

Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi

Marianna Boso*, Giorgio Tiraboschi**, Alessia Mori**, Francesca De Cagna**, Cinzia Priora*, Giuseppe De Paoli***, Michele Brait****, Armando Gozzini****, Francesco Reitano**** e il gruppo Doppia Diagnosi Ser.D. ASST Pavia^o

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come doppia diagnosi, la coesistenza, nel medesimo individuo, di disturbi mentali e disturbi dovuti al consumo di sostanze psicoattive (Babor *et al.*, 1994).

L'abuso di sostanze è la comorbidità più frequente nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici di grado severo (Drake *et al.*, 2001). I primi studi condotti in USA sulla popolazione generale rilevano, tra i soggetti affetti da malattia mentale, una prevalenza *lifetime* di disturbi da abuso di alcool o droghe del 29% (OR = 2,7) mentre nei pazienti tossicodipendenti la prevalenza di un disturbo mentale risulta pari al 45% (Regier *et al.*, 1990; Kessler *et al.*, 1994; Grant, 1996).

I primi dati relativi alla situazione italiana si riferiscono a una serie di studi (Clerici *et al.*, 1989; Pani *et al.*, 1991; Tempesta *et al.*, 1995) svolti in tre città campione (Milano, Roma e Cagliari) ed evidenziano come i disturbi mentali e l'abuso di sostanze si potenzino a vicenda.

Il 35% di coloro che abusano di sostanze riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo dell'umore e, viceversa, il 32% di coloro che hanno un disturbo affettivo e il 47% di coloro che hanno un disturbo schizofrenico presentano anche abuso di sostanze.

Studi successivi hanno evidenziato come la sostanza più correlata a disturbi psichici sia l'alcol, seguita da cannabis e cocaina (Giampieri *et al.*, 2013).

I disturbi psichiatrici reperiti più frequentemente nei pazienti in doppia diagnosi sono quelli psicotici (negli uomini) e dell'umore (nelle donne), i disturbi di personalità e i disturbi d'ansia (Giampieri *et al.*, 2013).

I pazienti con doppia diagnosi tendono ad avere un outcome peggiore, con maggior numero di ricoveri, minor risposta al trattamento, maggior compromissione cognitiva, maggior prevalenza di alterazioni comportamentali e suicidio, maggior gravità dei sintomi depressivi.

Questi pazienti, inoltre, soffrono di problematiche sociali e relazionali ben più gravi di quelle dei soggetti soltanto psichiatrici o tossicodipendenti, tanto da essere definiti "multiproblematici" (Verde *et al.*, 2010).

Fra i pazienti con doppia diagnosi, gli schizofrenici e coloro che vivono nelle regioni centromeridionali dell'Italia, sono quelli

che hanno la minore chance di essere trattati adeguatamente (Carrà *et al.*, 2015).

Questo dato mette in evidenza disparità significative non solo relativamente a determinate patologie ma anche nella distribuzione territoriale del servizio; ciò denota la necessità di un'integrazione dell'intervento su vasta scala.

Particolare attenzione va rivolta, inoltre, ai pazienti con psicosi indotta da sostanze (PIS).

Recenti studi evidenziano come una percentuale sostanziale di individui con PIS sviluppi nel lungo periodo condizioni psicotiche persistenti. Niemi-Pynttaeri *et al.* (2013) hanno analizzato i dati relativi a tutte le dimissioni ospedaliere con diagnosi di PIS (inclusi 18478 pazienti).

Il rischio cumulativo di avere una diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico negli 8 anni successivi alla PIS è del 46% per pazienti con PIS da cannabis, del 30% per PIS da amfetamine, del 5% per PIS da alcol.

La maggior parte delle conversioni avviene nei primi 3 anni.

Fattori di rischio sono: giovane età (< 30 anni), genere maschile, uso di cannabis, durata del ricovero fra 1 e 4 settimane.

Tali dati evidenziano come i PIS siano predittivi dello spettro schizofrenico in misura maggiore a quanto ritenuto in precedenza; di conseguenza, dovrebbe aumentare l'attenzione clinica verso questi disturbi.

G. Di Petta (2017), segnala come i pazienti con PIS siano difficili da trattare, presentino numerosi ricoveri, abbiano pattern clinici peculiari come agitazione psicomotoria, disturbi della percezione (incluse allucinazioni visive), discontrollo comportamentale e aggressività, fluttuazioni dello stato di coscienza.

L'autore consiglia l'utilizzo degli antipsicotici atipici LAI per la gestione di questi quadri.

La Diagnosi Duale

La copresenza di disturbo mentale e di disturbo da uso di sostanze è un fenomeno risultante dall'embricazione di vari fattori (Meyer, 1986):

- a) la psicopatologia può rappresentare un fattore di rischio per l'instaurarsi del disturbo da uso di sostanze;
- b) la psicopatologia può insorgere in modo indipendente dal disturbo da uso di sostanze e modificarne il decorso;
- c) la psicopatologia può essere espressione della azione neurobiologica della sostanza, ovvero dell'intossicazione acuta o cronica e dell'astinenza, rappresentando pertanto la diretta espressione del disturbo da uso di sostanze;
- d) disturbi psichiatrici possono essere slatentizzati dall'uso della sostanza e persistere a lungo dopo la cessazione dell'abuso;
- e) psicopatologia e uso di sostanze possono non essere correlate tra loro.

* Ser.T. Pavia-Oltrepo ASST Pavia.

** Università di Pavia.

*** Dipartimento di Salute Mentale ASST Pavia.

**** Direzione Generale ASST Pavia.

^o Gruppo Doppia Diagnosi Ser.D. ASST Pavia: Laura Arlandi, Marianna Boso, Cristina Colli, Giansisto Garavelli, Assunta Lanza, Salvatore Messina, Maria Vittoria Murone, Massimo Pegoraro, Cinzia Priora, Maria Teresa Zanini.

In ambito diagnostico è frequente incontrare difficoltà nel diagnosticare la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi.

Tra questi: l'abitudine a diagnosticare il disturbo che si presenta più frequentemente in ambito clinico, la scarsa diffusione di operatori con esperienza in entrambi gli ambiti di indagine, la sottovalutazione dell'importanza della diagnosi in psichiatria, la frequente comparsa – durante l'intossicazione e l'astinenza da sostanze – di sintomi psichiatrici, l'appartenenza di alcuni sintomi alle due classi di disturbi (apatia, disforia, astenia, turbe del sonno, crisi d'ansia acute), la scarsa abitudine a collaborare dei Servizi durante il processo diagnostico, spesso molto lungo (Morojele *et al.*, 2012; Giampieri *et al.*, 2013).

In molti casi si può solo prendere atto che due diagnosi coesistono in un definito soggetto a un definito punto della sua storia.

A chi è rivolto il protocollo?

I quadri clinici risultano complessi e articolati.

All'interno di questa eterogeneità di manifestazioni cliniche, va sottolineato come la semplice coesistenza dei due disturbi non necessariamente rappresenti un bisogno di doppia assistenza e o presa in carico da parte dei due Servizi.

Nell'ambito dei Servizi per le Tossicodipendenze non tutti i pazienti che presentano oltre alla patologia da dipendenza o abuso anche un sintomo psicopatologico vanno considerati pazienti con doppia diagnosi, altrimenti vista la frequenza in questa popolazione di disturbi d'ansia, oscillazioni del tono dell'umore o episodi di apatia e rallentamento psicomotorio, quasi tutti i pazienti tossicodipendenti e alcolisti sarebbero "casi con doppia diagnosi".

Le stesse considerazioni valgono nel campo dei Servizi di Salute Mentale, dove è alta la percentuale dei pazienti che utilizzano saltuariamente o hanno avuto un uso pregresso di sostanze di abuso.

È, quindi, chiaro che il ricorso improprio ed eccessivo al termine "doppia diagnosi" rischierebbe di essere a livello operativo confondente ed inutile.

In questo protocollo si utilizza il termine di doppia diagnosi per indicare i casi di compresenza di **gravi** disturbi da uso di sostanze e di **gravi** disturbi di tipo psicopatologico, tali da rendere necessaria la presa in carico contemporanea da parte di entrambi i Servizi delle Dipendenze Patologiche e di Salute Mentale.

Si utilizza la scala GAF del DSM 5 per indicare l'indice di gravità valutato come funzionamento globale (GAF < 50).

Nel presente protocollo, rivolto a pazienti di età superiore ai 18 anni, faremo riferimento al modello di New York, basato sulla gravità (Rockville, 2005).

Il modello, determinando la gravità di ciascuno dei due disturbi, colloca la situazione del paziente in una matrice a quattro celle, utile a prevedere il tipo e il grado di collaborazione necessaria tra i due servizi (Fig. 1).

Una volta valutata la gravità del paziente, diventa possibile inserirlo in uno dei quattro gruppi i quali, a loro volta, indicano quali siano i luoghi di possibile passaggio, i sistemi coinvolti dal soggetto, il servizio di riferimento e i livelli di collaborazione e integrazione tra i sistemi di cura delle dipendenze e della salute mentale.

I gruppi II e III appaiono sufficientemente omogenei: l'alto livello di gravità per una patologia e il basso livello di gravità per l'altra fa ritenere che la responsabilità di cura verrà assunta dal servizio relativo alla patologia prevalente.

Al contrario, i gruppi I e IV comportano una maggior variabilità fenomenica, con diversi punti di accesso e di espressione dei bisogni.

Vi è anche un maggior rischio di mancata presa in carico e/o di espulsione del soggetto.

Se la bassa gravità delle due patologie nel gruppo I permette ai due servizi di erogare prestazioni di semplice consulenza, l'elevata gravità dei soggetti del IV gruppo impone trattamenti ad elevato livello di integrazione, la costituzione di miniéquipe miste, e uno scambio informativo costante ed intenso.

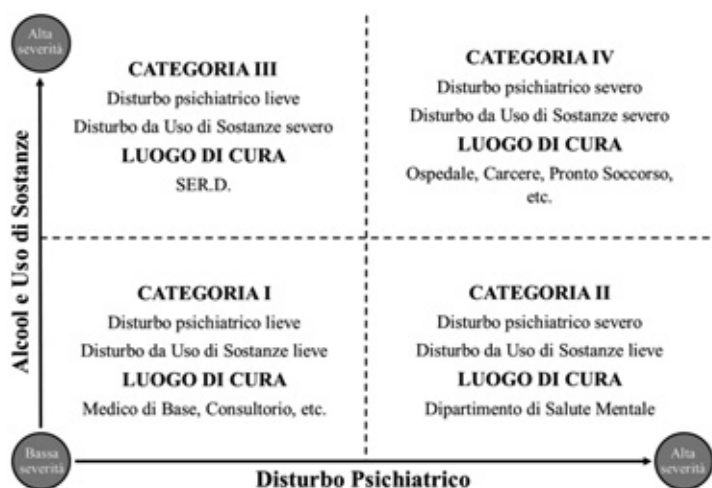
Il nostro protocollo è rivolto ai soggetti del gruppo IV

Sul versante psichiatrico si considerano:

- disturbi dello spettro schizofrenico (inclusi disturbi di personalità paranoide, schizoide e schizotipico)
- PIS (Psicosi Indotta da Sostanze)
- gravi disturbi dell'umore
- gravi disturbi alimentazione
- gravi disturbi di personalità (borderline, narcisistico, istrionico, antisociale)

Sul versante dell'uso di sostanze oltre alla dipendenza anche l'abuso.

Fig. 1 - I quattro stadi di New York



Test utilizzati

Il gruppo di lavoro ha concordato di utilizzare ai fini di una diagnosi condivisa i seguenti test psico-diagnostici:

1. ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI): misura la gravità della dipendenza e fa un assessment sociale, medico e psicologico.
2. SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS): al posto dell'ASI nel gioco d'azzardo.
3. BARRAT IMPULSIVENESS SCALE (BIS-11)
4. HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HDS)
5. HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HAS)
6. BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)
7. STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV AXIS II PERSONALITY DISORDERS (SCID II)
8. SYMPTOM CHECKLIST-90 (SCL 90)
9. GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF)

Tutti i Test verranno somministrati in fase di assessment.

Ogni 6 mesi verranno ripetuti: HDS, HAS, BPRS, SCL90, GAF.

Articolazione per fasi della presa in carico del paziente con doppia diagnosi (Fig. 2)

1. Il paziente giunge all'osservazione del Ser.D. o del CPS (o, in alcuni casi, in SPDC senza essere noto al CPS).
Vengono messe in atto le procedure vigenti nel Servizio per l'accoglienza e la presa in carico. Se dalla valutazione emergono segni o sintomi inerenti una patologia psichiatrica/dipendenza da sostanze o da alcool, e se questi sintomi sono correlati e abbastanza **gravi** da giustificare un'attenzione clinica si effettua una **prima riunione sul caso** con il CPS/Ser.D.
2. Gli specialisti del CPS/Ser.D. effettuano la consulenza psichiatrica/tossicologica, prendono visione dei test somministrati dal richiedente ed effettuano i test psicodiagnostici di loro competenza.
3. Se emergono patologie psichiatriche/dipendenza da sostanze o alcool si mette in atto la procedura per la presa in carico del paziente a doppia diagnosi attraverso la convocazione dell'**équipe mista**. Nell'ambito di ogni Servizio viene individuato un operatore di riferimento.
I due referenti avranno il compito di:
 - convocare la riunione dell'équipe mista;
 - compilare il programma terapeutico individuato dall'équipe e di darne informativa ai rispettivi Servizi.L'équipe mista per la doppia diagnosi deve essere costituita da tre medici, uno del CPS (psichiatra) e due del SERD (medico e psichiatra), da due psicologi e da due Assistenti Sociali. Possono aggiungersi, se necessario, altre figure professionali (infermiere professionale, educatore, ecc.).
4. L'équipe mista:
 - si riunisce per una valutazione congiunta e una diagnosi condivisa;
 - elabora il progetto terapeutico individualizzato che può essere ambulatoriale o residenziale;
 - stabilisce la durata del programma;
 - fissa gli indicatori per il monitoraggio o la valutazione degli interventi.
5. Se viene definito un programma residenziale l'inserimento in Comunità deve essere curato dal servizio di provenienza del paziente.

In caso di ricovero in SPDC lo stesso può essere:

- a) urgente: deciso dal Pronto Soccorso
 - viene comunicato da parte dell'SPDC l'avvenuto ricovero al CPS o al Ser.D. il giorno stesso e scatta la procedura per la valutazione del paziente con doppia diagnosi.
- Questo vale anche per pazienti non noti al SERD/CPS.
- b) programmato per decisione dell'équipe mista che:
 - valuta la disponibilità di posti letto in SPDC;
 - invia lettera all'SPDC nella quale si esplicitano le finalità del ricovero ed i trattamenti;
 - provvede a recarsi in visita all'SPDC per concordare il programma terapeutico e le dimissioni nei tempi indicati nella proposta di ricovero.

Qualora il programma terapeutico venga disatteso per ragioni riconducibili al paziente (es. abbandono comunità o discontinuità nel sottoporsi al trattamento ambulatoriale) l'operatore di riferimento del Servizio e del paziente riconvoca l'équipe mista per una rivalutazione del caso e la riformulazione del programma.

L'équipe mista si riunisce con *cadenza trimestrale* per il monitoraggio del caso.

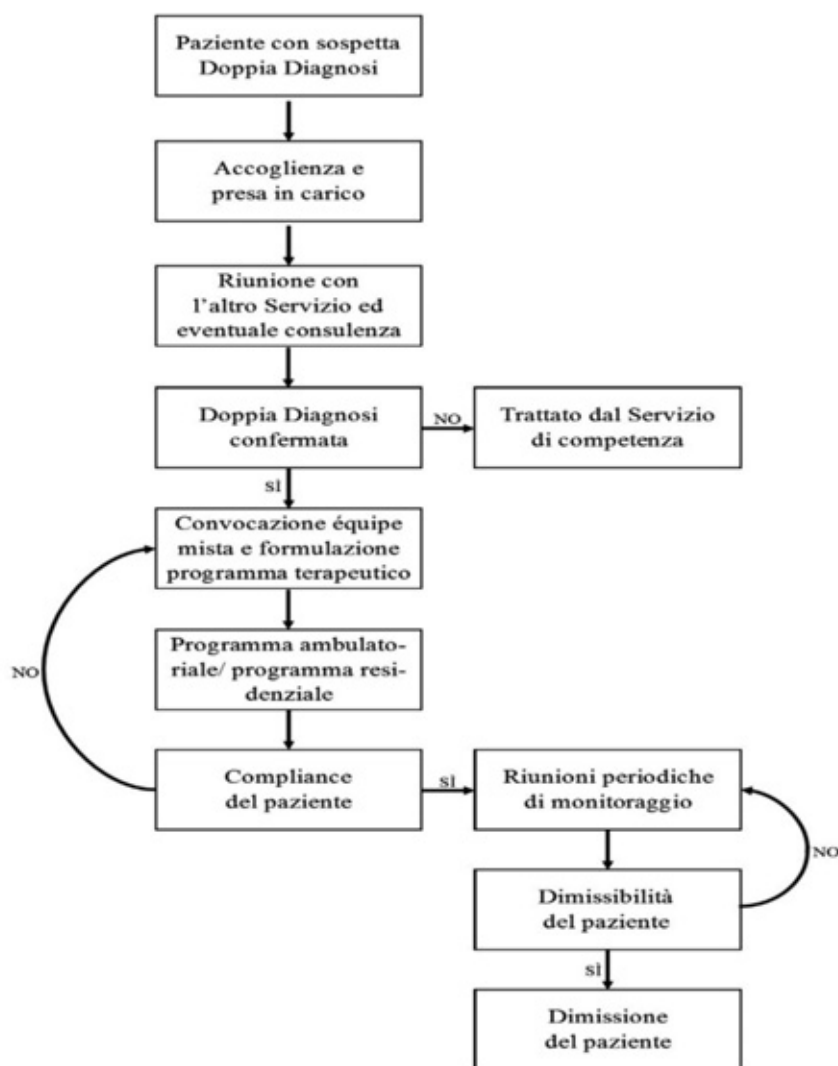
In caso di esito positivo del programma il paziente viene *dimesso*. Per dimissione si intende anche il superamento di una delle due patologie (dipendenza o disturbo psichiatrico) con conseguente prosecuzione del trattamento specifico nel servizio di competenza.

Indicatori

- N. verbali compilati/N. di richieste di équipe mista (target 90%)
- N. programmi elaborati per pz presi in carico/N. di pz valutati (target 15%)
- N. di consulenze espletate nei tempi stabiliti (< 10 gg)/N. richieste di consulenza (target 95%)
- N. riunioni di équipe mista espletate nei tempi stabiliti (< 30 gg)/N. riunioni di équipe mista (target 95%)

Fig. 2 - Presa in carico del paziente con doppia diagnosi

SERVIZIO PER LE DIPENDENZE/CENTRO PSICO-SOCIALE



Certificazione di Doppia Diagnosi

Cognome e Nome del Paziente:

CF:

OSSERVAZIONI DELLO PSICHIATRA DEL CPS

Firma dello Psichiatra CPS:

ICD 9	Diagnosi	Conferma
295	Psicosi Schizofreniche	
296	Disturbi dell'Umore	

Fig. 2 - Segue

297	Stati paranoidi	
291	Psicosi indotta da alcool	
292.1	Psicosi indotta da cannabis o amfetamine	
298	Altre psicosi non organiche	
301	Disturbi di personalità (1)	
	Altro:	

OSSERVAZIONI DEL MEDICO E DELLO PSICHIATRA DEL SERD

Firma di Medico e Psichiatra del SERD:

PUNTEGGIO ALLE SCALE:

ASI (2)	
SOGS	
BIS-11	
HDS	
HAS	
BPRS	
SCID II	
GAF	

Note importanti

(1) Il disturbo di personalità, con riferimento al protocollo va inteso “grave”

(2) L’abuso di droghe con riferimento al protocollo va inteso “grave”

Per la **valutazione della gravità** del disturbo è utilizzata la scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VFG) del DSM IV-TR (Asse V).

Indicativamente è da considerare “grave” un soggetto con punteggio inferiore a 50.

Bibliografia

- Babor T., Cappelletti R., Room R. *et al.* (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization.
- Carrà G., Crocamo G., Borrelli P., Popa I., Ornaghi A., Montomoli C., Clerici M. (2015). Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders Findings from the "Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI)" Study. *Comprehensive Psychiatry*, 58: 152-159.
- Clerici M., Carta I., Cazzullo C.L. (1989). Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24: 219-26.
- Di Petta G. (2017). *Clinica del paziente con schizofrenia che usa o ha usato sostanze: il ruolo dei LAI*. Convegno "Oltre la doppia diagnosi", Milano, 19 aprile.
- Drake R.E., Essock S.M., Shaner A. *et al.* (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv.*, 52: 469-476.
- Giampieri E., Alamia A., Galimberti G.L., Tinghino B., Resentini M., Clerici M. (2013). "Doppia diagnosi" e consumo di risorse sanitarie nel DSM. L'esperienza di Monza e Brianza. "Dual diagnosis" and use of healthcare resources in psychiatric care services. The experience of Monza and Brianza. *Journal of Psychopathology*.
- Grant F.B. (1996). Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*, 8: 195-210.
- Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. *et al.* (1996). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994, 51: 8-19.
- Meyer R.E. (1986). *Psychopathology and addictive disorders*. New York: The Guilford Press.
- Morojele N.K., Saban A., Seedat S. (2012). Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 25: 181-6.
- Niemi-Pynttari J.A. *et al.* (2013). Substance induced psychosis converting into schizophrenia: a register-based study of 18478 Finnish inpatient cases. *J. Clin. Psychiatry*, 74: e94-9.
- Pani P.P., Carta M., Rudas N. (1991). Psychopathological heterogeneity in opium drug addicts. *Minerva Psichiatr*, 32: 145-50.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. *et al.* (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264: 2511-8.
- Rockville M.D. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tempesta E., Pozzi G., Tacchini G. *et al.* (1995). Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews. *Minerva Psichiatr*, 36: 139-54.
- Verde L., Moccia E., Riccio M. *et al.* (2010). Oltre la doppia diagnosi: la gestione del paziente multiproblematico nel Servizio per le Tossicodipendenze. Case management e lavoro di rete in un caso clinico. *Mission*, 31: 19-24.

NOTIZIE IN BREVE

Disconnettersi

Il progetto "Disconnettersi" è nato come proposta di alternanza scuola lavoro per gli studenti della 3ª ASE del Liceo "A. Cairoli" ed è stato curato dalla prof. Lucia Dorigo docente di filosofia e da Dr. Maurizio Fea, formatore, psichiatra, per FeDerSerD.

Il lavoro si è svolto nel contesto e negli orari scolastici per una settimana, iniziata con la presentazione del progetto e degli scopi che si intendevano raggiungere.

Dal primo giorno e per 48 ore vi è stata la *disconnessione obbligatoria per tutta la classe, dai social e dai sistemi di messaggistica, consentite invece telefonia e posta elettronica*.

È seguita l'analisi e il confronto sull'esperienza per condividere e mettere a fuoco emozioni, difficoltà, scoperte da disconnessi. Il progetto è stato poi presentato in 30 classi del Liceo per un totale di 618 allievi in prevalenza di genere femminile.

Sette classi prime, nove seconde, otto terze, cinque quarte e una quinta.

A tutti gli studenti sono state illustrate le ragioni del progetto con l'obiettivo di provare la disconnessione per cinque giorni.

Nel corso delle presentazioni sono stati raccolti 559 indirizzi mail di studenti, ai quali inviare il questionario di ingresso: 503 sono risultati gli indirizzi validi ai quali è stato mandato l'invito e le risposte sono state 52, di cui valide 43.

Scontando alcuni errori di impostazione della ricerca intervento e i problemi riscontrati in fase di presentazione, sia organizzativi che tecnologici, è possibile affermare che sono stati raggiunti sia gli obiettivi della componente intervento che la verifica delle ipotesi di ricerca.

La ricerca, anche in considerazione delle sue stimolanti implicazioni, ha avuto un notevole riscontro da parte dei *media locali e nazionali*.

(Fabio Lucchini)