

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

Relatore: Giuseppe Zanda, G. Zanda (SerT, AUSL di Lucca), in collaborazione con H. Margaron (SerT, AUSL di Livorno), G. Martorano (CEART, Pistoia), G. Mauri (CEART, Lucca) e M. Zazzo (CEART, Livorno).

Titolo intervento: Il problema della doppia diagnosi: l'esperienza della Regione Toscana.

File: n_93_zanda.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.

IL PROBLEMA DELLA DOPPIA DIAGNOSI: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE TOSCANA

Introduzione

E' un'esperienza ampiamente condivisa il fatto che negli ultimi anni la questione della doppia diagnosi è diventata uno dei problemi più seri, che i SerT si trovano ad affrontare. La coesistenza di disturbi da uso di sostanze e di disturbi psicopatologici ha assunto una rilevanza sempre maggiore per una serie di motivi, tra i quali ricordiamo l'evoluzione del fenomeno della tossicodipendenza, la compresenza di modalità cicliche di consumo delle sostanze d'abuso, l'aumento delle condotte di poliabuso, la immissione sul mercato delle cosiddette nuove droghe.

Nel nostro paese il termine di doppia diagnosi, anche se a molti non piace forse perché troppo vago, è stato di fatto adottato per indicare la condizione di molti tossicodipendenti e alcolodipendenti che presentano anche un altro disturbo psichiatrico. Tuttavia, nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze l'utilizzazione del termine doppia diagnosi potrebbe risultare di scarsa utilità se qualsiasi sintomo psicopatologico, più o meno grave, compresente alla patologia da dipendenza venisse considerato alla stregua di un vero e proprio disturbo psichiatrico. Non esiste, infatti, tossicodipendente o alcolodipendente che non presenti, anche con grande frequenza, sintomi d'ansia, stati eretistici, oscillazioni del tono dell'umore, o episodi di apatia e di rallentamento psicomotorio. Di conseguenza, in base a questo criterio tutti o quasi tutti i tossicodipendenti e gli alcolodipendenti si dovrebbero considerare "casi con doppia diagnosi".

Le stesse considerazioni valgono nel campo dei servizi di salute mentale, nel quale potrebbero essere considerati tossicodipendenti o alcolodipendenti con doppia diagnosi tutti i malati mentali, più o meno gravi, utilizzatori saltuari o addirittura pregressi di sostanze d'abuso. E' chiaro, perciò, che il ricorso improprio ed eccessivo al termine "doppia diagnosi" rischia di essere, a livello operativo, veramente confondente e inutile, se non in molti casi addirittura dannoso.

E' anche vero, tuttavia, che, a causa della tradizionale separazione tra psichiatria e medicina delle dipendenze, tra servizi di salute mentale e servizi per le tossicodipendenze e tra trattamento dei disturbi mentali e trattamento dei disturbi da dipendenza, i soggetti che presentano contemporaneamente entrambi i problemi non vengono trattati in strutture idonee e che negli operatori dei servizi in genere manca la preparazione adeguata per affrontare tali situazioni complesse. Inoltre sembra opportuno ricordare che il termine doppia diagnosi é stato coniato molti anni fa dalla psichiatria statunitense (De Leon 1989, Solomon 1996) per indicare la compresenza di un grave disturbo mentale (soprattutto di tipo psicotico) e di un disturbo da abuso/dipendenza da

sostanze mentre in Italia, solo molto più di recente, è stata posta una certa attenzione a tale evenienza clinica principalmente da parte dei Servizi per le tossicodipendenze piuttosto che da parte dei Servizi di salute mentale. Quest'ultimo appare un fatto strano, considerato che sicuramente ne avrebbero avuto maggior titolo i Servizi di salute mentale, se teniamo conto che in Italia nell'organico dei Servizi per le tossicodipendenze non è nemmeno prevista obbligatoriamente la presenza di psichiatri.

Non deve, perciò, sorprendere il fatto che, mentre da 10-15 anni negli Stati Uniti e anche in Europa, per esempio in Gran Bretagna (Johnson 1997), la questione della gestione dei casi con doppia diagnosi costituisce uno dei temi principali degli studi e dei progetti riguardanti la clinica e lo sviluppo dei servizi, nel nostro paese solo da pochi anni si è cominciato ad affrontare questo argomento e a discutere sulla necessità e l'eventuale opportunità di istituire servizi specifici dedicati a tale complesso problema.

Come già notato, però, in Italia fino ad oggi questa problematica sembra aver investito solo i Servizi per le tossicodipendenze e di conseguenza, tale anomalia, cui ha corrisposto un inspiegabile disinteresse da parte dei Servizi di salute mentale, sta portando ad un grande ritardo nell'organizzare la necessaria rete di presidi terapeutico-assistenziali in favore dei soggetti con doppia diagnosi.

Dal momento che non disponiamo ancora di dati ed elaborazioni teoriche tratti da esperienze strutturate in questo campo nella realtà italiana le considerazioni che seguono sono desunte quasi per intero da ciò che è stato fatto all'estero; tuttavia, riteniamo che esse possano ugualmente servire come utili spunti di riflessione e come suggerimenti per cosa fare in Italia, pur tenendo conto delle peculiari caratteristiche della nostra assistenza sanitaria, in particolare se confrontata con quella statunitense.

In generale numerosi fattori rappresentano ostacoli per la gestione efficace dei casi con doppia diagnosi da parte dei servizi convenzionali interessati (Servizi per le tossicodipendenze e Servizi di salute mentale). Tra di essi indichiamo i seguenti (Drake et al. 1993, Johnson 1997):

- gli operatori dei Servizi per le tossicodipendenze non hanno dimestichezza con il lavoro coi malati mentali e possono pensare e decidere che la gestione di tali casi vada al di là del loro mandato;
- gli operatori dei servizi di salute mentale spesso mancano di formazione, esperienza e pratica quotidiana nella gestione dei casi con disturbi da abuso/dipendenza da sostanze;
- quando i servizi per le tossicodipendenze e i servizi di salute mentale tentano di curare i casi con doppia diagnosi assieme, la frammentazione che deriva dal coinvolgimento di due servizi così diversi può accrescere le difficoltà di mantenere la presa in carico e di garantire la continuità terapeutica, vista anche la natura di tali casi particolarmente restii ad aderire al trattamento.

Come dovrebbe essere organizzato, allora, il trattamento dei casi con doppia diagnosi? Quali dovrebbero essere i servizi interessati e le professionalità maggiormente coinvolte? I casi con doppia diagnosi stanno in mezzo tra i Servizi per le tossicodipendenze, i Servizi di salute mentale e i Servizi del privato sociale e/o del volontariato. Sulla base delle esperienze fatte finora con questi casi è possibile distinguere tre diversi modelli di trattamento:

- secondo il modello sequenziale viene trattato prima il disturbo più acuto o più grave, rimandando ad un momento successivo il trattamento del disturbo meno eclatante. In questo caso di solito le équipes curanti sono diverse e, di conseguenza, si può creare il problema dello “scarico” o del “rimpallo” del paziente;
- secondo il modello parallelo le due distinte équipes curanti (delle Tossicodipendenze e della Salute mentale) operano due contemporanee prese in carico, instaurano due trattamenti diversi e separati, focalizzati sui disturbi dei rispettivi campi di competenza. In questo caso nascono frequentemente problemi legati alla non comunicazione tra le due équipes curanti e alla loro diversa formazione, di modo che la divaricazione dei trattamenti può essere confondente per il paziente;
- secondo il modello integrato la presa in carico dei casi con doppia diagnosi viene fatta da un'unica équipe specializzata in questo settore, competente nel trattamento sia dei disturbi da dipendenza che dei disturbi mentali. In questo caso il paziente riceve una spiegazione coerente della sua malattia ed una prescrizione terapeutica coerente piuttosto che un insieme contraddittorio di messaggi da parte di diverse équipes curanti.

I trattamenti effettuati secondo il modello integrato mirano a ridurre i conflitti tra i curanti, a eliminare le difficoltà dei pazienti di dover seguire due diversi programmi terapeutici e sentire messaggi potenzialmente contrastanti e a rimuovere barriere di vario genere (anche finanziario) per accedere al trattamento e permanere nello stesso (Minkoff 1989). Inoltre, di fronte alla necessità di individuare un possibile modello di trattamento nella realtà italiana dovremmo individuare, ed è questo un ulteriore elemento di complessità organizzativa, la posizione-funzione dei programmi terapeutici residenziali all'interno delle Comunità terapeutiche gestite dal Privato sociale, che, rappresentando una fase molto importante del percorso terapeutico-assistenziale di molti casi con doppia diagnosi, dovrebbero a loro volta pienamente e coerentemente integrarsi con gli interventi dei Servizi per le tossicodipendenze e dei Servizi di salute mentale.

Le esperienze nella Regione Toscana

Dopo qualche anno di assestamento organizzativo interno dalla loro istituzione, quasi tutti i Servizi per le tossicodipendenze (SerT) toscani, nonostante le difficoltà e le incertezze cliniche e gestionali, cui si è accennato, si sono attivati per affrontare il crescente e ineludibile problema dei tossicodipendenti e degli alcolodipendenti con doppia diagnosi. Lo stesso è accaduto all'interno di gran parte delle comunità terapeutiche del Privato sociale, che in molti casi hanno dovuto modificare profondamente i loro tradizionali programmi terapeutici, ai quali, come è noto, non potevano accedere i casi con disturbi mentali accertati e nei quali non era assolutamente previsto l'uso di psicofarmaci. Nei SerT si sono moltiplicati gli sforzi per dotarsi di particolari strategie rivolte alla diagnosi e alla cura dei casi con doppia diagnosi e, parallelamente, nelle Comunità terapeutiche sono stati elaborati programmi speciali con l'intervento di operatori qualificati in campo psichiatrico. Nelle diverse realtà locali si è cercato di rispondere ai bisogni dei tossicodipendenti e alcolodipendenti con doppia diagnosi con modalità diverse. Riteniamo che tali diverse modalità di intervento si possano raggruppare sostanzialmente nel modo seguente:

- i SerT e le strutture del Privato Sociale hanno fatto ricorso, indipendentemente gli uni dalle altre, alle proprie risorse (eventualmente potenziandole);
- i SerT e le strutture del Privato Sociale hanno elaborato strategie terapeutico-riabilitative che prevedevano l'integrazione delle rispettive risorse (eventualmente potenziandole);

- i SerT e le strutture del Privato Sociale, separatamente o con progetti comuni, hanno coinvolto anche i Servizi di salute mentale.

Nella Regione Toscana sono attualmente in corso numerosi progetti, molti dei quali sono stati resi possibili da finanziamenti del Fondo Nazionale per la lotta alla droga. Si tratta generalmente di due tipologie di progetti: alcuni, più numerosi e consistenti, finalizzati alla realizzazione di luoghi di accoglienza e di cura specifici per tale gruppo di pazienti, che sempre corrono il rischio di trovarsi in una sorta di “terra di nessuno”, cioè nello spazio intermedio che viene considerato al di là delle competenze dei diversi Servizi; altri finalizzati alla formazione degli operatori dei SerT, della Salute mentale e del Privato sociale sulle problematiche psicopatologiche, terapeutiche, assistenziali e riabilitative dei casi con doppia diagnosi.

Siamo convinti che la formazione degli operatori sia uno degli aspetti prioritari da considerare e sostenere nella strategia generale regionale per raggiungere un assetto organizzativo idoneo all'assistenza dei casi con doppia diagnosi. In Toscana i Servizi di salute mentale in genere non si sono ancora attivati nel campo della doppia diagnosi. A questo riguardo ci sembra opportuno ricordare che il Piano Sanitario Regionale 1999/2001, all'interno del Progetto obiettivo Tutela della salute mentale, prevede appositi finanziamenti annuali di progetti sperimentali finalizzati a “favorire l'attivazione di programmi per soggetti che uniscono a situazioni psicopatologiche problemi di tossicodipendenza, per i quali la “doppia diagnosi” rende necessaria una specificità di intervento.” Secondo quanto possiamo leggere nel P.S.R., “L'organizzazione di strutture “miste” deve prevedere la collaborazione tra i servizi per la salute mentale e i servizi per le dipendenze (...).”

Problemi aperti

Risulta evidente da quanto è stato ampiamente esposto, ma soprattutto da quanto é emerso dall'esperienza fatta fino ad ora nel campo dell'assistenza ai tossicodipendenti e agli alcolodipendenti con doppia diagnosi, che tale settore di intervento comporta il coinvolgimento a diverso titolo e con diversa intensità di più di un Servizio. Ammesso ciò, si vengono ad aprire numerosi problemi, gravidi di possibili conseguenze negative sul piano etico e gestionale. Con alcuni di questi problemi gli operatori dei servizi si sono già dovuti confrontare.

Il primo problema, cui vogliamo riferirci, è stato già accennato in precedenza quando sono stati descritti molto sinteticamente i diversi modelli di trattamento dei casi con doppia diagnosi. Si tratta della questione centrale della titolarità della presa in carico di questi pazienti, questione connessa alla responsabilità dell'attuazione di percorsi terapeutico-assistenziali. Per i pazienti con doppia diagnosi è possibile prevedere una presa in carico unica da parte di un solo Servizio (SerT o Servizio di salute mentale), legata alla “prevalenza” della patologia da dipendenza o di quella psichiatrica oppure, al momento attuale, non è possibile ipotizzare altro che una presa in carico doppia? Lasciamo aperto il problema, anche perché a nostro parere, nella logica della pari dignità, esso riguarda, in qualche modo, anche i Servizi del Privato sociale.

Il secondo problema ha a che fare con le diverse fasi del percorso terapeutico-assistenziale: è possibile pensare ad un unico modello di trattamento che valga per tutte le fasi oppure possono essere adottati modelli diversi, da applicare nella fase ambulatoriale, nel corso di un'eventuale degenza psichiatrica ospedaliera o durante lo svolgimento di un programma terapeutico residenziale?

E, infine, per quanto riguarda il trattamento residenziale, è più indicato lo svolgimento di programmi in Comunità terapeutiche specifiche per soggetti con doppia diagnosi oppure in

Comunità terapeutiche “miste”, che ospitino anche tossicodipendenti o alcolodipendenti senza gravi disturbi psichiatrici?

Considerazioni finali

Sintetizzando le osservazioni fatte nell’analisi del tema “doppia diagnosi”, tenendo conto di come è stato fino ad oggi affrontato nelle diverse realtà del territorio regionale, elenchiamo di seguito i principali aspetti del problema emersi:

- primo, il termine doppia diagnosi dovrebbe essere utilizzato limitatamente ai casi che presentano contemporaneamente un disturbo da uso di sostanze ed un altro grave disturbo mentale a prescindere dalla priorità di comparsa dei sintomi specifici o della relativa gravità degli stessi;
- secondo, la questione della doppia diagnosi, che nel nostro paese è stata fino ad ora oggetto di interesse soprattutto da parte dei SerT, dovrebbe riguardare sia i SerT che i Servizi di salute mentale;
- terzo, anche i Servizi del Privato sociale hanno acquisito un ruolo importante nell’assistenza dei casi con doppia diagnosi e, di conseguenza, è necessario individuare anche per loro efficaci modalità di integrazione con i SerT e con i Servizi di salute mentale;
- quarto, è di centrale importanza definire in ambito regionale il modello di trattamento dei casi con doppia diagnosi, che, al di là delle specificità delle diverse realtà locali, possa servire alla stesura di linee-guida trasferibili nella pratica dei Servizi, cui fare riferimento nella programmazione dell’assistenza.

In conclusione, nella nostra analisi abbiamo dovuto constatare che in Toscana uno dei problemi più importanti emersi negli ultimi anni nel campo delle tossico e alcolodipendenze fino ad oggi ha avuto risposte poco strutturate e molto diverse nelle differenti realtà locali. Proponiamo, quindi, come fatto necessario ed urgente, che venga istituito un Osservatorio regionale sui modelli di intervento adottati nella gestione dei casi con doppia diagnosi, formato da operatori rappresentanti dei SerT, dei Servizi di salute mentale e del Privato sociale, che abbia il compito di monitorare le esperienze regionali in corso, di produrre dei sistemi di valutazione e, quindi, di elaborare una o più ipotesi di modello di trattamento da sperimentare e verificare successivamente nella nostra regione.

Bibliografia

De Leon G. (1989). Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177-188

Drake R.E., Bartels S.B., Teague G.B. et al. (1993). Treatment of substance use disorders in severely mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 606-611

Johnson S. (1997). Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? *British Journal of Psychiatry*, 171, 205-208

Minkoff K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1031-1036

Solomon J. (1996). Doppia diagnosi. *Personalità/Dipendenze*, 2, 279-289