

Area tematica 14

COMORBILITÀ PSICHIATRICA

14.1

UN'ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE TRA SERD E CPS PER PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI

Ravera A.*, Stecchi L.M., Abatino V., Salvadori D., Lao M., Paszkiewicz G.

Asst Santi Paolo e Carlo- SerD territoriale - Milano - Italy

L'istituzione di un tavolo di miglioramento congiunto tra SERD e CPS, con l'obiettivo di facilitare il confronto diretto tra operatori, promuovere una maggiore conoscenza reciproca dei modelli organizzativi e costruire pratiche condivise di presa in carico del paziente doppia diagnosi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1994 ha fornito una definizione di "doppia diagnosi", indicando come suo sinonimo il termine "comorbilità". Per entrambe le diciture è stata elaborata questa definizione: "la coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto dal consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico" (OMS, 1994). Questa definizione può determinare ambiguità con il termine "doppia" come se fossero due elementi patologici distinti tra loro, in contrasto con una visione unitaria dell'individuo.

Nella pratica clinica, emerge in maniera sempre più evidente la correlazione tra Disturbo da Uso di sostanze (DUS) e disturbi psichiatrici, correlazione complessa e tutt'altro che lineare. Infatti, le combinazioni nella comorbilità sono pressoché infinite, sia per le associazioni dei disturbi che per il rapporto tra essi. In termini teorici semplificativi, nonostante non sia sempre facile comprendere il rapporto temporale e causale tra le patologie, si possono riconoscere tre condizioni:

1. l'Insorgenza di un disturbo mentale in soggetto affetto da DUS spesso determinato dalle sostanze può essere acuta e può risolversi in tempo determinato o

permanere.

2. L'insorgenza di DUS in soggetto affetto da patologia psichiatrica, spesso in termini autocurativi, può evolvere in vera e propria dipendenza.

3. Presenza delle due condizioni patologiche contemporanea e indipendente, quadro spesso legato a fattori neurobiologi, esperienze traumatiche precoci, vulnerabilità genetica.

Per tutto questo, ridurre il fenomeno a una mera somma di diagnosi sarebbe fuorviante, al contrario, è essenziale inquadrarlo come espressione di dinamiche complesse, che si manifestano con quadri sintomatologici sovrapponibili e intrecciati. Il tema della complessità è dunque al centro delle questioni relative alla compresenza di questi disturbi, e riguarda molteplici aspetti, a partire da quelli eziologici. Del resto, il DUS è definito come una patologia multifattoriale: la sua insorgenza è dovuta a "fattori di rischio neurobiologici, individuali e socio-ambientali" (PNP, 2020- 2025). Perciò non risulta difficile immaginare come un più articolato quadro psicopatologico, che vede oltre alle dipendenze patologiche anche la presenza di sintomi di tipo psichiatrico possa portare ad un'amplificazione di tale complessità perché altamente correlati e co-influenti tra loro. In letteratura, sono numerose le evidenze che affermano quanto la presenza di comorbilità possa "peggiorare la prognosi, compromettere l'efficacia dei trattamenti standard, influenzare la ricaduta e rallentare il percorso riabilitativo di pazienti abusatori di sostanze" (Fiocchi et al., 2008). "I pazienti con doppia diagnosi, rispetto ai soggetti con solo disturbi psichiatrici, presentano tassi di ospedalizzazione maggiori, sono più spesso senza fissa dimora, hanno più spesso comportamenti violenti, auto- o etero- aggressivi, sono a maggiore rischio suicidario, commettono più spesso reati, e presentano scarsa compliance a trattamenti farmacologici o non farmacologici, con conseguenti maggiori costi psicologici e sociali per sé stessi, per le loro famiglie e per la società." (Fiocchi et al., 2008).

Nel Rapporto Tossicodipendenze 2022 viene riportato che il 58,4% (Di Cesare et al., 2022) delle persone con almeno una patologia psichiatrica in carico ai SerD, presenta disturbi della personalità e del comportamento. L'Agenzia dell'Unione Europea per le Droghe (EUDA) nel 2015 ha riportato che la prevalenza di comorbilità psichiatrica a livello europeo si aggira intorno al 50% (Torrens et al., 2015). Inoltre, in altri articoli si è registrata una prevalenza lifetime di disturbi da Uso di Sostanze tra individui con un disturbo psichiatrico pari al 29% (Regier et al., 1990).

Pur disponendo di alcuni dati, le conoscenze restano parziali e poco standardizzate. Persistono criticità

metodologiche (campioni, contesti, strumenti, criteri diagnostici eterogenei), flussi informativi frammentati e l'esclusione dalle rilevazioni ufficiali di ampie fasce di utenza, in particolare quelle in carico a servizi privati e privati accreditati. Per colmare tali lacune occorre potenziare la ricerca e sistematizzare la raccolta di dati mediante sistemi di raccolta condivisi, completi e costantemente aggiornate. Solo così sarà possibile restituire un quadro epidemiologico realistico e, di conseguenza, orientare politiche e sviluppare interventi terapeutici realmente efficaci.

A livello internazionale, il trattamento integrato di disturbi psichiatrici concomitanti e DUS presenta ancora oggi una significativa eterogeneità nei modelli organizzativi e terapeutici. Tuttavia, a fronte di tali differenze, emerge una convergenza internazionale sulla necessità di implementare modelli integrati di cura, considerati lo standard ideale per rispondere efficacemente alla complessità clinica della popolazione con comorbilità. Le principali agenzie internazionali (quali: European Union Drug Agency - EUDA, United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC, World Health Organization - WHO, Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA), infatti, sottolineano come i modelli di trattamento paralleli, ancora diffusi, risultino inadeguati nel trattare i disturbi psichiatrici e da uso di sostanze come fenomeni reciprocamente interattivi e ciclici, richiedendo quindi approcci integrati per migliorare la prognosi. Questa visione ha spinto molti paesi a sviluppare linee guida nazionali, spesso in collaborazione con organismi internazionali, per definire standard comuni nella programmazione e gestione dei servizi sociosanitari. Nonostante il consenso crescente sull'efficacia dell'integrazione terapeutica, permane una carenza di studi che ne dimostrino l'effettiva applicabilità, sostenibilità economica ed efficacia in diversi contesti socio-economici (UNODC, 2022). Parallelamente, agenzie quali il Centro statunitense per i Servizi di Salute Mentale denunciano come la separazione tra sistemi di cura per disturbi psichiatrici e da uso di sostanze conduca a trattamenti frammentati e meno efficaci (SAMHSA, 2009).

In Italia si registra una carenza significativa di linee guida e standard uniformi, complice la frammentazione legislativa e amministrativa derivante dalla riforma del Titolo V della Costituzione, che ha accentuato la varianzialità regionale nelle politiche sanitarie (VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze, 2021).

La definizione di linee guida nazionali rappresenta pertanto un passaggio imprescindibile per garantire omogeneità e qualità degli interventi su tutto il territorio. Infatti, "dovrebbero essere sviluppati e stabiliti stan-

dard di qualità per i servizi di trattamento delle tossicodipendenze, con meccanismi appropriati per assicurare la conformità, la garanzia di qualità o l'accertamento" (WHO, 2020). Interessante notare che in Italia solo la metà delle Regioni ha adottato un modello integrato tra Dipartimenti di Salute Mentale e Servizi per le Dipendenze (Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale, 2024). In Lombardia, un passo in avanti è stato compiuto con la Legge Regionale n. 15 del 2016, che ha istituito il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze nelle ASST, includendo anche la Neuropsichiatria infantile, la Psicologia e la Disabilità psichica. Tuttavia, la sola coesistenza sotto un'unica struttura non garantisce integrazione reale: serve una collaborazione sistemica, stabile e fondata sull'analisi condivisa dei bisogni degli utenti.

Sembra quindi sempre più necessario individuare e rispondere ai bisogni specifici di ogni paziente portatore di illimitate combinazioni tra le comorbilità. Sarebbe opportuno costruire percorsi terapeutici individualizzati evitando una pericolosa scissione tra i due sistemi di cura.

Nel tentativo di promuovere una maggiore integrazione tra i servizi per la salute mentale e quelli per le dipendenze patologiche, l'ASST Santi Paolo e Carlo ha avviato nel corso del 2025 un'iniziativa di collaborazione strutturata tra alcuni servizi afferenti allo stesso territorio: il Centro psico-sociale (CPS) di via Mosca e il CPS di via Soderini da un lato, e i SerD di via Albenga e di via Forze Armate dall'altro.

L'iniziativa ha preso forma attraverso l'istituzione di un tavolo di miglioramento congiunto, con l'obiettivo di facilitare il confronto diretto tra operatori, promuovere una maggiore conoscenza reciproca dei modelli organizzativi e costruire pratiche condivise di presa in carico del paziente.

Il percorso si è articolato in tre incontri formativi e operativi, strutturati secondo un approccio progressivo. Nel primo incontro è stato presentato il SerD, illustrandone le funzioni, le modalità di accesso e i criteri di presa in carico. Ogni figura professionale (medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere) è intervenuta esponendo come la propria professionalità si declinasse nella cura del paziente affetto da DUS, sottolineando, oltre all'approccio multidisciplinare, l'imprescindibile integrazione tra i vari operatori. Il secondo incontro ha approfondito il funzionamento e l'organizzazione del CPS, offrendo una panoramica dei servizi e delle modalità operative, facendo emergere le differenze e peculiarità del servizio. Il terzo e ultimo incontro si è concentrato sulla discussione di casi clinici condivisi, con l'obiettivo di analizzare esperienze di collaborazione efficaci e,

parallelamente, individuare le criticità emerse nei percorsi meno riusciti, al fine di trarne indicazioni utili per il miglioramento congiunto.

La partecipazione al tavolo è stata estremamente significativa: complessivamente hanno preso parte circa 45 operatori, tra educatori professionali, infermieri, assistenti sociali, psicologi e medici del Dipartimento Salute mentale e Dipendenze. Da questi incontri, è emerso il bisogno reciproco e la disponibilità di confronto e dialogo sull'andamento dei percorsi dei casi condivisi, mantenendo ognuno la propria specificità e la definizione degli obiettivi.

Questa esperienza, si configura come buona pratica (WHO, 2008) in quanto ha favorito un'effettiva costruzione di linguaggi comuni e valorizzato le competenze multiprofessionali dei due ambiti, con una maggiore continuità e qualità della presa in carico per i pazienti con doppia diagnosi. Tutto ciò è coerente con il modello di collaborative care e con gli approcci basati sull'intersectorialità e la continuità assistenziale (Barr et al., 2005), come dimostra, ad esempio, la rapida presa in carico dopo la dimissione dal SPDC.

Ad oggi, i risultati emersi da questo tavolo di miglioramento si configurano principalmente come considerazioni qualitative, frutto dell'osservazione diretta e dell'esperienza concreta maturata durante e dopo gli incontri. Tra gli esiti più significativi si rileva un progressivo avvicinamento tra i servizi coinvolti incrementare la conoscenza reciproca circa il funzionamento dei servizi: sono aumentate le occasioni di confronto, con un maggior numero di inviti alla partecipazione alle équipe multidisciplinari, una più frequente condivisione di casi clinici, l'attivazione di colloqui congiunti e una gestione più fluida degli invii tra i servizi. Questi primi segnali di apertura e collaborazione testimoniano l'efficacia del percorso avviato, pur in assenza, al momento, di una sistematizzazione strutturata degli esiti.

Richiamando l'importanza della costruzione di una significativa relazione terapeutica con il paziente, elemento imprescindibile di qualsiasi cura ci si ripropone di proseguire il percorso di integrazione avviato, affiancando prassi operative e nuovi percorsi formativi. Affrontare i casi doppia diagnosi significa misurarsi con situazioni che si collocano sulla linea di confine istituzionale. Sembrerebbe necessario valutare attentamente la storia del paziente, i pattern di uso di sostanze e i sintomi psichiatrici per distinguere tra cause primarie e secondarie e pianificare un trattamento integrato, personalizzato e rimodulato nel tempo.

Il superamento delle barriere organizzative tra i servizi per la salute mentale e le dipendenze rappresenta non solo un'esigenza clinica, ma un imperativo etico e pro-

fessionale. Solo attraverso percorsi integrati e coerenti è possibile garantire interventi efficaci e realmente centrati sulla complessità del soggetto con doppia diagnosi. Si auspica che esperienze di buona pratica come quella descritta possano essere ulteriormente sviluppate, sistematizzate e accompagnate da studi scientifici che ne valutino l'efficacia e la trasferibilità in altri contesti.

Bibliografia e Sitografia

- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence*. Blackwell Publishing.
- Di Cesare, M., Magliocchetti, N., Romanelli, M., & Santori, E. (a cura di). (2022). Rapporto Tossicodipendenze 2022. Ministero della Salute, in collaborazione con Regioni e Province Autonome, p. 113.
- Fiocchi, A., Madeddu, F., Rigliano, P., Pianezzola, P., & Ripamonti, A. (2008). Il trattamento residenziale delle dipendenze in comorbilità: dalla teoria alla pratica. Milano: FrancoAngeli, pp. 19, 27.
- 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. *Journal of Psychopathology*, 19, 199–207.
- Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione. Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24-10-2001.
- Legge Regionale 29 giugno 2016, n. 15. Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). BURL n. 27, Suppl. del 04-07-2016.
- Lexicon of alcohol and drug terms. (1994). Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità, p. 36.
- Ministero della Salute. "Macro-obiettivo" del Piano Nazionale della Prevenzione 2020–2025: Dipendenze e problemi correlati. Documento Word – All. 2 PNP 2020–2025, consultato il 19/06/2025.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga. Instant Book: VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze. Oltre le fragilità. Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze. Tavolo Tecnico 3, p. 182.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment

Area (ECA) Study. Journal of the American Medical Association (JAMA), 264(19), 2511–2518.

- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders: The Evidence. DHHS Pub. No. SMA-08-4366. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, p. 4.

- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Luxembourg: Publications Office of the European Union, p. 69.

- UNODC – United Nations Office on Drug and Crime. Comorbidities in Drug Use Disorders. No wrong door. Discussion paper – Pre-publication draft, p. 24.

- Ufficio di Segreteria, Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale. I Dipartimenti di Salute Mentale riuniti in un unico organismo nazionale. Quotidiano Sanità, consultato il 19/06/2025.

- World Health Organization. (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1. Geneva: WHO.

-https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Apr2014/10_session_child_health_services/Apr2014_session10_integrated_health_services.pdf

- World Health Organization (WHO), & United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (s.d.). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing, p. 14.