

COMORBILITA' PSICHIATRICA IN UN TRATTAMENTO RESIDENZIALE AD ALTA SOGLIA: L'ESPERIENZA DELL'ASSOCIAZIONE MONDO X - SARDEGNA

A. Cois^(*), S. Morittu^(*)

(*) Associazione Mondo X - Sardegna, Cagliari



0. Sommario

Il presente lavoro riporta la descrizione e i risultati intermedi a due anni dall'avvio, del progetto realizzato dalla Comunità Terapeutica "Campu 'e Luas" dell'Associazione Mondo X Sardegna con la collaborazione del Servizio Tossicodipendenze della ASL N° 8 di Cagliari, per una migliore gestione delle problematiche di comorbilità psichiatrica.

This present paper shows the description and the intermediate results, two years after start-up, of a project oriented to improve the management of psychiatric comorbidity problems. The project is realized by the Therapeutic Community "Campu 'e Luas" (Associazione Mondo X Sardegna) in collaboration with the Public Service for Addictions (ASL N° 8, Cagliari).

1. Premessa

La presa in carico, da parte delle strutture terapeutiche per tossicodipendenti, delle problematiche della comorbilità psichiatrica, cioè della compresenza di disturbi psichiatrici accanto a quello da uso di sostanze, sta richiedendo alle singole strutture e all'intero sistema sei servizi, un notevole sforzo di riorganizzazione e di adattamento dei programmi. A questo sforzo di ristrutturazione interna si accompagna un impegno sempre più stringente alla creazione di sinergie e collaborazioni per la predisposizione di percorsi terapeutici "misti" che vedano il concorso di diverse realtà, sia appartenenti al circuito dei servizi per le tossicodipendenze che a quello dei servizi psichiatrici, a costituire una rete in grado di sostenere i pazienti nelle loro complesse esigenze terapeutiche.

All'interno di questa rete di servizi un ruolo significativo stanno assumendo le Comunità Terapeutiche inizialmente strutturate per la sola terapia dei disturbi da uso di sostanze, ma sempre più frequentemente chiamate a prendere in carico pazienti con comorbilità psichiatrica, in particolare appartenenti a quella fascia che mal si adatta ai trattamenti ambulatoriali. È il caso, ad esempio, di pazienti con scarso o nullo supporto psicosociale; che vivono in contesti socioculturali che rafforzano la prosecuzione dell'uso della sostanza; che presentano complicazioni di natura psichiatrica che richiedano osservazione e sostegno attento e continuativo.

La struttura originaria delle Comunità, pensata per una utenza profondamente differente, si è trovata a doversi modificare e integrare per far fronte alla nuova tipologia di utenti, che se, non è stata mai assente in passato, ha assunto oggi una importanza decisamente maggiore: i dati sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici nei tossicodipendenti, numerosi nella letteratura internazionale, concordano infatti su percentuali elevate, che superano nella maggior parte dei casi il 40% [Regier et Al., 1990] [Clerici & Carrà, 2003 e bibliografia citata]. Per la condizione più specifica del territorio della Sardegna la letteratura è povera di studi circostanziati che abbiano interessato numeri significativi di tossicodipendenti e, soprattutto, è priva di studi di tipo generale, non riferiti cioè a popolazioni eccessivamente specifiche. I pochi lavori (e l'esperienza comune degli operatori dei servizi) confermano, comunque, l'ipotesi che la Sardegna segua, in questo aspetto, l'andamento generale.

Uno studio pubblicato nel 1991 su 106 pazienti in mantenimento metadonico presso il Servizio Pubblico per le tossicodipendenze della città di Cagliari riporta il 53.8% di disturbi sull'asse I e il 45.3% sull'asse II del DSM-III [Pani et Al., 1991], mentre uno più recente su 267 pazienti con analoghe caratteristiche mostra una prevalenza di disturbi diagnosticati sul DSM III-R (durante il primo mese dalla presa in carico) del 36.3%: la percentuale sale al 42.6% se consideriamo anche disturbi diagnosticati in fasi più avanzate del trattamento (entro i 24 mesi) [Pani et Al., 1997]. Uno studio pubblicato nel 1996 su un ridotto campione di utenti del Servizio per le tossicodipendenze di Carbonia, riporta, infine, caratteristiche patologiche rilevate con il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) del 44% [Testa et Al., 1996].

4. Bibliografia

- Clerici M, Carrà G. (2003). 36 Month follow up of opiate dependents in three levels of treatment intensity. In: Clerici M, Carrà G. (editors), Dual Diagnosis: filling the gap, Jhon Libbey Eurotext, Paris.
- Pani P.P. et al. (1991). Eterogeneità psicopatologica nel tossicodipendente da oppiacei. Min. Psichiatrica 32, 1991
- Pani P.P. et al. (1997). Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive metadone maintenance treatment program. Drug and Alcohol Dependence 48.
- Regier D. et Al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA, 264, 19, 2511-2518.
- Testa P.G. et Al. (1996). Comorbilità per disturbi mentali verificata con MMPI in tossicodipendenti in terapia e nei loro familiari, in Lai Guaita M.P. (a cura di), Famiglia e tossicodipendenza, Laterza, Bari.

2. Il progetto "Doppia Diagnosi"

Obiettivi

In risposta alle esigenze del territorio, il progetto, di durata triennale, si propone di realizzare una integrazione sinergica del Servizio Sanitario Nazionale, specificamente del Servizio Tossicodipendenze della ASL N° 8 della Sardegna, con una realtà del Privato Sociale, specificamente l'Associazione Mondo X Sardegna, con la prospettiva di ripensare non solo agli assetti organizzativi delle comunità ma anche a modalità di interfacciamento pubblico-privato in funzione della risposta alle specifiche esigenze degli utenti con disturbo da Uso di sostanze che presentino comorbilità psichiatrica.

Gli obiettivi generali di tale integrazione sono:

- **trasferimento**, tra i due servizi, di competenze professionali ed esperienze;
- **raggiungimento** di una significativa efficacia terapeutica nel trattamento.

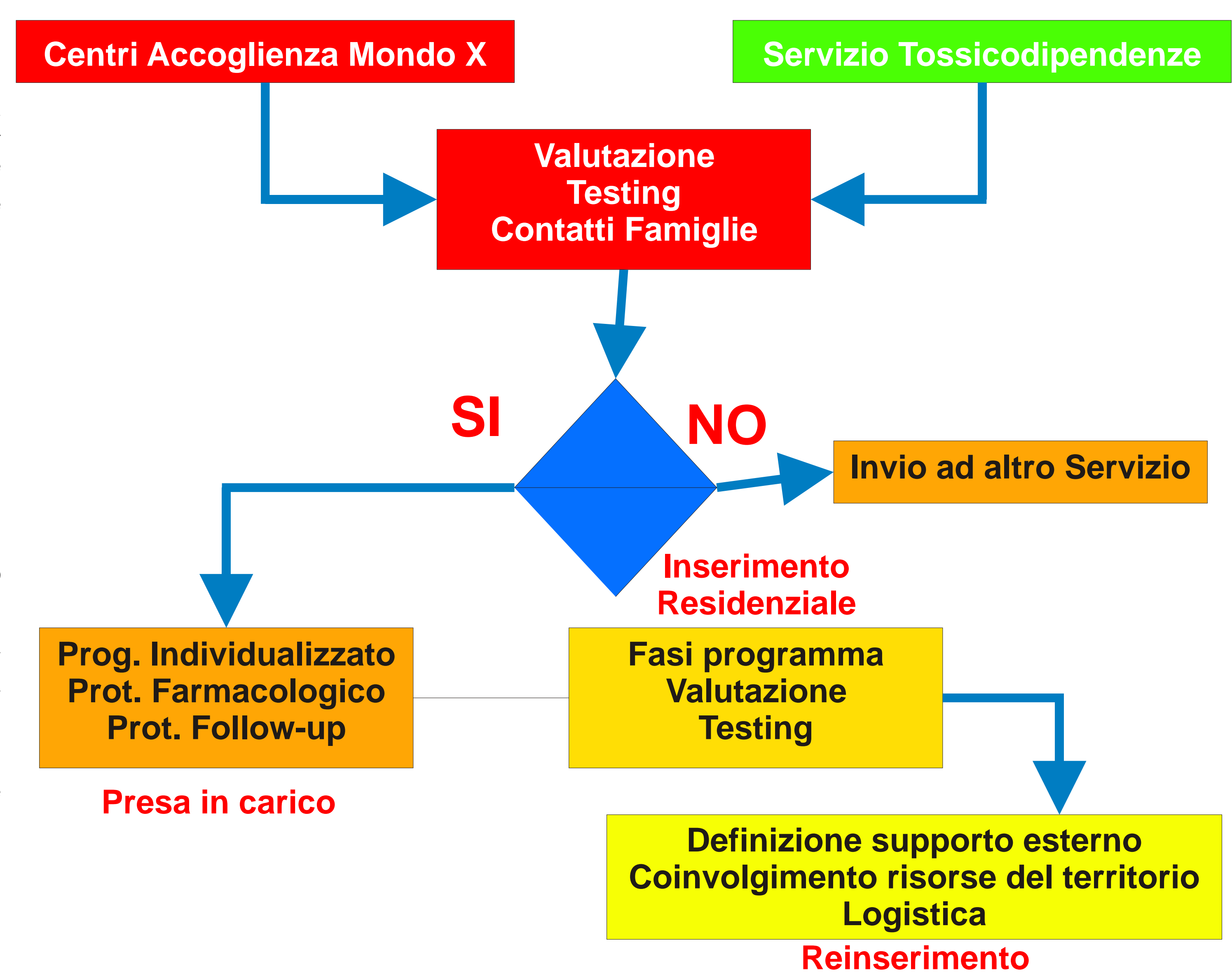
Gli obiettivi specifici sono, invece:

- **facilitazione della fase di disintossicazione** come effetto della diagnosi precoce e della conseguente compensazione farmacologica (miglioramento degli indicatori di aggancio);
- **facilitazione della fase di inserimento residenziale** come conseguenza dell'adattamento del programma comunitario alle esigenze della patologia specifica (abbassamento della soglia di ingresso, aumento della ritenzione);
- **facilitazione**, all'interno del percorso comunitario, **dell'integrazione con il gruppo dei pari** e diminuzione dello stigma sociale ed emarginazione tramite ristrutturazione organizzativa della comunità terapeutica che comprende:
 - creazione di **momenti organizzativi/dinamici** nei quali gli utenti con maggiore responsabilità e capacità di rielaborazione vengano coinvolti nelle definizioni di un adattamento del programma terapeutico al soggetto con doppia diagnosi;
 - **adattamento delle regole comunitarie** per cui l'anzianità di permanenza nella struttura non diventa la variabile centrale nel conferimento di ruoli e responsabilità, andando verso una maggiore valutazione soggettiva delle tappe del percorso degli utenti.
 - **creazione di gruppi dinamici** che coinvolgano in modo più trasversale gli ospiti della Comunità per favorire comprensione e adattamento reciproco tra gruppo e soggetti con seconda diagnosi psichiatrica, nel rispetto dei relativi tempi di guarigione;
 - **compensazione farmacologica** della patologia psichiatrica specifica (con controllo sintomatico) ed eventuali modificazioni profonde dei vissuti emotivi e comportamentali che determinano lo squilibrio attraverso un trattamento psicoterapico;
 - **presa in carico della problematica familiare**, anche attraverso l'inserimento di almeno un genitore in gruppi di terapia (e/o autoaiuto).

Destinatari

L'intervento è rivolto a soggetti con tossicodipendenza accertata da oppiacei, alcool o sostanze stimolanti, come da DSM IV, con compresenza di uno dei disturbi mentali diagnosticati sul **asse II** del DSM IV, oppure sull'**asse I** limitatamente ai disturbi dissociativi, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbi del comportamento sessuale.

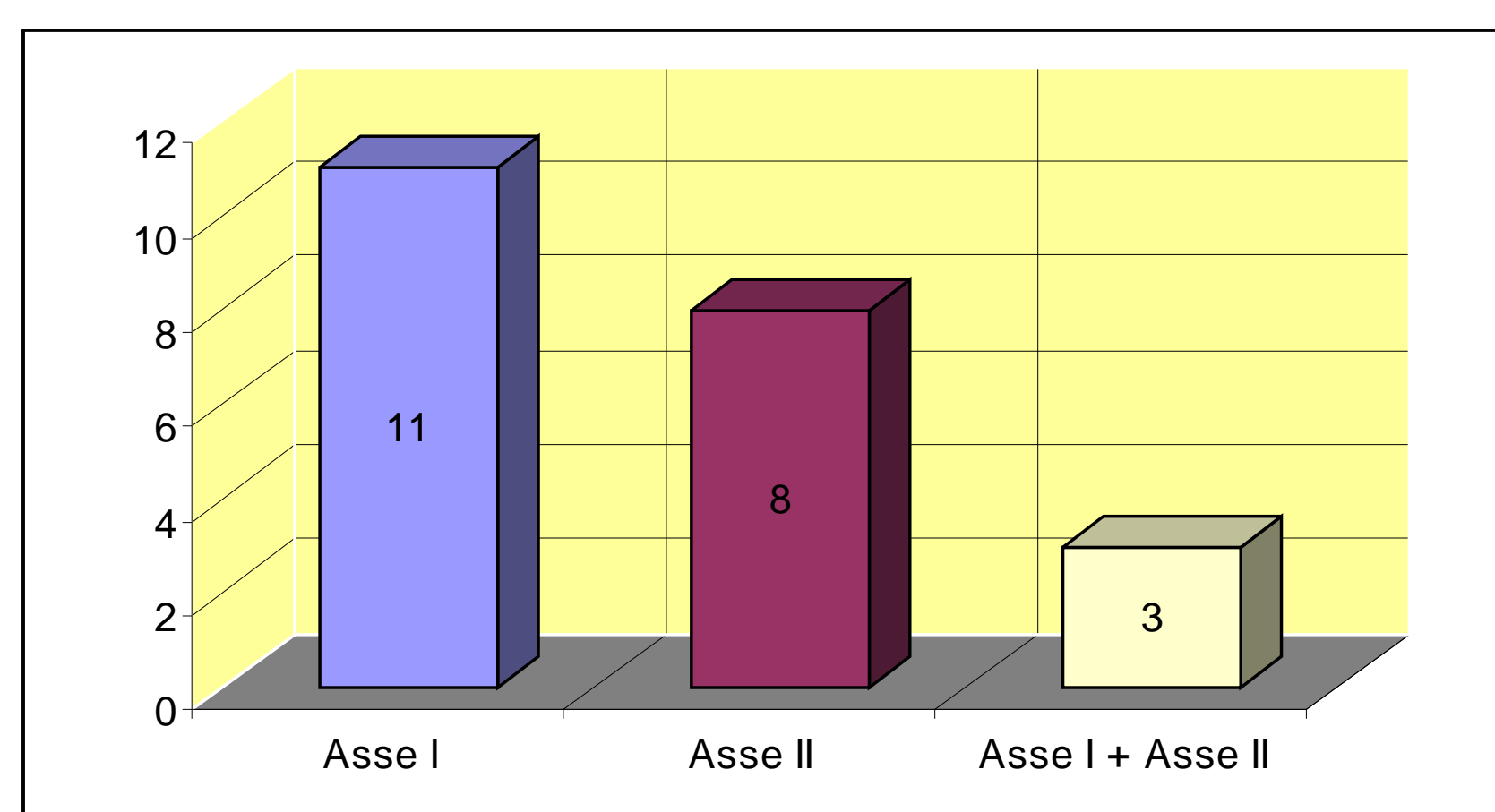
Dato che il rationale del trattamento proposto per questo tipo di utenza si basa sulle proprietà risocializzanti e terapeutiche della vita in gruppo, con il supporto di interventi specialistici farmacologici e psicoterapici personalizzati, il disturbo mentale di cui l'utente soffre, deve essere compensato, quando necessario, con opportuno trattamento farmacologico in modo da consentire una vita sociale e da escludere livelli sintomatici tali da mettere in pericolo la salute dell'utente e dei residenti.



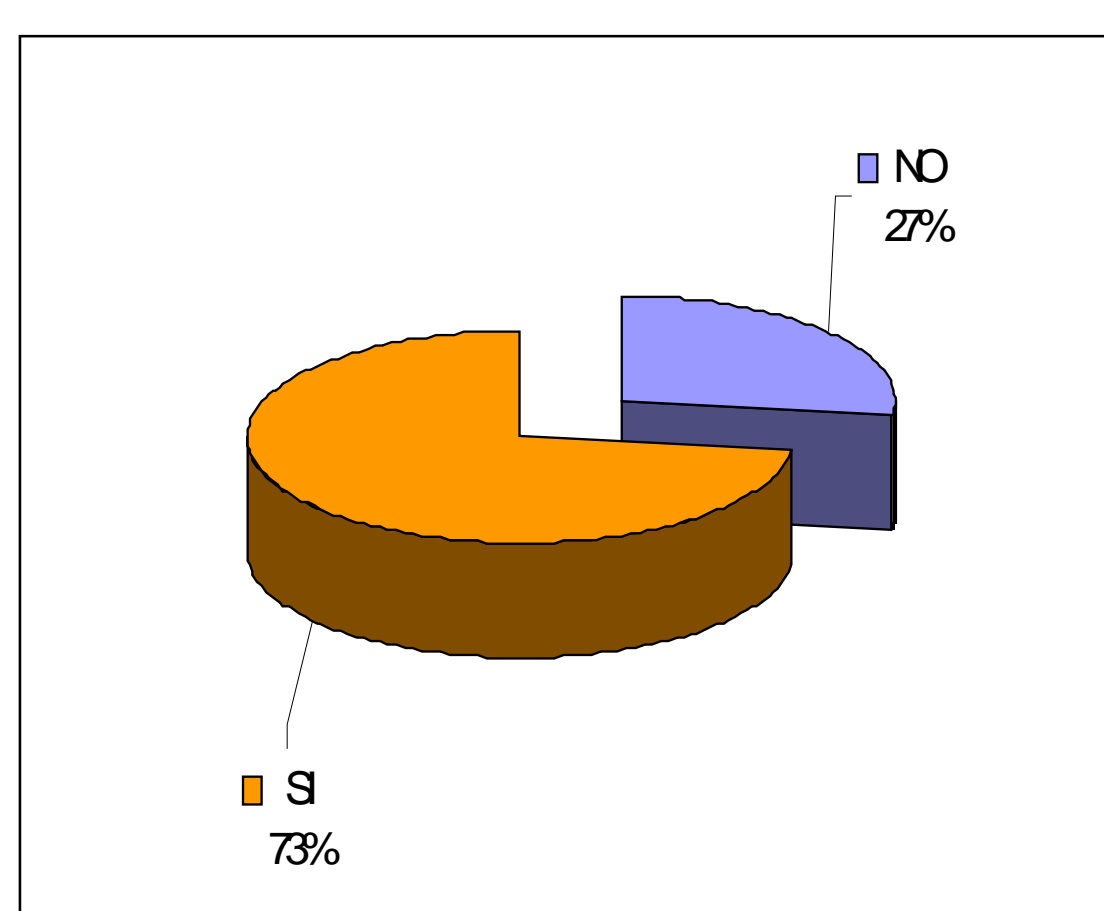
Due immagini della Comunità "Campu 'e Luas" - Uta (CA)



3. Due anni dopo: considerazioni



Valutazione Psicopatologica in Comunità



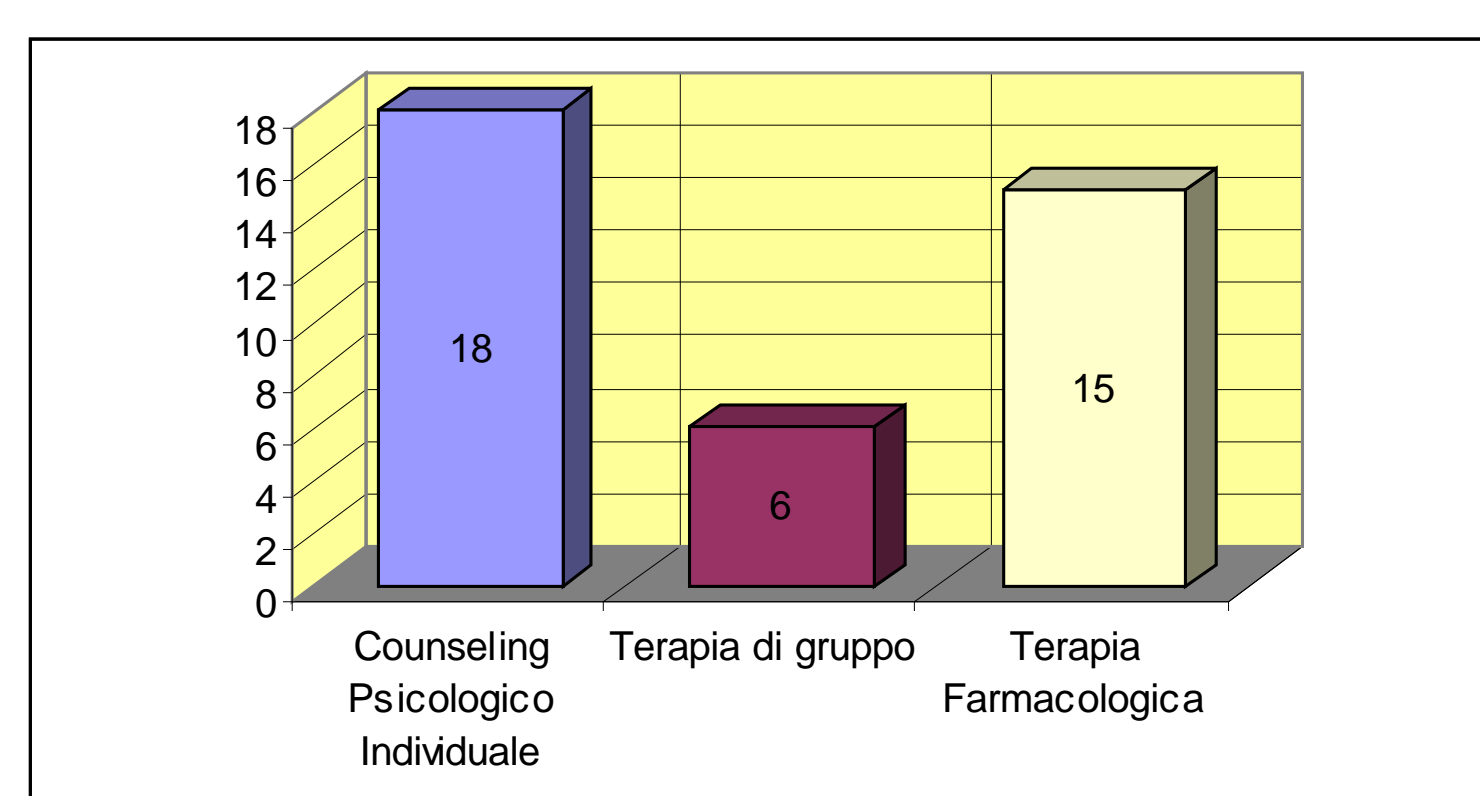
Diagnosi Psichiatriche precedenti all'inserimento in Comunità

Valutazione a due anni di alcuni indicatori di processo

Curve di sopravvivenza per utenti con e senza comorbilità psichiatrica

Indicatore	Valore	Strumenti di valutazione
■ N° incontri e riunioni di staff e di supervisione tra operatori della Comunità e del Ser.T.	15	Registro delle attività dello staff e dei trattamenti
■ N° casi valutati congiuntamente tra operatori della Comunità e del Ser.T.	14	Cartelle cliniche
■ N° valutazioni diagnostiche (psichiatrica e/o psicologica del progetto) effettuate nella fase di accoglienza pre-residenziale	28	Questionario di autovalutazione degli utenti;
■ N° protocolli di compensazione farmacologica in fase di accoglienza	12	Documenti prodotti dallo staff nel processo di analisi e adattamento dell'organizzazione comunitaria,
■ N° programmi terapeutici individualizzati concordati	14	Valutazione competenze da parte degli operatori
■ N° casi presi in carico residenzialmente	12 nuovi utenti 10 già presenti	Progetti individualizzati di inserimento dei familiari nei gruppi,
■ N° modifiche organizzative e adattamenti del progetto comunitario	9	
■ N° incontri per gli utenti con maggiore permanenza nella struttura	12	
■ N° incontri di gruppo per l'intera comunità	10	
■ N° di interventi di counseling psicologico individuale	18	
■ N° protocolli di compensazione farmacologica attivati o proseguiti in Comunità	15	
■ N° inserimenti di genitori/familiari nei gruppi di terapia o nel sostegno individuale	13	

Terapie attivate per gli utenti con comorbilità psichiatrica (possibili più terapie)



Benché una valutazione complessiva dell'impatto del progetto sulla capacità della Comunità Terapeutica di Campu 'e Luas e del collegato Centro di Accoglienza di Cagliari di gestire efficacemente le problematiche legate alla comorbilità psichiatrica nei tossicodipendenti possa avvenire solo al termine del progetto con l'elaborazione dei vari indicatori previsti, i dati preliminari si mostrano certamente incoraggianti.

L'inserimento strutturato di figure professionali specifiche ben integrate con l'équipe preesistente, la maggiore integrazione con la struttura pubblica, alcune modifiche organizzative, la cura della formazione del gruppo nel suo complesso in un approccio educativo "a cascata" che è tradizionale nella comunità, hanno effettivamente permesso la gestione più efficace ed efficiente di alcuni casi complessi, e consentito di programmare inserimenti altrimenti impossibili.

Anche l'azione sul gruppo complessivo della Comunità è stata utile in termini di riduzione dell'impatto emotivo, anche se una valutazioni più accurata e documentata sarà possibile solo al termine del progetto. Di particolare importanza la fase diagnostica precedente l'accoglienza comunitaria, realizzata tramite la somministrazione di una batteria di test di screening, integrata dal colloquio psicodiagnostico: ha consentito l'individuazione precoce di patologie anche gravi mai precedentemente diagnosticate e la conseguente predisposizione di un adeguato protocollo di compensazione psicoterapica e/o farmacologica, con indubbi benefici sia rispetto al singolo, sia rispetto all'impatto sul gruppo.

Le figure e tabelle a fianco riportano sinteticamente i risultati delle valutazioni, per i primi due anni del progetto, di alcuni degli indicatori di processo e di risultato previsti dallo stesso.

Particolarmente significativi, pur nella ridotta consistenza del campione che non consente deduzioni statistiche "forti", i dati sulla ritenzione in trattamento e sulla integrazione nel gruppo (misurato attraverso un questionario realizzato ad hoc): entrambi mostrano una differenza contenuta tra gli utenti con comorbilità e quelli che presentano solo un disturbo da uso di sostanze, ad indicare una buona capacità del programma terapeutico di "trattenere" gli utenti con problematiche psichiatriche.

