

Paola Monaci

“Percorsi di autonomia sociale per soggetti con doppia diagnosi “

Progetto Interdipartimentale ASL TO 3 Dipartimento Patologia delle Dipendenze e Dipartimento Salute Mentale Rivoli

Introduzione

Il trattamento dei pazienti cosiddetti “difficili” e “non collaboranti” viene riconosciuto come priorità ormai in numerosi contesti scientifici, operativi e legislativi.

La ricerca sui soggetti con doppia diagnosi, in Italia non è ancora molto sviluppata, ma ci segnala comunque delle percentuali significative di pazienti trattati nei nostri servizi, in modo purtroppo, non sempre adeguato.

Da un punto di vista operativo, è noto per coloro che lavorano nel campo della salute mentale e del trattamento delle dipendenze patologiche quanto, questi soggetti siano non prevalenti da un punto di vista numerico, ma molto impegnativi da un punto di vista assistenziale. Sono pazienti spesso, poco collaboranti, a causa dell'intreccio destabilizzante fra sostanze e patologia mentale, e bisognosi perciò di continuità, coerenza e intensità assistenziale di alto livello.

L'integrazione e continuità delle cure e ancor prima, della diagnosi multidisciplinare e funzionale, viene riconosciuto da un punto di vista legislativo ormai da tempo e qui segnalato quanto descritto nel Piano sanitario nazionale 2006-2008 e nel Piano Socio Sanitario della Regione Piemonte del 2006-2010.

Il soggetto con doppia diagnosi presenta una complessità che sfida le capacità dei servizi di essere flessibili e competenti sia nel leggere le numerose sfaccettature, sia nell'uscire dai propri modelli teorici, operativi ed organizzativi. La difesa dei propri confini e certezze (ruoli, competenze, procedure, orari) conduce al fallimento dei progetti terapeutici e, in ultima analisi degli stessi servizi. La capacità di intuire il nuovo, accettare il diverso o non familiare, rimodularsi di conseguenza in base agli obiettivi e non sulla base di principi ideologici o logiche di potere (e di conflitto come conseguenza) sono alla base dell'organizzazione dinamica che è costantemente orientata al paziente e ai suoi bisogni.

La comprensione dei bisogni (prima che delle diagnosi) e la costruzione condivisa degli obiettivi e progetti terapeutici individuali necessita del contributo di tutte le figure professionali (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori) nel rispetto e valorizzazione reciproca, superando logiche anacronistiche, difensive e scientificamente superate.

L'organizzazione di setting terapeutici strutturati e coerenti orientati ai bisogni dei pazienti deve prevedere la chiara organizzazione dei ruoli e responsabilità in base alle funzioni e obiettivi e non in base a logiche di delega o supremazia.

Il progetto “Percorsi di autonomia sociale per soggetti con doppia diagnosi “ ha incontrato, nel corso della sua realizzazione i problemi e le difficoltà finora citate ma, ha avuto anche la fortuna di incontrare operatori e colleghi che hanno collaborato, rendendone possibile, il positivo svolgimento ed esito.

I Bisogni di salute

Il progetto è stato elaborato nel 2005 e si è realizzato negli anni 2006-2008 nei distretti di Rivoli, Alpignano, Giaveno, Avigliana e Susa.

A quella data i pazienti in carico al Dipartimento di Patologie delle Dipendenze, tossicodipendenti e alcolisti erano complessivamente 566 di cui 109 casi nuovi al 31/12/2004; mentre quelli in carico al D.S.M. erano invece 2177 di cui 565 casi nuovi.¹

1 Nota I dati non sono confrontabili in quanto, il criterio utilizzato per considerare "attiva" una cartella nei Sert è la presenza di almeno un contatto/trimestre, i dati sono rilevati semestralmente dal Sistema Informativo dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze Regionale e dal Ministero della Salute; nei CSM viene invece

Nel 2005 non avevamo informazioni sul numero dei soggetti con doppia diagnosi in carico ai servizi, perciò nella prima fase del progetto abbiamo realizzato un'indagine epidemiologica interna ai Dipartimenti che ci ha permesso di rilevare la popolazione clinica per costruire una banca dati specifica.

Le considerazioni da cui si è partiti per l'elaborazione del progetto sono state da una parte la scarsa compliance, l'aggravamento e la destabilizzazione dei trattamenti in presenza di una doppia patologia; dall'altra, la necessità di integrare le procedure cliniche dei due Dipartimenti verso una migliore efficienza e gestione delle stesse.

Finalità e obiettivi

Le finalità e obiettivi del progetto sono stati di tipo clinico e di tipo organizzativo e il progetto, nel suo complesso si è sviluppato sui due binari, in modo parallelo.

L'avvio è stato piuttosto lungo e faticoso: sebbene infatti i Dipartimenti avessero già dei pazienti in carico congiunto ed esperienze di collaborazione più o meno positive, è stato difficile e complesso, trovare uno "spazio mentale, pratico e organizzativo" che fosse terzo, che non fosse, né proprietà di un servizio, né dell'altro, ma comune ad entrambi. La cura quotidiana dei propri pazienti, e gli impegni correnti di entrambe le organizzazioni portavano gli operatori a percepire con diffidenza e ritrosia, gli eventuali cambiamenti e il confronto con pratiche e competenze operative differenti.

Non si può negare, peraltro che l'integrazione fra servizi ha dei costi notevoli in termini di tempo lavoro, motivazione ed apprendimento, i cui vantaggi non vanno dati per scontati, né per quanto riguarda l'efficienza né per la qualità delle cure prodotte.

Gli obiettivi clinici identificati nel progetto erano:

aumentare la compliance terapeutica e l'astinenza dall'uso di alcol e sostanze psicoattive;

elevare l'autonomia sociale dei soggetti in DD;

supportare le famiglie.

Mentre quelli di tipo organizzativo riguardavano:

la definizione di protocolli operativi per la presa in carico integrata;

l'utilizzo integrato ed efficiente delle risorse e competenze a disposizione dei Dipartimenti.

Metodologie e attività

Le metodologie e attività progettate perseguivano quindi obiettivi di tipo sanitario e di tipo organizzativo, e più nello specifico si trattava di:

- elevare l'autonomia sociale dei soggetti in DD attraverso interventi di skills training (gruppi psicoterapeutici sul modello della Terapia Dialettico Comportamentale), counselling psicologico e sanitario (su alcol e droghe), inserimento nel mondo del lavoro (borse lavoro, formazione lavoro ecc) , tutoring educativo e laboratori espressivi;
- supportare le famiglie dei soggetti con DD con colloqui di sostegno psicologico ed interventi domiciliari ²;
- aumentare la compliance terapeutica grazie alla costruzione, monitoraggio e valutazione integrata fra i servizi dei progetti terapeutici individuali;
- rendere più efficienti le procedure e iter diagnostico terapeutici grazie alla formazione e supervisione clinica, integrazione risorse e competenze degli operatori.

Ottobre 2006 -l'indagine epidemiologica e l'avvio del progetto

L'Indagine Epidemiologica

adottato il criterio di almeno un contatto/anno.

2 dando priorità ai nuclei con minori a carico

Il Piano di Lavoro del progetto prevedeva la iniziale indagine epidemiologica dei pazienti con doppia diagnosi presenti nei territori interessati.

Con la collaborazione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze sono state approntate delle schede di rilevazione che potessero delineare il profilo clinico dei soggetti, finalizzate a rilevare alcune caratteristiche sulla patologia e sui trattamenti effettuati.

Dalle analisi condotte nell'anno 2006 negli ambulatori dei Dipartimenti abbiamo rilevato i seguenti dati.

Tab. 1 Anno 2006. Soggetti in carico ai Dipartimenti

Avigliana Susa	266	1330	1579

Tab. 2 Anno 2006. Soggetti con doppia diagnosi in carico ai CSM e Sert. Cartelle aperte e chiuse

ASL	37.8	17	25.9	17	2.2	3.9 (135)	3441

La percentuale di soggetti con doppia diagnosi in carico ai nostri dipartimenti del 3,9% risulta simile rispetto alle ricerche nazionali :vedi studio PADDI nei CSM citato da Amidani, Clerici et al. nel testo, che rileva una prevalenza del 3,89% o studio Vedette 2000³ dove si rileva il 6,8 % di soggetti comorbili in alcuni Sert del Piemonte e il 6,3% di soggetti seguiti dai CSM⁴.

Il confronto risulta tuttavia difficile per le caratteristiche differenti dei campioni osservati nelle diverse ricerche. In alcuni casi infatti, si rileva la popolazione dei CSM con disturbo DUS, mentre in altri, la popolazione che accede ai Sert con disturbo psichiatrico (dove si suppone una differente prevalenza e priorità dei disturbi nei campioni esaminati).

La nostra indagine rileva invece la percentuale dei soggetti totali presenti in entrambi i servizi, presi in carico congiuntamente o da un servizio solo. La ricerca rileva quindi la popolazione complessiva di soggetti con doppia diagnosi presenti nel nostro territorio.

Tab. 3 Anno 2006. Soggetti con doppia diagnosi .L'uso di sostanze

Alcol	12	16	23	8	59

3 Versino E., Barbagli AM, Salamina G., Amato L., Mathis F., Piras G., Cuomo L., Schifano P., Faggiano F., Davoli M. *Studio VEdeTTE – Monografia N.° 4 – Analisi descrittiva della coorte arruolata nei primi 18 mesi dello studio.* AGAT editrice, maggio 2005.

4 Indagine condotta nei CSM di Borgo San Dalmazzo, Alba, Bra, Borgosesia, Cuneo, Novara nel 2002. Comunicazione personale di Roberta Siliquini.

Totale	28	30	51	26	135

La maggioranza dei soggetti dimostra di avere problemi di alcol o politossicodipendenze. Quest'ultima condizione rende notoriamente più inefficaci i trattamenti farmacologici, con l'utilizzo caotico di sostanze psicoattive dai diversi effetti fatta dai soggetti, e più debole la compliance terapeutica ai progetti individuali.

Tab. 4 Anno 2006. Soggetti con doppia diagnosi suddivisi per psicopatologia

Totale	135 (100%)

La maggioranza dei soggetti dimostra di avere una diagnosi di disturbi di personalità e psicosi. **Dallo studio PADDI, si apprende che la psicosi è presente circa nel 28% dei pazienti con doppia diagnosi seguiti dai CSM italiani., e i Disturbi di Personalità nel 39%**

Dall'analisi dei profili clinici dei pazienti in carico ai servizi dei nostri dipartimenti, si rileva che fra i soggetti psicotici prevale nettamente l'abuso di alcolici, confermando quanto sottolineato da Faro e Pini nel testo circa l'incompatibilità del livello di funzionamento psicotico e il comportamento finalizzato del tossicomane.

Quindi, è verosimile che il paziente psicotico o con ritardo mentale rimanga prevalentemente in carico al CSM (spesso non seguito dal Ser.T.), mentre il paziente con doppia diagnosi in Asse II o patologia nevrotica rimanga in carico al Ser.T. (spesso non seguiti dai CSM) .

Tra l'altro, come citato nel testo da Bellino e al. i disturbi di personalità più frequenti sono il disturbo borderline e antisociale. Dall'esperienza clinica di chi lavora con questi pazienti è noto come queste configurazioni cliniche si confondano spesso con le modalità tossicomane, rimanendo sotto soglia e provocando disforie, oggetto di tentativi autoterapeutici. Pertanto l'invio formale all'altro servizio avviene quando l'altra patologia diventa più strutturata e invalidante.

Tab. 5 Anno 2006. Soggetti con doppia diagnosi. Trattamenti farmacologici

Totali	28	30	51	26	135(100)

Il dato rilevante è quello relativo ai soggetti con “doppia terapia” metadone-alcover/psicofarmaci del 18% piuttosto basso; sarebbe stato lecito aspettarsi delle percentuali più elevate vista l'importanza del trattamento farmacologico nella gestione di questi disturbi.

Tab 6. Anno 2006. Soggetti con doppia diagnosi. Trattamenti psicoriabilitativi

Ricovero + Comunità Ultimi 12 mesi ⁵	12	18	28		58 (43)

I dati più significativi riguardano la voce “nessun intervento” 41% dei casi e gli interventi

⁵ Il ricovero o la comunità terapeutica sono interventi aggiuntivi e non alternativi rispetto agli altri, ragione per cui compaiono a parte nelle quote percentuali.

residenziali 43% riferibili probabilmente alla difficoltà nella gestione di programmi territoriali per questi soggetti.

Come Bellino ed al. ci dimostrano analizzando la letteratura sul tema dei trattamenti farmacologici e psicoriabilitativi, è dimostrato che i trattamenti integrati e setting terapeutici molto strutturati e coerenti producono i migliori risultati, specialmente riguardo le dipendenze e i disturbi di Asse II.

Mentre, per quanto riguarda il trattamento di soggetti con disturbi psicotici e dipendenze patologiche, va sviluppata ulteriormente l'esperienza clinica. Infatti spesso sono soggetti disorganizzati da un punto di vista cognitivo, dove la coerenza e il sostegno della rete familiare e riabilitativa rappresentano l'intervento cruciale per il contenimento delle condotte disadattive e, di conseguenza, per il miglioramento della compliance.

Il Piano di lavoro del progetto

Il Piano di lavoro del progetto si è sviluppato su 4 livelli:

1. organizzativo;
2. clinico;
3. ricerca/valutazione
4. formazione

Livello organizzativo

Da un punto di vista organizzativo, i Sert e i DSM si comportano in generale, seguendo 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 équipe 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 équipe curanti (per le 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 équipe 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 è 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 équipe curanti.

Risulta evidente che, quando possibile, il modello integrato è il più completo, poiché mira a :

- ridurre il consumo delle risorse complessivamente utilizzate;
- a ridurre i conflitti tra i curanti;
- eliminare le difficoltà dei pazienti di dover seguire due diversi programmi terapeutici e ascoltare messaggi potenzialmente contrastanti;
- monitorare la qualità del percorso assistenziale globale del paziente.

Obiettivi organizzativi

Nei nostri servizi il modello organizzativo praticato è di tipo sequenziale o parallelo; non esistevano, prima del progetto qui descritto, protocolli d'intesa formalizzati ma era riconosciuto da

molti l'esigenza di integrare maggiormente le competenze e risorse.

Perciò gli obiettivi del progetto furono:

- la formalizzazione di un Protocollo d'Intesa fra i due Dipartimenti sulle modalità di collaborazione;
- la definizione di protocolli operativi per la gestione clinica integrata dei casi;
- l'utilizzo integrato delle risorse e competenze a disposizione dei due Dipartimenti.

Il protocollo operativo nello specifico doveva stabilire:

i modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei servizi allo stesso;
i tempi e le modalità di definizione e verifica dei programmi terapeutici, residenziali e territoriali, compresa la definizione del servizio referente e del "case manager";
le vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi servizi territoriali.

Livello clinico

L'ipotesi clinica di fondo del progetto da sperimentare era l'efficacia di un **setting terapeutico multiplo** composto da attività psicoterapeutiche e riabilitative che integrino e rafforzino quelle istituzionali dei Sert e CSM. L'efficacia del setting psicoterapeutico multiplo è stata sperimentata efficacemente nel Modello Dialettico Comportamentale di Marsha Linehan specifico per i disturbi di personalità (cluster B).

In questo progetto si vuole sperimentare un **setting multiplo** che integri le pratiche terapeutiche di due Servizi che si connotano istituzionalmente e clinicamente in modo separato e differente.

Obiettivi clinici

Gli obiettivi primari furono definiti così:

- Aumentare l'astensione dall'uso di alcol e di sostanze psicoattive
- Migliorare la qualità della vita
- Elevare l'autonomia sociale dei soggetti con DD
- Migliorare il clima familiare dei soggetti con DD
- Aumentare la compliance terapeutica

Descrizione attività

La Terapia Dialettico Comportamentale: lo skills training

Il modello della Terapia Dialettico Comportamentale è stato sperimentato sui Disturbi Borderline di personalità (comprese doppie diagnosi) e si basa sull'idea di offrire a questi tipi di soggetti dei **setting multipli**, con obiettivi terapeutici articolati e distribuiti su diversi contesti terapeutici ed emozionali.

Le deficitarie competenze emozionali e relazionali dei soggetti borderline, con i meccanismi interni tipici dell'invalidazione emozionale, e la conseguente vulnerabilità emotiva li rende non adatti ad un setting terapeutico singolo, che produce un'eccessiva attivazione emozionale, con conseguenti drop out.

La Terapia Dialettico Comportamentale è un modello molto difficile, ricco e complesso che fluttua

continuamente lungo gli assi della validazione e dello stimolo al cambiamento.

Gli obiettivi a lungo termine del trattamento sono mirati alla modifica delle competenze meta cognitive, allo sviluppo della semantica emozionale e di abilità di coping . In particolare le aree bersaglio sono:

le capacità di autoregolazione emotiva;

le competenze relazionali;

le skills comportamentali e cognitive;

l'integrazione del sé.

Il metodo è basato su un setting terapeutico multiplo dove operano diversi terapeuti: colui che segue il paziente in modo individuale, due che seguono il gruppo di skills training e quelli che conducono i gruppi di sostegno; tutti sono disponibili alla consultazione telefonica.

E' necessaria una solida competenza nelle tecniche cognitive comportamentali sebbene vi siano terapeuti di formazione psicodinamica che con adeguata formazione hanno condotto programmi di Terapia Dialettico Comportamentale.

Il setting multiplo risponde a funzioni diverse legate agli obiettivi terapeutici stabiliti e gerarchicamente organizzati: il terapeuta individuale è responsabile del progetto terapeutico complessivo e degli obiettivi specifici, i terapeuti di gruppo hanno obiettivi diversi con priorità differenti.

Secondo il metodo della TDC del setting multiplo è il terapeuta individuale che deve occuparsi della riduzione dei comportamenti suicidari e parasuicidari ed ha il compito di integrare l'apprendimento fatto nei gruppi con il progetto terapeutico specifico. I terapeuti di gruppo seguono gli obiettivi e le procedure previste per lo skills training e il gruppo di sostegno monitorando l'apprendimento e la generalizzazione dei comportamenti al di fuori delle sedute.

La gerarchia degli obiettivi è la guida fondamentale per tutti i terapeuti, viene monitorata attraverso supervisioni settimanali e qualora sorgano dei conflitti vengono affrontati con un approccio dialettico all'interno dell'equipe.

La supervisione assume quindi un ruolo fondamentale di integrazione e taratura continua del percorso terapeutico e del lavoro nei diversi contesti.

Il setting previsto dal modello è di tipo ambulatoriale, per quanto applicazioni della TDC siano state sperimentate anche in regime di ospedalizzazione o residenziale.

Nel progetto "Percorsi di autonomia sociale per soggetti con doppia diagnosi" sono stati attivati, a livello psicoterapeutico, la metodologia della gerarchia degli obiettivi, lo skills training, e il terapeuta individuale.

Lo Skills training quindi è uno dei setting previsti nel modello della TDC e nel progetto realizzato nel nostro territorio ed ha l'obiettivo sia di sostenere la compliance con il terapeuta di riferimento principale, sia l'apprendimento di competenze emotivo/relazionali.

Le sedute di gruppo sono organizzate su 4 moduli:

le abilità di mindfulness,

abilità di efficacia interpersonale,

abilità di regolazione emozionale

abilità di tolleranza della sofferenza e angoscia.

La durata dell'intero ciclo è di 7 mesi circa: 2 o3 incontri per il primo da reiterare negli altri e circa 8 settimane per ciascuno degli altri 3.

Il gruppo è stato condotto da 2 psicoterapeuti, uno con funzioni di conduttore e l'altro di co-leader e tutore dell'apprendimento delle abilità per i singoli pazienti.

Fra una seduta e l'altra sono previsti gli svolgimenti di "compiti a casa" finalizzati alla generalizzazione delle abilità apprese in seduta.

Le sedute sono settimanali di 2 ore ciascuna.

L'ingresso al gruppo viene chiuso dopo la prima selezione.

Colloqui psicologici o interventi domiciliari a favore dei familiari

L'attività fa parte del **setting multiplo** previsto dal progetto

Il modello di trattamento si ispira alla Terapia cognitivo-comportamentale, ed è finalizzato all'insegnamento di abilità di comportamento e all'analisi delle cognizioni disfunzionali nel rapporto familiare con il paziente.

Gli obiettivi sono di tipo psicoeducativo e comprendono delle sessioni informative sulle dipendenze patologiche e le modalità adeguate di gestione del problema da parte dei familiari.

Lo stesso approccio viene utilizzato per gli interventi domiciliari.

Laboratorio/attività di rilassamento

Le attività di rilassamento sono funzionali al controllo/modulazione delle emozioni e sono parte integrante del **setting multiplo** previsto per i soggetti con Disturbo borderline di personalità che partecipano al gruppo sugli skills training.

E' prevista una seduta di 1 ora alla settimana per 5 mesi condotta da un esperto in training autogeno.

Laboratorio di audiovideo

L'utilizzo di attrezzature per le riprese cinematografiche implica da un punto di vista cognitivo, alcune abilità di tipo complesso:

controllo dei processi attentivi, contro la frammentazione patologica dovuta a ruminazioni, stimoli interni e ideazioni negative;

osservazione dei comportamenti propri e altrui, facilitando un atteggiamento non giudicante, il distacco dall'evento in sé, la descrizione degli eventi ambientali e comportamentali, la partecipazione consapevole agli stessi.

Queste abilità sono deficitarie nei soggetti borderline a causa della loro impulsività e ideazione cognitiva rigida, per questo si ritiene che tale laboratorio abbia il compito di sostenere le competenze apprese nei gruppi di Skills training.

Il Laboratorio si è svolto in 8 incontri condotti da un esperto.

Borse lavoro

Nel progetto erano previste 8 Borse lavoro di 6 mesi ciascuna per 25 ore settimanali con un riconoscimento di € 500 mensili. E' stato possibile prevedere dei frazionamenti in base alle esigenze cliniche.

L'obiettivo delle Borse lavoro non era solo quello di offrire uno strumento riabilitativo al soggetto a scopo ergoterapico o risocializzante, ma anche quello di sostenere con un forte incentivo la compliance generale al progetto terapeutico individuale.

Il Progetto Terapeutico Individuale

I pazienti segnalati dagli operatori dei CSM e dei Sert potevano accedere alle attività descritte qualora fossero:

in condizioni da astinenza da droghe o alcol;

fossero in carico ad entrambi i servizi;

avessero un progetto terapeutico individuale formalizzato .

Il Progetto Terapeutico Individuale documenta la presa in carico congiunta e integrata del Sert e CSM; definisce gli obiettivi terapeutici e rappresenta lo strumento per il monitoraggio periodico del progetto . E' prevista la compilazione congiunta da parte dei curanti almeno ogni 4/6 mesi. E' prevista inoltre la compilazione del Contratto Terapeutico Individuale firmata dai curanti e dal paziente.

*Scheda **PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE** per la presa in carico congiunta
Sert e CSM*

DATA

Sig.....nato a il
Domicilio Sert CSM
Data presa in carico Sert Data presa in carico CSM.....
Diagnosi Sert.....fatta il

Diagnosi CSM fatta il.....

Indice di Gravità psichiatrica (valutato con Scale B.P.R.S. e G.A.F.) Punteggio

Indice di Gravità della dipendenza (valutato con A.S.I.) Punteggio

Trattamenti farmacologici Sert in corso..... – Compliance (Alta, media, bassa)
Da attivare.....
Trattamenti farmacologici CSM in corso..... – Compliance (Alta, media, bassa)
Da attivare.....

Trattamenti psicologici Sert in corso..... – Compliance (Alta, media, bassa)

Da attivare.....

Trattamenti psicologici CSM in corso..... – Compliance (Alta, media, bassa)
Da attivare.....

Trattamenti socio-riabilitativi Sert in corso..... – Compliance (Alta, media, bassa)

Da attivare.....
Trattamenti socio-riabilitativi CSM in corso..... – Compliance (Alta, media, bassa)

Da attivare.....
Ricoveri in SPDC effettuati N. Durata

Inserimenti residenziali in Comunità terapeutiche in corso

Da attivare.....

Obiettivi del Progetto Terapeutico.....

.....

Prossimo incontro di verifica.....

Dipartimento e curante con la funzione di coordinare il progetto terapeutico.....

Dott/Sig..... Servizio Firma

Dott/Sig..... Servizio Firma

■

■

Scheda *CONTRATTO TERAPEUTICO INDIVIDUALE*

Da compilare CON IL PAZIENTE

DATA

Si concorda con il sig. nato a il ... residente.....

il seguente programma

Terapeutico.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Obiettivi terapeutici.....

Durata prevista del programma

Prossimo incontro di verifica.....

Sig. Firma

Dott/ Sig..... Servizio Firma

Dott/Sig..... Servizio Firma

La Formazione

La formazione è un aspetto essenziale per i processi di integrazione delle pratiche cliniche. Nel 2007 è stato realizzato un corso “Modelli organizzativi e clinici per il trattamento della doppia diagnosi” che si è svolto in 4 incontri e ha coinvolto circa 100 operatori dei Ser T e CSM della nostra ASL.

Agli incontri hanno partecipato 24 relatori fra esperti del servizio sanitario pubblico, privato e delle Università.

I temi trattati nelle quattro giornate sono stati:

1. Concetti teorici, psicopatologia e nosografia sulla doppia diagnosi, assetto epidemiologico a livello locale, la diagnosi e i decorsi clinici
2. Modelli operativi a confronto: esperienze di collaborazione e integrazione in altre ASL, i Protocolli Operativi, i Percorsi Diagnostico- Terapeutici, il carico assistenziale e il consumo delle risorse.
3. Modelli clinici: la Terapia Dialettico Comportamentale per il trattamento dei Disturbi Borderline di Personalità.
4. Trattamenti farmacologici e i Piani Terapeutici per il trattamento dei soggetti in doppia diagnosi secondo la Evidence based medicine; trattamenti psicoeducativi e la riabilitazione dei soggetti con Dipendenza Patologica e Disturbi psichiatrici Asse I.

Nel 2010 tutti gli operatori dei Ser.T. e CSM avranno una supervisione clinica per equipe integrate, sui pazienti in carico con doppia diagnosi, che permetterà di migliorare ulteriormente la gestione e

valutazione dei processi clinici.

Tempi e svolgimento del progetto

Il progetto da me coordinato in qualità di Dirigente Psicologa del Dipartimento Patologia delle Dipendenze, è stato elaborato nell'autunno del 2005 ed ha ottenuto il finanziamento dalla Compagnia di San Paolo e Ufficio Pio nell'agosto del 2006. Nel mese di ottobre è stato reclutato il personale: 1 educatore professionale (10 ore sett. per 1 anno), 1 psicologo psicoterapeuta (15 ore sett. per 1 anno), 2 tecnici per laboratorio audiovisivi e training autogeno (60 ore ciascuno annuali).

Ottobre- Dicembre 2006

Attività preparatorie relative a:

- definizione Piano di Lavoro;
- definizione popolazione (casi in carico pazienti / famiglie, profili diagnostici, bisogni sanitari, trattamenti in corso, soggetti eleggibili per trattamenti previsti dal progetto, procedura terapeutiche per i casi incidenti);
- organizzazione incontri formazione rivolti agli operatori dei Dipartimenti;
- definizione Protocolli Operativi provvisori e definizione di schede per il monitoraggio dei Progetti Terapeutici Individuali;
- definizione procedure di valutazione per obiettivi clinici e organizzativi.

Gennaio-Maggio 2007 Attività di avvio

Indagine epidemiologica

Selezione pazienti da parte dei servizi per inserimento in attività

Attivazione Protocolli Operativi per prese in carico congiunte

Definizione di Progetti Terapeutici Individuali

Giugno 2007 - Febbraio 2008

Realizzazione corso di formazione interdipartimentale

Avvio e realizzazione attività cliniche e riabilitative

Marzo- Aprile 2008

Valutazione dei risultati.

I risultati del progetto

Il Piano di Lavoro prevedeva la valutazione sul livello organizzativo e clinico

La valutazione del livello organizzativo

Gli obiettivi previsti nel Piano di Lavoro erano:

definizione di protocolli operativi per la presa in carico congiunta;
utilizzo integrato delle risorse e competenze a disposizione dei due Dipartimenti.

Il Protocollo d'Intesa Interdipartimentale formalizzato nel febbraio 2007 prevede diversi tipi di procedure distinte da differenti intensità assistenziali:

- la procedura per *la consulenza*, dove un servizio esprime solo un parere in base alle proprie competenze cliniche e lo rimanda al servizio inviante;
- per la *presa in carico da parte di un servizio*, in quanto, a seguito di consulenza, prevale una componente patologica e la gestione del caso rimane a carico prevalente di un solo servizio;
- per la *presa in carico congiunta* fra i servizi, dove la patologia è consistente sia sul versante psichiatrico che della dipendenza e quindi la gestione deve essere doppia e fortemente integrata.

Il progetto ha permesso di sperimentare la procedura sulla presa in carico congiunta, che consiste nella:

- valutazione diagnostica e discussione del caso;
- stesura condivisa dei progetti terapeutici individuali;
- monitoraggio periodico.

La formalizzazione di questa procedura ha previsto la stesura di due schede (sopra descritte): il Progetto Terapeutico Individuale e il Contratto Terapeutico Individuale firmato anche dal paziente.

La valutazione di queste procedure a fine progetto, è positiva per quanto riguarda la fase di valutazione diagnostica e avvio, dove le schede sono state correttamente utilizzate, ma da perfezionare per quanto riguarda la compilazione delle schede di metà e fine progetto per problemi relativi alle difficoltà logistiche a coordinare nuovi appuntamenti fra gli operatori.

A tal fine abbiamo previsto per il 2010 la realizzazione di incontri periodici di supervisione clinica con le equipe integrate dei due dipartimenti, nelle quali verranno monitorati i progetti terapeutici dei pazienti con doppie diagnosi con maggiore regolarità.

2.Utilizzo integrato delle risorse e competenze a disposizione dei 2 Dipartimenti

L'utilizzo integrato delle competenze e delle risorse, fa parte delle routines istituzionali dei rispettivi servizi e possono realizzarsi con o senza la presa in carico integrata, oggetto principale del lavoro qui descritto. Il progetto "Percorsi di autonomia sociale per soggetti con doppia diagnosi" ha rappresentato la prima esperienza di condivisione progettuale, finanziaria e operativa fra i due Dipartimenti che continuerà nell'anno 2010 con il finanziamento di risorse specifiche interdipartimentali, dedicate alla supervisione clinica delle equipe.

La valutazione degli obiettivi clinici

La letteratura internazionale indaga ormai da tempo sull'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici sui disturbi di personalità dimostrandone la trattabilità e gli esiti positivi. Ciò che risulta particolarmente significativo è la coerenza interna del trattamento sia esso di tipo psicodinamico o cognitivo comportamentale⁶. Le linee guida della NICE⁷ sconsigliano un trattamento inferiore a 3 mesi, (almeno 2 volte alla settimana), al di fuori di un setting multidisciplinare fortemente strutturato, in cui vengono chiaramente identificati e condivisi con il paziente ruoli, competenze e responsabilità dei singoli terapeuti.

L'ipotesi clinica di fondo del progetto da sperimentare era l'efficacia di un **setting terapeutico**

6 C.Maffei comunicazione personale al XLV Congresso nazionale SIP 2009

7 CGT78Borderline Personality Disorder (BPD): NICE guideline 2009

multiplo composto da attività psicoterapeutiche e riabilitative aggiuntive e fortemente strutturate che integrino e rafforzino quelle istituzionali dei Ser.T e CSM. nei termini di :

- *maggior compliance ai programmi terapeutici;*
- *maggior astinenza dalle sostanze di uso e abuso.*

Le attività terapeutiche e riabilitative previste nel progetto erano: counselling psicologico e assessment (35 soggetti), gruppo di Terapia Dialettico Comportamentale (9 soggetti), Training Autogeno (10 soggetti), colloqui con familiari (6 soggetti) e laboratorio di Audiovideo (8 soggetti) e Borse Lavoro (12 soggetti).

I soggetti segnalati dagli operatori dei vari ambulatori per l'eventuale inserimento nelle attività sono stati **40** (su 109 pazienti DD con cartelle aperte nei 2 Dipartimenti). Questo numero di soggetti coincide con le previsioni fatte nel progetto iniziale circa il potenziale bacino d'utenza.

Di questi 40, **hanno accettato 24 soggetti** di partecipare a una o più attività previste dal progetto. Su tutti questi soggetti sono stati effettuati colloqui di assessment per valutare l'idoneità da un punto di vista psicosociale e della motivazione all'interruzione della dipendenza.

Dei 24 soggetti consenzienti, ne sono risultati idonei **18, che sono state inseriti effettivamente nelle attività (borse lavoro o/e gruppo psicoterapia o/e laboratori).**⁸

Dei 18 soggetti, **10** avevano problemi di dipendenza o abuso **di alcolici** e **8 di droghe.**

I soggetti avevano in prevalenza diagnosi di Disturbo Borderline di personalità.

Dei 18 soggetti inseriti **14 hanno completato le attività** (di cui **7 alcolisti** e **7 tossicodipendenti**)

I 4 soggetti che non hanno completato 2 hanno interrotto quasi a fine percorso mentre gli altri dopo breve tempo.

Dei 18 soggetti inseriti nelle attività **12 sono stati avviati in Borse Lavoro e 9 le hanno portate a compimento.**

Valutazione compliance ai programmi terapeutici

La compliance agli interventi terapeutici proposti è stata alta per tutti i soggetti che hanno completato il percorso descritto nei paragrafi: Terapia Dialettico Comportamentale, Training Autogeno e Borsa Lavoro.

Alcuni soggetti dei 40 segnalati si sono rivolti al Ser.T o al CSM di riferimento per la prima volta grazie alle proposte del progetto.

Tutti i pazienti coinvolti nel progetto continuano ad aderire ai trattamenti proposti dai servizi, e per 7 soggetti le Borse Lavoro sono state prolungate fino ad agosto 2008 a spese dei Dipartimenti.

Valutazione astinenza dalle sostanze di uso e abuso

L'astinenza dall'uso di sostanze è stata verificata per quanto riguarda alcuni alcolisti dall'assunzione del farmaco antagonista, senza il quale non era possibile partecipare alle attività. Gli altri soggetti con problemi di alcolismo che non hanno accettato la terapia antagonista sono stati monitorati con colloqui e visite mediche. Le attività venivano comunque sospese in caso di ricaduta nell'abuso di sostanze.

Per quanto riguarda i tossicodipendenti invece, c'è stato il monitoraggio dei metaboliti urinari per coloro in fase attiva e il monitoraggio (attraverso colloqui) degli operatori di riferimento per quelli astinenti da tempo.

I risultati rilevati confermano l'astinenza o la riduzione dell'uso e abuso di sostanze per tutti i

⁸ La costruzione di un setting multiplo prevedeva per il soggetto candidato, la frequenza di almeno: 2 attività previste dal progetto, 1 trattamento farmacologico o psicoterapia.

soggetti che hanno completato le attività.

I 4 pazienti che non hanno completato, non hanno mai interrotto l'abuso di sostanze o vi sono ricaduti.

Valutazione attività psicoterapeutiche e riabilitative

Skills Training di terapia dialettico comportamentale

Il gruppo è stato composto da 9 soggetti ed è stato condotto da 2 psicoterapeute specializzate in trattamenti cognitivo-comportamentali; è durato da giugno '07 a febbraio '08. La compliance è stata buona per tutta la durata del trattamento. Oltre ai 9 soggetti che hanno completato il trattamento, 2 soggetti sono stati inviati, dopo qualche mese a psicoterapie individuali, in quanto risultavano più idonee e 1 solo soggetto ha interrotto per ricaduta nell'uso di droghe a dicembre (senza tuttavia sospendere il rapporto con Sert e Csm).

La valutazione dei cambiamenti nei soggetti coinvolti nel training è stata effettuata con dei questionari autosomministrati che abbiamo costruito ad hoc rielaborando le schede allegate nel manuale della M. Linehan⁹. Da una nostra indagine, non erano infatti disponibili test specifici per valutare l'apprendimento delle abilità previste dallo Skills Training¹⁰

Da valutazione con test in fase pre e post si può rilevare l'apprendimento di nuove competenze, riconoscimento e capacità autoregolatrici e contenimento di situazioni e comportamenti di tipo pervasivo e distruttivo.

Training Autogeno

L'attività è stata inserita nel trattamento di gruppo di terapia dialettico comportamentale in quanto previsto da un punto di vista metodologico. Circa 10 sedute in tutto il ciclo.

La compliance è positiva e analoga quindi a quella della T.DC

Laboratorio Audio Video

Ha coinvolto quasi tutti i Borsisti nelle riprese delle loro attività, e un paziente come "regista" che ha accompagnato il tecnico nelle riprese. Il DVD allegato al testo è stato realizzato con la collaborazione dei pazienti coinvolti nel laboratorio.

Borse lavoro

Sono state attivate 11 borse lavoro più 1 inserimento finanziato dalla ditta, dal mese di giugno 2007 al febbraio 2008. La durata è stata di circa 6 mesi ciascuna con il monte ore variabili (dalle 15 ore alle 25 ore settimanali) in relazione alle esigenze e possibilità dei pazienti.

Le ditte o cooperative sociali che hanno ospitato i borsisti sono state individuate sul territorio di provenienza dei pazienti, per facilitare lo spostamento e il raggiungimento dei luoghi di lavoro, spesso difficoltoso per la mancanza di mezzi personali e capacità organizzative degli stessi.

Per valutare gli esiti delle Borse Lavoro si sono rilevati: il completamento/drop out, le assenze per

9 Allegati al fondo capitolo

10 Comunicazione personale della Prof. L. Barone 2007

malattia e il parere dei datori di lavoro (vedi anche interviste nel DVD allegato al testo).

Dei 12 soggetti inseriti si può commentare che:

- 3 pazienti hanno portato a termine la borsa lavoro con impegno e continuità, le ore non lavorate per malattia sono minime. Hanno instaurato una buona relazione con il datore di lavoro ed appreso, in alcuni casi, una formazione lavorativa spendibile in altre ditte. La restituzione da parte del datore di lavoro è stata positiva tanto che in tre casi vi è stato il prolungamento del contratto di lavoro fino al 2009.
- Per 1 soggetto il progetto terapeutico concordato con i due servizi era finalizzato all'inserimento autonomo nel mondo del lavoro. Il borsista, inserito in una casa di riposo, ha voluto sospendere la borsa lavoro, ad un mese dal termine, per difficoltà di relazione con i colleghi. Questa esperienza l'ha però indotto ad iscriversi ad un corso di formazione per O.S.S. anticipando, di fatto gli obiettivi terapeutici concordati con gli operatori.
- 5 soggetti hanno riportato molte ore per malattia in rapporto alle ore lavorate: di questi pazienti un soggetto ha un disturbo ipocondriaco che spiega le assenze frequenti per malattia, l'altro ha una disturbo psicotico grave. Tutti hanno portato avanti l'impegno mostrando interesse e volontà di integrarsi nella comunità, affiliandosi all'associazione che tutorava il loro percorso lavorativo. Per uno di questi pazienti la borsa lavoro è stata prolungata fino al mese di agosto 2008.
- Sono state sospese 2 borse lavoro appena dopo l'avvio, per incapacità a seguire le regole e i tempi dell'attività. Si tratta di soggetti con patologie psichiatriche significative.
- 1 soggetto è stato inserito in un'azienda a tempo pieno, inizialmente con un contratto a termine e nel mese di dicembre, la ditta ha deciso di rinnovare il contratto fino a marzo 2008.

Possiamo affermare che il 75% delle borse lavoro attivate hanno avuto un esito positivo (completate), il 33% ha avuto un esito negativo ed il 25% dei soggetti hanno prolungato il contratto di lavoro su iniziativa della ditta.

Costi

Il progetto "Percorsi di autonomia sociale per soggetti con doppia diagnosi" è stato finanziato dalla Compagnia di San Paolo e Ufficio Pio nel 2006 con €60.000. Per valutare i costi reali del progetto dovremmo aggiungere il lavoro di coordinamento, quello degli operatori dei servizi sui pazienti, materiali, strutture etc (a carico dell'ASL TO 3). In questo modo avremo il valore del "costo pieno" degli interventi pro paziente. Tuttavia questi costi sarebbero analoghi (a parte le variabili organizzative sull'intensità, durata etc), per ogni azienda sanitaria o struttura, perciò non risultano significativi per valutare il valore aggiunto dell'intervento proposto.

Mi pare invece importante considerare i costi sostenuti dal progetto in quanto descrivono la specificità del modello d'intervento sperimentato dal progetto.¹¹

Volendo quindi valutare il valore economico dell'intervento fin qui descritto è necessario

11 La configurazione di costo che si presenta è denominata "costo speciale di produzione". In altri termini sono considerate, ai fini della valorizzazione, solo ed esclusivamente i costi delle risorse specificamente impiegate nello sviluppo del processo. Tale configurazione di costo base, che può eventualmente essere integrata verso configurazioni di costo pieno (che permettono il confronto con il sistema delle tariffe di rimborso), è impiegata al fine di supportare eventuali operazioni di benchmarking tra percorsi gestiti da soggetti differenti (articolazioni organizzative piuttosto che intere aziende). Il costo speciale di produzione, infatti, consente di correlare eventuali scostamenti a effettive differenze nelle modalità di gestione dei processi.

considerare le voci finanziate dal progetto che sono direttamente riferibili al paziente, escludendo tutta la parte organizzativa, di ricerca epidemiologica e di valutazione degli esiti comunemente detti “costi indiretti”.

Le voci interessate allo scopo risultano quindi le spese sostenute dai consulenti reclutati per il progetto e le Borse lavoro.

Tab 8. Setting Terapeutico Integrato. Costi mensili in Euro

TOTALE	€516,00

- nella voce consulenti vengono considerate circa 8 ore mensili per paziente per colloqui individuali e setting di gruppo.

Come si vede, il costo pro-capite degli interventi è relativamente contenuto, e dimostra la fattibilità e necessità di sviluppare la gestione territoriale dei progetti terapeutici, non solo per ridurre i costi legati alla residenzialità, ma anche per garantire al paziente la piena cittadinanza e integrazione nella propria comunità.

Conclusioni

Questo progetto ha permesso alle equipe dei due Dipartimenti di lavorare trasversalmente e in rete evidenziando problemi e trovando (o almeno cercando) soluzioni appropriate ad ognuno dei pazienti segnalati.

Abbiamo rilevato che i pazienti con diagnosi psichiatriche meno gravi hanno aderito con più continuità al lavoro e alle terapie: spesso il rimettersi in gioco è stato per alcuni una nuova possibilità di confronto con il mondo del lavoro e con la cosiddetta “normalità” uscendo quindi da uno stato di emarginazione sociale purtroppo sempre più sommersa.

I risultati di questo progetto ci hanno confermato la necessità e fattibilità di una gestione multidisciplinare e integrata sul territorio anche dei pazienti più difficili offrendo però dei setting terapeutici ad alta intensità assistenziale coerenti e strutturati.

È importante agire subito senza capire la situazione		
--	--	--

Questionario 2
Valutazione pre e post

EFFICACIA INTERPERSONALE

Valuta le affermazioni seguenti con una crocetta sulla casella del Vero o Falso:

OTTENERE CIÒ CHE SI DESIDERA

EFFICACIA NEGLI OBIETTIVI (DEAR MAN)

19.	Saper negoziare è importante per mantenere una buona relazion		

EFFICACIA NELLA RELAZIONE (GIVE)

24.	d L'umorismo e il sorriso contribuiscono ad una buona relazione		

EFFICACIA NEL RISPETTO DI SÈ (FAST)

29.	d È importante agire considerando ciò in cui credi e ciò che vuoi		

Questionario 3
Valutazione pre e post
REGOLAZIONE EMOZIONALE

Valuta le affermazioni seguenti con una crocetta sulla casella del Vero o Falso:

COMPRENDERE LE PROPRIE EMOZIONI

LE PAROLE DELL'AMORE

33.	Attrazione - Simpatia - Gentilezza		

34.	Apprensione - Nervosismo - Disagio		
-----	------------------------------------	--	--

LE PAROLE DELLA RABBIA

39.	Distruttività - Odio - Risentimento		
-----	-------------------------------------	--	--

LE PAROLE DELLA PAURA

44.	Colpevolezza - Umiliazione - Mortificazione		
-----	---	--	--

LE PAROLE DELLA VERGOGNA

49.	Rimorso - Pentimento - Umiliazione		
-----	------------------------------------	--	--

COMPRENDERE LE PROPRIE EMOZIONI

54.	Le emozioni ci aiutano a comprendere gli altri		
-----	--	--	--

RIDURRE LA VULNERABILITÀ EMOTIVA

59.	Coltivare le proprie relazioni è importante		
-----	---	--	--

RIDURRE LA SOFFERENZA EMOTIVA

STRATEGIE COGNITIVE

64.	È utile drammatizzare e amplificare le emozioni emotive		
-----	---	--	--

ATTUARE COMPORTAMENTI OPPOSTI

69.	Serve immaginare di provare simpatia ed empatia per ciò che mi fa arrabbiare		
-----	--	--	--

Questionario 4
Valutazione pre e post
TOLLERANZA SOFFERENZA E ANGOSCIA

Immagina di trovarti in un **momento molto critico** per te e valuta se le affermazioni seguenti sono corrette per te con una crocetta sul Vero o Falso:

TOLLERANZA DELLA SOFFERENZA

74.	Tentare di sbarazzarsi di pensieri dolorosi ne crea altri		

STRATEGIE COMPORTAMENTALI

Durante un momento di crisi mi è utile:

82.	Cercare di evitare di fare del male a me o ad altri		