

Materiale: Intervento sessione di lavoro: "Comorbidità" psichiatrica esperienze e prospettive

Relatore: Henry Marangon, Direttore Dipartimento delle Dipendenze Azienda USL 6 Livorno.

Titolo intervento: Doppia diagnosi: nuova entità nosografica o esigenza organizzativa?

File: n_92_marangon.pdf

N.B. Quanto riportato nel presente documento è di responsabilità dell'autore. Esso è destinato esclusivamente a stimolare il dibattito e non rappresenta in alcuna maniera prese di posizione del Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

DOPPIA DIAGNOSI: NUOVA ENTITA' NOSOGRAFICA O ESIGENZA ORGANIZZATIVA?

Introduzione

La coesistenza di un quadro clinico di dipendenza da sostanza, accanto ad un'altro di natura diversa, osservata con una frequenza crescente in questi ultimi anni, pone dei gravi problemi all'organizzazione dei servizi sia pubblici che privati. Sebbene se ne parli solamente da qualche anno, si tratta in realtà di un fenomeno noto da decenni. Tutti coloro che hanno studiato psichiatria durante gli anni '70 si ricordano delle classificazioni in cui si parlava di tossicomania psicotica, nevrotica e psicopatica.

TOSSICOMANIE PSICOPATOLOGICHE	PSICOTICHE
	NEVROTICHE
	PSICOPATICHE
TOSSICOMANIE SOCIOCULTURALI	HYPPI O JUNKY

Tab. 1 Classificazione di H. Loo 1970

Perché allora la presenza di disturbi psicotici, nevrotici o psicopatici desta solo ora una tale preoccupazione nei nostri servizi? La risposta va ricercata in due grandi direzioni: I Ser.T, con tutto ciò che hanno portato in termini di cambiamenti culturali, organizzativi ed operativi, hanno rappresentato la prima risposta istituzionale per molti di questi pazienti, particolarmente quelli affetti da gravi disturbi della personalità, normalmente esclusi dai servizi tradizionali. Inoltre le nuove modalità di assunzione ed il maggiore ricorso a sostanze stimolanti, favoriscono, lo sappiamo, un aumento di disturbi mentali, ma forse anche dei disturbi della personalità, appunto quelli che mettono più in difficoltà la nostra organizzazione, nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze. Sono i due aspetti che svilupperemo brevemente in questa relazione.

I dimensione nosografica

I servizi per le tossicodipendenze con il loro approccio integrato ed i trattamenti sostitutivi hanno sicuramente rappresentato per tutto un gruppo di persone, una risposta più adeguata (per lo meno più accogliente) di quella che avevano offerto prima di loro, i servizi della salute mentale o le comunità tradizionali.

Bisogna riconoscere che la psichiatria non è mai stata particolarmente disponibile nei confronti di tutti coloro che presentavano dei gravi disturbi della personalità o/e dei tossicodipendenti in generale. Tutti gli psichiatri sanno quanto il problema della tossicodipendenza e dei disturbi gravi

della personalità sono trattati con rassegnazione e distacco. Vi è perfino tutto un impianto teorico che, sulla base della loro scarsa accessibilità alle cure, tende ad assimilare tossicomania e disturbi della personalità, per sostenere che era meglio lasciarli al loro destino antisociale... La legge 185 del 75 che proibì di curare i tossicodipendenti negli ospedali psichiatrici (ma si badi bene non nelle altre strutture psichiatriche) sembrò per molti specialisti un avallo amministrativo a tali impostazioni. Inoltre, le difficoltà che incontravano questi medici a seguire tali pazienti con gli strumenti tradizionali, trovavano anche una specie di giustificazione nelle difficoltà a collocare nell'impianto nosografico questi disturbi.

In seguito agli studi condotti da Freud e da Bleuler in particolare, la psichiatria e la psicoanalisi avevano ipotizzato l'esistenza di due strutture patologiche di personalità, le nevrosi e le psicosi, all'interno delle quali dovevano essere collocate tutte le malattie mentali.

PSICOSI	SCHIZOFRENIA
	MANIACODEPRESSIVA
	PARANOIA
	ANSIA
NEVROSI	FOBICA
	CONVERSIONE
	OSSESSIVA
PSICOPATIE	TOSSICOMANIE
	ALCCOLISMO
	PERVERSIONE
	OMOSESSUALITA

Tab. 2 Classificazione delle principali malattie mentali. H Ey 1970

Il meccanismo patogenetico alla base di questa classificazione è stato ben illustrato da Freud con l'immagine del diamante che, quando cade, si rompe secondo delle linee predefinite. Nello stesso modo, la personalità confrontata a difficoltà si scompensa seguendo le modalità proprie di una delle categorie sopra elencate e corrispondente all'ultima tappa dello sviluppo, superata adeguatamente.

Essendo il *primum movens* di ogni disturbo mentale, la struttura di personalità, le tossicomanie avrebbero dovuto dipendere da una sola delle due strutture. Invece si descrivevano, come possiamo vedere, non solo delle tossicomanie nevrotiche e psicotiche ma anche delle tossicomanie psicopatiche, vale a dire delle tossicomanie che non rispondevano né all'una né all'altra delle due strutture ufficiali. Nel tentativo di salvare questo sistema nosografico, si postulò l'esistenza di una terza struttura, quella *borderline*, rappresentata da tutte le persone che avevano superato le prime tappe, relative alle psicosi, ma senza però essere riuscite ad affrontare adeguatamente quelle delle nevrosi, per cui dinanzi a difficoltà potevano scompensarsi seguendo delle modalità che a seconda delle circostanze, potevano apparentarsi alle nevrosi o alle psicosi, senza però esserlo realmente. In realtà fu rapidamente evidente che non si potevano collocare in questa nuova classe nosografica tutte le tossicodipendenze e che molte di esse erano associate ad autentici disturbi psicotici e/o nevrotici. Finalmente la categoria dei *borderline* sostituì quella degli psicopatici caricandosi delle medesime stigmate di asocialità, delinquenza, pericolosità ed incurabilità che caratterizza spesso tutta l'area dei gravi disturbi della personalità.

La scuola americana meno legata alla cultura psicanalitica di quanto lo fossero quelle europee, contestò rapidamente il sistema di classificazione basato sulla struttura di personalità per proporre un sistema di classificazione non più basato su una ipotesi etiopatogenetica, ma sulla descrizione di quadri sintomatici più precisi possibili. In Italia questa evoluzione culturale è stata molto più lenta

e sofferta, e la capacità dei Ser.T a fornire risposte significative, sebbene insufficienti, a persone con gravi disturbi della personalità, ha contribuito all'evoluzione a cui assistiamo da alcuni anni.

il sistema di classificazione del DSM si basa una valutazione multiassiale

- Asse 1 : i sindromi clinici
- Asse 2 : i disturbi dello sviluppo e della personalità
- Asse 3 : i disturbi e le condizioni di ordine fisico
- Asse 4 : valutazione degli eventi psicosociali stressanti
- Asse 5 : valutazione globale del funzionamento

II dimensione sociale ed operativa

L'altra parte della risposta che ci ponevamo all'inizio, va ricercata negli effetti che l'abuso protratto di certe sostanze, le nuove modalità di assunzione, in particolare il poliabuso e la cultura dello sballo, oppure la tendenza in una fascia sempre più ampia della nostra utenza a ricorrere a sostanze stimolanti, possono produrre sui tossicodipendenti.

Sappiamo quanto l'uso protratto di sostanze, particolarmente di quelle stimolanti, possa favorire la comparsa di disturbi mentali. Alcune volte la sostanza stessa, per le sue funzioni antipsicotiche, rallenta l'esordio psicotico, e ciò potrebbe favorire una maggiore compliance di tali pazienti nei confronti dei servizi per le tossicodipendenze piuttosto che per quelli della salute mentale.

Molto importante e controversa è la possibilità che l'uso protratto di certe sostanze possa, accanto ai disturbi mentali, indurre la comparsa di disturbi della personalità. Se come Allport riteniamo che "la personalità è l'insieme organizzato delle operazioni selezionate in funzione delle informazioni ricevute sull'ambiente con le quali l'individuo integra le sue tendenze" quindi che la personalità è il risultato delle condotte e non più una organizzazione profonda e fissa, allora possiamo ipotizzare che le sostanze e le condotte tossicomane possono favorire la comparsa di disturbi della personalità.

La domanda è importante perché, in caso di conferma, dovremmo riflettere anche sulle nostre modalità di presa in carico. Si tratta di un dubbio puramente teorico ma riguarda un aspetto che potrebbe contribuire a spiegare perché i nostri servizi osservano un numero così elevato di disturbi gravi della personalità. La risposta è rimandata a quando si sarà sviluppata la pratica sistematica della valutazione psicopatologica nei nostri servizi.

III dimensione organizzativa

Alla luce di quanto detto finora, è chiaro che la doppia diagnosi non è una nuova categoria nosografica precisa e definita, ma solamente la spinta a ripensare la nostra organizzazione, sebbene l'associazione in una stessa persona di una condizione di dipendenza e di disturbi della personalità o di altri disturbi mentali non basta a definire la situazione come grave e complessa.

Un'analisi degli archivi della salute mentale e del Ser.T di Livorno ha permesso di vedere che su 870 pazienti in carico al Ser.T, durante gli anni 1999-2000, 138 hanno avuto almeno un contatto con la psichiatria (visita, contatto con un centro della salute mentale, ricovero in SPDC...). Per queste 138 persone le risposte sono state molto diverse fra di loro, come si può desumere dalla tabella successiva.

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali

Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope
Genova 28-30 Novembre 2000

N° medio di pazienti incarico dal Ser.T di Livorno durante gli anni 99-2000	870
N° di pazienti che hanno avuto almeno un contatto con la salute mentale di Livorno durante gli anni 1999-2000 tra i pazienti del Ser.T	138
N° di pazienti presi in carico dalla salute mentale	68
N° di pazienti attualmente in carico dai due servizi	45
N° di pazienti seguiti in modo integrati	20

Distribuzione in funzione della sostanza primaria

	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	Almeno un contatto	Attualmente in carico	Almeno un contatto	Attualmente in carico	Almeno un contatto	Attualmente in carico
Alcool	19	12	10	9	29	21
Eroina	28	19	5	4	33	23
Cannabis	3	1	---	---	3	1
Cocaina	1	---	---	---	1	---
Amfetam.	---	---	2	0	2	0

Questi dati confermano, se necessario, che sotto l'etichetta doppia diagnosi possono celarsi le situazioni le più diverse che richiedono per ciascun caso una soluzione specifica. Non è lo stesso problema ritrovarsi dinanzi ad un disturbo di natura nevrotica e ad un disturbo delirante. Alcuni disturbi deliranti rispondono bene alle terapie farmacologiche, altri no. I pazienti con gravi disturbi della personalità richiedono interventi che i Ser.T non sono in grado di garantire completamente, così come la psichiatria. Quindi dobbiamo ripensare, in modo flessibile, la nostra organizzazione sia interna che esterna.

Prima di tutto, i Ser.T devono interrogarsi sulla composizione del loro organico. In questo senso la proposta di revisione del 444/90 oltre a prevedere un incremento, lascia ai servizi la più ampia discrezionalità per assicurarsi la presenza di figure specialistiche.

Ma la presenza di psichiatri nei servizi per le tossicodipendenze non basta a garantire l'insieme delle prestazioni di cui ha bisogno questo tipo di pazienti. In effetti i loro bisogni non si limitano alla prescrizione di farmaci e/o ad un sostegno psicoterapeutico. Già alcune volte la presa in carico, anche a livello ambulatoriale, richiede un impegno congiunto dei servizi della salute mentale e delle tossicodipendenze, ma spesso ancora, pone i problemi dell'acuzie o dell'urgenza e della necessità di una programma in struttura riabilitativa.

Per rispondere alle esigenze generali della presa in carico si devono prevedere dei protocolli tra i servizi per le tossicodipendenze e quelli della salute mentale. A Livorno durante la discussione per arrivare alla definizione del nostro protocollo (vedi allegato), operatori del Ser.T, del Ceis e della salute mentale, tutti di Livorno, si sono confrontati su due grandi alternative. La prima era di istituire un gruppo misto composto di operatori provenienti dai due servizi pubblici destinati ad occuparsi stabilmente ed esclusivamente, dei casi "più difficili", la seconda invece era di proporre alcuni provvedimenti per facilitare il lavoro di equipe, formatesi di volta in volta sul caso dagli stessi operatori che normalmente lo hanno in carico. Abbiamo scelto la seconda alternativa da una parte per garantire la continuità terapeutica a questi pazienti (il loro sostegno non si esaurisce nell'erogazione di alcune prestazioni) e dall'altra per le difficoltà a definire quali pazienti avrebbero dovuto rivolgersi a questo gruppo, nonché per le difficoltà organizzative che la costituzione di tale gruppo avrebbe comportato a livello dei due servizi. In alcuni casi il trattamento sarà solamente

concordato tra i due servizi, svolto dall'uno o dall'altro a seconda del caso, altre volte chiederà un impegno congiunto, comunque la scelta sarà effettuata di volta in volta sulla base di un'osservazione comune e di un progetto condiviso.

Nel percorso di aiuto ad un tossicodipendente con problemi psicopatologici associati, si rende spesso necessario il ricovero in struttura riabilitativa. Le strutture tradizionali sia della salute mentale che le comunità, sono spesso inadeguate a rispondere alla complessità del problema. La Regione Toscana nel quadro dei fondi per la lotta contro la droga ai sensi del 309/90 e relativi agli anni 97-99, ha finanziato quattro progetti a carattere sperimentale (Firenze, Pisa, Livorno e Lucca) che prevedono una integrazione tra pubblico, privato e salute mentale, quindi la definizione di un protocollo d'intesa tra le parti.

Nelle varie realtà della nostra Regione, vari modelli organizzativi sono attualmente sperimentati, tutti ispirati a due grandi principi. Il primo è quello della specializzazione della struttura che diventa così riservata a pazienti con doppia diagnosi e con una professionalità più specifica degli operatori. Tale soluzione che non risolve il problema della definizione dei pazienti che dovrebbero accedervi, offre la garanzia di prestazioni più specialistiche. Il secondo è quello del riconoscimento del valore terapeutico del gruppo "più sano" per cui si prevede di inserire all'interno di una comunità "tradizionale" un numero di pazienti, variabile in funzione della loro tipologia e delle caratteristiche del gruppo, garantendo alla struttura accogliente un supporto tecnico da reperire da un rinforzo attraverso un incremento dell'organico della struttura stessa ed una collaborazione con i servizi per i tossicodipendenti e della salute mentale.

Conclusione

Non avendo il tempo di approfondire le implicazioni di questi modelli teorici, per altro sempre in fase di sperimentazione, ci limiteremo a riproporre, a conclusione di questo lavoro, allargandola a livello nazionale, la richiesta del gruppo toscano di costituire un osservatorio sui modelli di intervento adottati nella gestione dei casi con doppia diagnosi, composto da operatori dei Ser.T, del privato e della salute mentale. L'osservatorio avrebbe il compito di monitorare le esperienze in corso, di proporre dei sistemi di valutazione e, quindi, di elaborare una o più ipotesi di modello trattamentale.

Riferimenti bibliografici

Filloux J.C., *La personnalité*, Coll. Que sais-je, Gallimard, Paris 1957.

Margaron H., *Conoscenza e Riabilitazione, Farmacotossicodipendenze*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1994

Margaron H., *Le stagioni degli Dei*, Raffaello Cortina, Milano pub. prevista per febbraio 2001

DSM IV, Masson, Milano 1998.

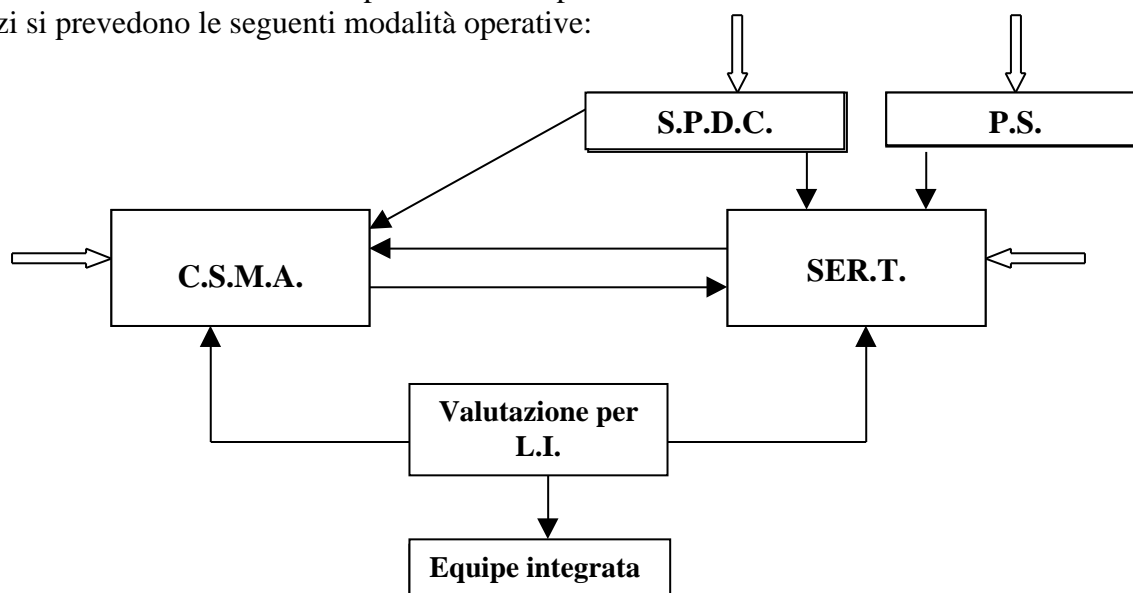
Solomon J., *Doppia diagnosi, Personalità/dipendenze*, 1996, 2, 279-289.

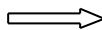
**PROTOCOLLO OPERATIVO DI COLLABORAZIONE TRA
U.U.F.F. SER.T E SALUTE MENTALE ADULTI
ZONA DI LIVORNO
PROTOCOLLO N.1 DEL 30/10/2000**

Il protocollo definisce i percorsi terapeutici di presa in carico tra U.U.F.F. Ser.t e Salute Mentale Adulti per soggetti che per gravità e/o per complessità, inclusi i soggetti con doppia diagnosi, richiedono un intervento coordinato dei due servizi.

PERCORSO DI PRESA IN CARICO

Considerato che l'accesso di tali problematiche può avvenire indifferentemente nei due servizi si prevedono le seguenti modalità operative:



Si noti che il paziente, indicato con la freccia  può accedere a tutti i servizi collegati dal presente protocollo, i soggetti con le caratteristiche di doppia diagnosi vengono segnalati al Ser.T. dalla sede in cui hanno il primo contatto

A partenza Ser.T. Prendere contatto con il C.S.M. di riferimento territoriale in relazione alla residenza del soggetto:
per l'area nord C.S.M. Poggiali tel n.
per l'area sud C.S.M. Frediani tel.n.

A partenza S.M.A. Prendere contatto telefonico con la sede centrale del Ser.T. (front office) tel n. 0586444130

PROCEDURA:

- Nella telefonata viene fissato l'appuntamento tra operatori: medico referente C.S.M. e infermiere, medico Ser.T. (per il momento si soprassiede all'inserimento dell'infermiere del Ser.T. per motivi organizzativi)
- Viene definita la sede dell'incontro
- Viene esplicitato il carattere di urgenza o meno
- In caso di urgenza si risponde nei tempi commisurati all'urgenza
- Alla richiesta telefonica far seguire comunicazione scritta via fax

ASPETTI OPERATIVI

- 1) La valutazione può dare esito ad una operatività copordinata o integrata
- 2) Nel secondo caso si costituisce un'equipe integrata di base per i soggetti doppia diagnosi (SDD) composta da medico e infermieri C.S.M. medico Ser.T.
- 3) L'equipe elabora un progetto di intervento che può coinvolgere altre figure professionali dei due servizi e altre risorse (anche non professionali) esterne
- 4) Tale progetto comprende un percorso di definizione diagnostica che sarà completato nei tempi necessari e la definizione degli obiettivi generali e specifici di base, le conseguenti azioni necessarie distribuite secondo le reciproche competenze.
- 5) All'interno dell'equipe doppia diagnosi ciascun operatore mantiene la responsabilità sulle proprie competenze professionali: Salvo diverse definizioni concordate la responsabilità clinica del caso appartiene ad uno dei professionisti del servizio segnalante.
- 6) Ciascun operatore si impegna a comunicare agli altri in modo tempestivo ogni variazione al programma precedentemente concordato, evitando comunque al massimo, per quanto possibile di portare variazioni non precedentemente concordate
- 7) L'equipe doppia diagnosi si incontra almeno una volta al mese per valutare l'andamento del progetto
- 8) Nel caso in cui il soggetto interrompa il rapporto, l'equipe doppia diagnosi decide per ogni caso quali sono le modalità e gli operatori da attivare per ricoinvolgere il paziente nel programma, incluse iniziative di diverso recupero al trattamento
- 9) Se il soggetto nonostante le iniziative di cui sopra, non riprende il rapporto, allo scadere dei 3 mesi dall'ultimo contatto, viene dimesso.
- 10) Per dimissione si intende la restituzione alla responsabilità clinica del Servizio territoriale ritenuto più competente e si registra nella cartella territoriale.

RICOVERO

a) urgente: deciso dal medico di guardia S.P.A.C

comunica il ricovero al C.S.M. e al Ser:T. il giorno stesso o al mattino successivo se di notte.

b) programmato dal Ser.T. o da equipe integrata:

- contatta i medici S.P.D.C. telefonicamente per verificare la disponibilità di posti letto liberi
- si ritiene opportuno non superare la presenza contemporanea di più di 2 pazienti doppia diagnosi ricoverati
- invia lettera di accompagnamento che esplicita le finalità del ricovero o trattamenti in corso
- il medico referente del Ser.T. entro il primo giorno successivo al ricovero effettua consulenza scritta
- l'equipe doppia diagnosi effettua visite settimanali e comunque almeno 2 visite complessive per concordare: progetto ricovero, progetto dimissione
- nei tempi indicati nella proposta di ricovero.

COMUNITA' TERAPEUTICA DOPPIA DIAGNOSI

L'equipe doppia diagnosi può formulare un progetto di inserimento in Comunità Terapeutica doppia diagnosi e definire le modalità

Un operatore specifico Ser.T. che ha già maturato competenza/esperienza nel settore collabora nella individuazione delle strutture disponibili e nell'espletamento delle pratiche burocratiche

Durante l'inserimento l'equipe doppia diagnosi tiene contatti con la C.T. in un'ottica di integrazione e per garantire un adeguato rientro.

L'equipe doppia diagnosi mantiene la propria competenza operativa sul caso e durante la permanenza in C.T. fino al rientro e mantiene rapporti collaborativi con l'equipe della C.T.

I due direttori delle U.U.F.F. Salute Mentale Adulti e Servizio Tossicodipendenze si impegnano a costituire un gruppo misto di lavoro che ha l'obiettivo di monitorare gli accessi, fornire la descrizione qualitativa/quantitativa dei casi, di verificare la funzionalità del protocollo e di approfondire gli aspetti di formazione e ricerca sul tema.