tossicodipendenze anno 2020.*
- Cesare, M. D., Magliocchetti, N., Romanelli, M., & Santori, E. (2022a). *Rapporto Salute Mentale anno 2021.*
- Cesare, M. D., Magliocchetti, N., Romanelli, M., & Santori, E. (2022b). *Rapporto Tossicodipendenze 2021.*
- Dipartimento politiche antidroga. (s.d.). *I Ser.D.* Dipartimento per le politiche antidroga. Recuperato 30 ottobre 2023, da <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/>
- *Documento-Ministero-Salute-25.07.-2019.pdf.* (s.d.).
- Dugdale, S., Elison-Davies, S., Semper, H., Ward, J., & Davies, G. (2019). Are Computer-Based Treatment Programs Effective at Reducing Symptoms of Substance Misuse and Mental Health Difficulties Within Adults? A Systematic Review. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(4), 291–311. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1652381>
- Fantuzzi, C., & Mezzina, R. (2019). *Doppia diagnosi: Una revisione sistematica sull'organizzazione dei Servizi sanitari territoriali.*

- Goldsmith, R. J., & Garlapati, V. (2004). Behavioral interventions for dual-diagnosis patients. *The Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 709–725. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2004.07.002>
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., & Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47–56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011>
- Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2003). Role of self-help processes in achieving abstinence among dually diagnosed persons. *Addictive Behaviors*, 28(3), 399–413. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(01\)00278-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00278-7)
- Ministero della Salute. (2023, agosto 3). *La rete dei servizi per la salute mentale*. <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
- Monfort Montolio, M., & Sancho-Pelluz, J. (2019). Animal-Assisted Therapy in the Residential Treatment of Dual Pathology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 120. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010120>
- Ould Brahim, L., Hanganu, C., & Gros, C. P. (2020). Understanding Helpful Nursing Care From the Perspective of Mental Health Inpatients With a Dual Diagnosis: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(3), 250–261. <https://doi.org/10.1177/1078390319878773>
- Pallaveshi, L., Balachandra, K., Subramanian, P., & Rudnick, A. (2014). Peer-led and professional-led group interventions for people with co-occurring disorders: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 388–394. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9612-8>

- Parrilli, R. (2018, dicembre 14). La vita all'interno dei manicomi: Il raccapricciante destino dei pazienti psichiatrici. *EBRT*. <http://www.environmentbehavior.it/la-vita-allinterno-dei-manicomi-raccapricciante-destino-dei-pazienti-psichiatrici/>
- Pieraccini, M. (2023, aprile 24). *La storia dei manicomi in Italia, dalle origini fino alla loro abolizione con la legge Basaglia*. <https://www.lanazione.it/cronaca/manicomi-in-italia-dzqofo8n>
- Rigliano, P. (2015). *Doppia diagnosi: Tra tossicodipendenza e psicopatologia* (Nuova ed). R. Cortina.
- Rubini, A. (2022, ottobre 10). *Come si curavano le malattie mentali una volta?* Focus.it. <https://www.focus.it/cultura/storia/giornata-mondiale-salute-mentale-come-curavano-malattie-mentali>
- Tapinassi, D. M. (2020, dicembre 8). Legge Basaglia 180/1978: La norma che ha rivoluzionato la Salute Mentale. *Quotidiano Sanitario AssoCareNews.it*. <https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/legge-basaglia-180-1978>