

“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*

E. Giampieri¹, A. Alamia¹, G.L. Galimberti², B. Tinghino², M. Resentini², M. Clerici^{1,3}

¹ DSM, AO San Gerardo, Monza; ² Dipartimento Dipendenze, ASL Monza e Brianza; ³ Dipartimento di Chirurgia e Medicina Interdisciplinare, Università di Milano Bicocca

Summary

Introduction

Patients with dual diagnosis have more social, relational and clinical issues than patients with either psychiatric or drug problems.

Objectives

The aim of the present study was to compare patients that receive either psychiatric care or drug treatment with those that receive both types of treatment, in order to evaluate differences in care needs and costs.

Methods

We recruited 4387 patients from psychiatric care services, 1420 from drug-treatment services and 178 patients treated by both services. Data about psychiatric patients was collected from Psiche (psychiatric database of Lombardy), while data about drug-abusers from Sesit (drug-treatment services database). We then matched the two databases to obtain a list of patients followed by both services, which were then considered as patients with dual diagnosis. SPSS version 18 was used for statistical analysis.

Results

Patients with dual diagnosis, compared to only psychiatric patients, received their first psychiatric treatment when younger

(36.36 ± 10.90 vs. 39.66 ± 14.45 years), while they initiated treatment for drug problems at the same age of drug abusers (32.84 ± 9.48 vs. 32.91 ± 8.51 years).

Patients with a personality disorder, among only psychiatric patients, had the earliest age of onset (33.98 ± 10.95 years), while among patients with dual diagnosis schizophrenic patients had the earliest age of onset (30.92 ± 9.47 year).

Globally, psychiatric treatment of patients with dual diagnosis lasted 1.5 years less than treatment of psychiatric patients, while drug-treatment of patients with dual diagnosis lasted one year more than drug-abusers.

Patients with dual diagnosis also needed a significant higher number of different healthcare professionals per year (2.39 ± 1.58 vs. 2.02 ± 1.35) and more different types of intervention (2.53 ± 1.90 vs. 2.18 ± 1.63) compared to only psychiatric patients.

Conclusions

Patients with dual diagnosis need a greater amount of care and more complex interventions compared to patients with either psychiatric disorder or drug-abuse alone.

Key words

Dual diagnosis • Health care • Substance abuse • Psychiatric disorder

Introduzione

Le problematiche di comorbidità per uso di sostanze, altrimenti indicate come diagnosi duale o doppia diagnosi, sono state definite dall’Organizzazione Mondiale della Sanità¹ come la coesistenza, nel medesimo individuo, di disturbi mentali e disturbi dovuti al consumo di sostanze psicoattive.

L’Epidemiological Catchment Area Survey², il National Comorbidity Survey³ e il National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey⁴ – studi condotti in USA sulla popolazione generale utilizzando sistemi diagnostici stan-

dardizzati – hanno permesso di ottenere le prime informazioni di rilevanza internazionale sull’epidemiologia della doppia diagnosi mettendo in evidenza un’alta associazione tra i due tipi di disturbo. Tra i soggetti affetti da malattia mentale è risultata una prevalenza lifetime di disturbi da abuso di alcool o droghe del 29% (OR = 2,7). Viceversa, il 45% di tossicodipendenti o soggetti affetti da disturbo da uso di alcool sviluppa un disturbo mentale (OR = 2,9). La percentuale più elevata si riscontra tra gli utilizzatori di droghe, i quali hanno una probabilità del 53% di avere un disturbo mentale (OR = 4,5), mentre chi abusa di alcool risulta avere una probabilità

Correspondence

Emanuela Giampieri, AO S. Gerardo, via Pergolesi 33, Monza, 20052 (MB), Italia • E-mail: e.giampieri@hsgerardo.org

del 37% (OR = 2,3). I primi dati relativi alla situazione italiana risalgono a una serie di studi⁵⁻⁷ in SerD e CT di tre città campione (Milano, Roma e Cagliari) dai quali emergeva che il rischio di sviluppare un disturbo mentale o di abuso di sostanze si potenziano 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. Un gran numero di pubblicazioni successive, a livello internazionale, ha permesso di approfondire le conoscenze, ancora oggi parziali, su questa peculiare comorbidità, indicando come la sostanza d'abuso che più di frequente si associa a patologia psichiatrica sia l'alcool, seguita da cannabis e cocaina. Per quanto riguarda, invece, la frequenza di patologie psichiatriche nei pazienti con problematiche di tossicodipendenza, i dati sono meno omogenei. A questo proposito, una recente revisione⁸ afferma che i disturbi reperiti più frequentemente nei pazienti in doppia diagnosi sono quelli psicotici (negli uomini) e dell'umore (nelle donne), senza trascurare però i disturbi di personalità in particolare l'antisociale⁹⁻¹¹ – e i disturbi d'ansia¹²⁻¹⁵, sempre nell'associazione con l'abuso di sostanze.

Alcuni studi hanno indagato le caratteristiche sociodemografiche dei pazienti con doppia diagnosi, concordando nel definire il paziente multiproblematico come un soggetto di sesso maschile, giovane, disoccupato e di basso livello culturale¹⁶⁻¹⁷. Tra i fattori di rischio più rilevanti, la classe sociale di appartenenza della famiglia di origine, la familiarità per abuso di sostanze e l'anamnesi positiva per atti criminosi⁸.

Diversi studi, infine, hanno indicato come l'uso di sostanze abbia un'influenza negativa sulla malattia mentale¹⁸. I pazienti con doppia diagnosi hanno infatti un decorso più "torbido", dal punto di vista clinico, e una prognosi peggiore con maggiore probabilità di complicazioni quali: ripetuti ricoveri ospedalieri¹⁹⁻²¹, minore adesione ai trattamenti²²⁻²³, peggiore risposta ai neurolettici²⁴, maggior compromissione cognitiva²⁵, maggior prevalenza di sintomi positivi²⁶⁻²⁷, disturbi dell'umore²⁸, comportamenti violenti²⁹⁻³², alterazioni del comportamento³³, suicidio e gravità dei sintomi depressivi³⁴⁻³⁵. Inoltre, i pazienti con doppia diagnosi tendono a essere una popolazione più giovane, che esordisce a un'età inferiore³⁶⁻³⁷ e a presentare importanti problematiche di ordine psicosociale³⁸⁻⁴⁰.

Il termine doppia diagnosi o comorbidità comprende una grande varietà di condizioni in cui disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze possono essere associati e influenzarsi in vario modo²¹⁻⁴¹⁻⁴³. Questi soggetti, come appena esposto, soffrono di problematiche sociali e relazionali che vanno oltre quelle dei pazienti psichiatrici o dei tossicodipendenti, definendo quindi una situazione

di particolare complessità non solo sul piano strettamente clinico, ma anche su quello sociale, lavorativo, familiare e di relazione²⁰⁻⁴⁴⁻⁴⁵. Per questo, talvolta, vengono definiti "pazienti multiproblematici"⁴⁶⁻⁴⁷. La difficoltà che i servizi hanno nell'inquadrare e nell'intervenire su questi soggetti è sottolineata dalla grande varietà di modalità di approccio e di organizzazione dei Servizi nei vari paesi del mondo. Servizi per le dipendenze e servizi psichiatrici interagiscono tra loro in vari modi, offrendo a volte interventi specialistici integrati⁴⁸ e, più spesso, come in Italia, modalità di intervento parallele ma distinte l'una dall'altra, sia dal punto di vista formale che pratico. Tali modalità di approccio si iscrivono in maniera altrettanto variegata nei diversi sistemi sanitari (pubblici o privati) e di assistenza sociale⁵⁻⁴⁹.

In ambito diagnostico è frequente incontrare difficoltà nel diagnosticare la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi. Tra questi possiamo individuare 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 lungo⁵⁰⁻⁵³. In molti casi si può solo prendere atto che due diagnosi coesistono in un definito soggetto a un definito punto della sua storia.

Scopo dello studio è quello di confrontare la popolazione di pazienti afferenti esclusivamente a un DSM, pazienti afferenti soltanto a SerD e pazienti afferenti a entrambi i servizi nell'ambito di un vasto territorio assimilabile in parte a un'area metropolitana situata nella provincia di Monza e Brianza con un'area geografica di riferimento attuale di circa 320.000 abitanti, al fine di evidenziare indicatori di tipo sociodemografico, clinico e di carico assistenziale utili per una maggior conoscenza del fenomeno, anche in termini di costi economici, nonché alcune riflessioni dal punto di vista dell'organizzazione dei Servizi che si occupano di questi pazienti.

Materiali e metodi

L'indagine è stata eseguita sui pazienti in carico al Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza e al Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Monza e Brianza (SerD e Nucleo Operativo Alcoolismo, NOA) presso le sedi di Monza e Carate Brianza, omologhe per territorio di competenza al DSM di Monza, nel corso del 2010. Il bacino di utenza corrisponde all'intera popolazione di 315.818 abitanti. Per l'anno 2010 ci si è avvalsi anche dei dati forniti dall'U.O.

Carcere del Servizio Dipendenze e dal Servizio Sociale del Comune di Monza.

I dati inerenti al DSM di Monza sono stati ricavati dal sistema di rilevazione Psiche (sistema informatico psichiatrico della Regione Lombardia); quelli inerenti il SerD sono stati ricavati dal programma Sesit. Sono stati incrociati i dati dei due sistemi ricavando la popolazione seguita da entrambi i servizi. Sono stati studiati 4387 pazienti del DSM di Monza, 1420 del SerD e 178 seguiti da entrambi i servizi. Le diagnosi psichiatriche sono state raggruppate in 6 categorie, corrispondenti ad altrettante macrocategorie come definite dal DSM-IV-TR: schizofrenia e altri disturbi psicotici (F.20-F.29), disturbi dell’umore (F.30-F.39), disturbi d’ansia (F.40-F.49), disturbi di personalità (F.60.0-F.60.9), disturbi correlati a sostanze (F.10-F.19) e la categoria altro, in cui sono stati raccolti tutti gli altri disturbi psichiatrici. La categoria disturbi correlati a sostanze (F.10-F.19) si riferisce alle diagnosi di abuso poste presso il DSM e il SerD. Le sostanze sono state così suddivise: alcool etilico, cannabinoidi, cocaina, oppioidi, altro (allucinogeni, farmaci e altre sostanze non comprese nell’elenco).

Per l’analisi statistica è stato utilizzato il chi-quadrato per il confronto delle variabili nominali e ordinali, il t di Student per campioni indipendenti e l’analisi della varianza a una via e a due vie per l’analisi delle variabili continue. È stato utilizzato il programma SPSS versione 18.

I dati da noi estrapolati sono riferiti a pazienti che presentano una doppia domanda piuttosto che una vera e propria doppia diagnosi. Per riferirci a tale categoria di soggetti sono stati impiegati i termini soggetti con doppia domanda, pazienti multiproblematici o casi complessi, da considerarsi sinonimi in questo studio.

Risultati

Dalle analisi effettuate risulta, in primo luogo, come i pazienti multiproblematici si rivolgano ai servizi psichiatrici più precocemente rispetto ai pazienti che si rivolgono solo a tali servizi (età media di 36,36 anni, ds 10,90, contro 39,66 anni, ds 14,45; Anova $F = 6,958$; $df = 1/3750$; $p = 0,008$). Al SerD (SerD e NOA) i pazienti multiproblematici entrano in contatto con i servizi alla stessa età di tossicodipendenti e alcolisti in carico ai soli SerD, cioè rispettivamente a 32,84 anni (ds 9,48) e 32,91 anni (ds 8,51) (Anova $F = 0,004$; $df = 1/700$; $p > 0,5$). Altro dato di interesse clinico è che i pazienti multiproblematici si rivolgono prima ai servizi per dipendenze che a quelli psichiatrici (32,84 anni vs. 36,36 anni). Pertanto i casi multiproblematici giungono all’attenzione clinica prima per il disturbo da sostanze e, successivamente, per le problematiche cliniche di ordine psichiatrico (Fig. 1, Tab. I). Nella popolazione in cura presso il solo DSM, i pazienti con disturbo di personalità risultano essere i soggetti con esordio di malattia più precoce (33,98 anni, ds 10,95), mentre



FIGURA 1. Età media di primo contatto con il servizio. *Mean age of first treatment.*

TABELLA I.

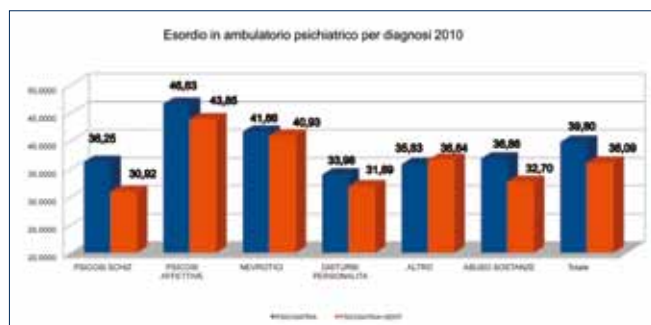
Età media di primo contatto con il servizio. *Mean age of first treatment.*

	CPS anni m (±ds)	SerD anni m (±ds)
Psichiatria	39,66 (14,45147)	
Psichiatria + SERT	36,36 (10,90204)	32,84 (9,48038)
SERT		32,91 (8,50560)

tra i pazienti multiproblematici i più giovani a esordire sono gli schizofrenici (30,92 anni, ds 9,47). In entrambi i gruppi, i disturbi dell’umore sono quelli che esordiscono più tardivamente (46,63 anni, ds 14,05 e 43,85 anni, ds 9,79, rispettivamente), seguiti dai disturbi d’ansia (con esordio a 41,66, ds 13,32 e 40,93 anni, ds 9,31), le altre diagnosi (35,83 anni, ds 15,79 e 36,64 anni, ds 10,83) e gli abusi di sostanze (36,86 anni, ds 10,94 e 32,70 anni, ds 10,15). Quindi, eccezion fatta per le oligofrenie e le diagnosi codificate come altro, tutte le classi di patologie psichiatriche tendono a esordire da 1 a 5 anni più precocemente nei pazienti multiproblematici rispetto ai pazienti seguiti solo dal DSM. La differenza maggiore viene rilevata nelle psicosi, che esordiscono con 5 anni di anticipo nei pazienti seguiti anche dal SerD. Le differenze tra patologie e tra i due gruppi risultano statisticamente significative (Fig. 2 e Tab. II – analisi della varianza a due vie: per gruppo di appartenenza $F = 6,958$; $df = 1/9,386$; $p = 0,026$; per diagnosi psichiatrica $F = 30,279$; $df = 5/5$; $p = 0,001$). Complessivamente, i pazienti multiproblematici rimangono in carico al servizio psichiatrico quasi un anno e mezzo meno rispetto ai pazienti psichiatrici (6,60 anni, ds 7,47, contro 7,96 anni, ds 9,03). Tuttavia non sono emerse differenze statisticamente significative. I soggetti che rimangono in carico per meno tempo sono i

TABELLA II.Età di primo contatto con il DSM per diagnosi. *Age of first psychiatric treatment by psychopathology.*

	Psichiatria anni m (\pm ds)	Psichiatria + SerD anni m (\pm ds)
Schizofrenia e altri disturbi psicotici (F.20-F29)	36,25 (14,03097)	30,92 (9,47205)
Disturbi dell'umore (F.30-F.39)	46,63 (14,05448)	43,85 (9,78869)
Disturbi d'ansia (F.40-F.49)	41,66 (13,31986)	40,93 (9,30643)
Disturbi di personalità (F.60.0-F.60.9)	33,98 (10,95481)	31,89 (10,39169)
Altro	35,83 (15,79236)	36,64 (10,82841)
Disturbi correlati a sostanze (F.10-F.19)	36,86 (10,93732)	32,70 (10,14636)
Totale	39,80 (14,46400)	36,09 (10,94621)

**FIGURA 2.**Età di primo contatto con il DSM per diagnosi. *Age of first psychiatric treatment by psychopathology.***FIGURA 3.**Anni in carico presso il DSM per diagnosi. *Duration of psychiatric treatment by psychopathology (years).*

nevrotici in entrambi i gruppi (3,74, ds 5,93, contro 4,81 anni, ds 7,30). I soggetti che invece richiedono cure più a lungo sono gli psicotici, pesando sui servizi psichiatrici per più di 13,64 anni (ds 10,34) quando in carico al solo DSM, e per 9,25 anni (ds 7,16) quando multiproblematici. Tra i multiproblematici, oltre ai nevrotici, anche i disturbi di personalità hanno un decorso più lungo rispetto ai pazienti psichiatrici puri (8,58 anni, ds 8,42, contro 7,48

anni, ds 7,41). Le restanti patologie psichiatriche invece tendono a gravare più a lungo sui servizi psichiatrici quando il paziente è in carico solo a questi ultimi. Per quanto riguarda la durata della presa in carico, quindi, i soggetti multiproblematici pesano sui servizi psichiatrici quanto i pazienti psichiatrici puri ma, a differenza di questi, per come definiti in questo studio, consumano contemporaneamente altre risorse presso i servizi per tossicodipendenti (Fig. 3, Tab. III).

Per quanto riguarda i SerD (Tab. IV), i pazienti multiproblematici che abusano di oppioidi esordiscono un anno e mezzo prima nell'abuso rispetto a coloro che abusano di oppioidi ma sono in carico solo al SerD (32,09, ds 8,99, contro 33,72 anni, ds 8,44). Nei soggetti multiproblematici che abusano di cocaina o di cannabinoidi, al contrario, l'abuso esordisce circa due anni dopo rispetto a coloro che abusano di tali sostanze ma non sono in carico al DSM (33,64 anni, ds 10,52, contro 31,6 anni, ds 8,03 e 34,67 anni, ds 4,51, contro 32,41, ds 8,11). Queste differenze, tuttavia, non risultano statisticamente significative.

I pazienti multiproblematici risultano stare in carico un anno in più rispetto ai soggetti in carico solo ai SerD (5,54 anni, ds 5,34, contro 4,29 anni, ds 4,33). La differenza più marcata si registra tra i consumatori di oppioidi che, quando sono multiproblematici, restano in carico mediamente per 6,97 anni (ds 6,23), contro i 5,35 anni (ds 4,82) dei tossicodipendenti in carico solo al SerD. Anche i soggetti in trattamento per dipendenza da cocaina (4,04, ds 3,59, contro 3,23 anni, ds 3,40) e di cannabinoidi (2,75 anni, ds 2,87, contro 1,81 anni, ds 1,13) risultano rimanere in carico più a lungo quando ricevono trattamenti sia al SerD che al DSM. Statisticamente, i soggetti multiproblematici pesano sui servizi per tossicodipendenti quanto gli utenti non psichiatrici ma, a differenza di questi per come definiti in questo studio, consumano contemporaneamente altre risorse presso i servizi per pazienti psichiatrici (Tab. V analisi della varianza a due vie: per gruppo di appartenenza $F = 3,078$; $df = 1/35,316$; $p = 0,088$; per sostanza di abuso $F = 12,229$; $df = 4/23,231$; $p < 0,001$).

TABELLA III.

Anni in carico presso il DSM per diagnosi. *Duration of psychiatric treatment by psychopathology (years).*

	Psichiatria anni m (±ds)	Psichiatria + SeRD anni m (±ds)
Schizofrenia e altri disturbi psicotici (F.20-F29)	13,64 (10,34309)	9,25 (7,16208)
Disturbi dell’umore (F.30-F.39)	6,84 (7,77622)	4,95 (5,36534)
Disturbi d’ansia (F.40-F.49)	3,74 (5,93486)	4,81 (7,29614)
Disturbi di personalità (F.60.0-F.60.9)	7,48 (7,40972)	8,58 (8,41894)
Altro	9,22 (9,56035)	5,45 (7,10442)
Disturbi correlati a sostanze (F.10-F.19)	4,84 (8,54241)	6,17 (7,62563)
Totale	7,96 (9,03249)	6,60 (7,47132)

TABELLA IV.

Età di esordio presso il SerD per sostanza di abuso. *Age of first dependence treatment by substance of abuse.*

	SeRD anni m (±ds)	Psichiatria + SeRD anni m (±ds)
Cannabinoidi	32,41 (8,11155)	34,67 (4,50925)
Opioidi	33,72 (8,43993)	32,09 (8,99432)
Cocaina	31,63 (8,03259)	33,64 (10,52229)
Totale	32,87 (8,44280)	32,81 (9,36297)

Il numero medio pro-capite di prestazioni eseguite presso i servizi psichiatrici è risultato uguale per pazienti solo psichiatrici e multiproblematici. Tuttavia sono risultate significative le differenze di intervento eseguite da operatori specifici. I pazienti seguiti solo presso il DSM risultano richiedere più visite di tipo psicologico (4,87, ds 6,65, contro 3,20, ds 5,52) e interventi di tipo infermieristico (13,77, ds 32,05, contro 9,23, ds 13,86) rispetto ai casi multiproblematici. Questi ultimi invece richiedono un numero significativamente superiore di interventi da parte di medici (6,42, ds 7,12, contro 4,95, ds 4,88-) e assistenti sociali (9,40, ds 13,03, contro 5,85, ds 7,71). Non vi sono differenze nel numero di interventi richiesti da

TABELLA V.

Anni in carico al SerD per sostanza di abuso. *Duration of dependence treatment by primary substance of abuse.*

	SeRD anni m (±ds)	Psichiatria + SeRD anni m (±ds)
Cannabinoidi	1,81 (1,12511)	2,75 (2,87228)
Opioidi	5,35 (4,81785)	6,97 (6,22661)
Cocaina	3,23 (3,39759)	4,04 (3,58932)
Totale	4,29 (4,32537)	5,54 (5,34089)

parte di educatori o altri operatori. A ribadire la complessità della tipologia di utenza, è risultato significativamente superiore, dal punto di vista statistico, il numero di tipi di operatore (nOP) che partecipano alla cura dei pazienti multiproblematici, i quali richiedono 2,39 (ds 1,58) tipi di operatori l’uno contro i 2,02 (ds 1,35) tipi richiesti dai pazienti psichiatrici non seguiti contemporaneamente dal SerD. Considerando che il numero di tipi di operatore coinvolti per ogni paziente varia da un minimo di 1 a un massimo di 6 (corrispondenti ai sei tipi di operatore definiti in questo studio) la differenza appare indicativa della maggiore complessità del trattamento di questi casi (Fig. 4, Tab. VI).

Come per i tipi di operatore, i casi complessi richiedono una maggiore varietà di tipi di intervento (Nint), in media 2,53 (ds 1,90) tipi per soggetto contro i 2,18 (ds 1,63) tipi dei casi psichiatrici. I 16 tipi di intervento offerti dai servizi sono stati ulteriormente raggruppati in tre tipi: visite, riunioni e supporto. Distinguendo gli interventi in tal modo emerge che i pazienti psichiatrici richiedono un maggior numero di visite (prime visite, visite ambulatoriali, colloqui, ecc.), con 8,74 (ds 19,25) visite pro-capite

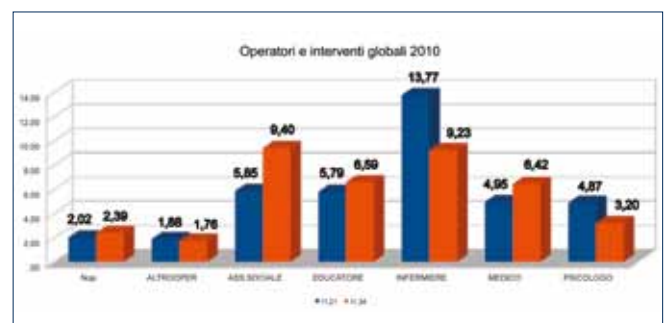


FIGURA 4.

Numero di interventi annui pro-capite per operatore presso il DSM. *Annual psychiatric interventions per capita by professional.*

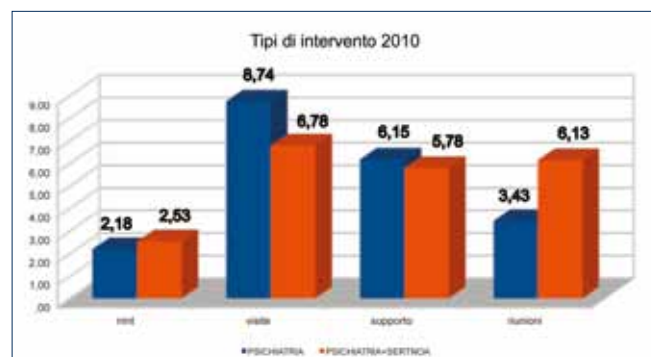
TABELLA VI.Numero di interventi/anno pro-capite presso il DSM per operatore. *Annual psychiatric interventions per capita by professional.*

	Psichiatria – n. interventi/ anno per paziente m (±ds)	Psichiatria + SeRD – n. interventi/ anno per paziente m (±ds)	T di Student	df	p
N. interventi	11,21 (22,659)	11,34 (16,992)	-0,08	4488	0,94
Tipi di operatore (nOP)	2,02 (1,347)	2,39 (1,583)	-3,07	183,25	<0,01
Altro operatore	1,88 (1,746)	1,76 (1,052)	0,35	488	0,73
Ass. sociale	5,85 (7,709)	9,40 (13,032)	-1,96	54,59	0,06
Educatore	5,79 (7,335)	6,59 (8,438)	-0,65	583	0,52
Infermiere	13,77 (32,049)	9,23 (13,862)	2,59	128,92	0,01
Medico	4,95 (4,880)	6,42 (7,117)	-2,54	158,46	0,01
Psicologo	4,87 (6,646)	3,20 (5,520)	2,39	70,57	0,02

annue contro 6,78 (9,77) che vengono dedicate ai casi multiproblematici. A questi ultimi sono dedicate un maggior numero di riunioni: 6,13 (ds 8,23) per caso all'anno contro le 3,43 (ds 4,51) che vengono dedicate ai pazienti in carico solo al DSM. Il confronto tra i due gruppi è statisticamente significativo. Non vi è differenza negli interventi di supporto, che ammontano a circa 6 all'anno sia per i pazienti psichiatrici che per i multiproblematici. Tali risultati indicano che i pazienti multiproblematici, oltre a richiedere un maggior numero di prestazioni, comportano trattamenti più variegati rispetto ai pazienti che soffrono esclusivamente di una patologia psichica. Di conseguenza, il maggior carico di lavoro necessario per la cura dei pazienti multiproblematici prevede, oltre la singola prestazione, anche l'integrazione tra gli operatori coinvolti (Fig. 5, Tab. VII).

Non si riscontrano differenze statisticamente significative nel consumo di risorse in SPDC tra i due gruppi (Tab. VIII). Tuttavia, sembra degna di attenzione la media di giornate di degenza in regime di TSO (gdtso) da parte dei soggetti multiproblematici, che è risultata di 37,50 (ds 61,54) giorni in media, contro 17,68 (ds 14,47) dei pazienti psichiatrici trattati solo presso il DSM. Anche le

giornate di degenza totali (31,74, ds 42,42, contro 22,53, ds 32,47) e, in misura più modesta, quelle in trattamento sanitario volontario (26,88, ds 28,62, contro 22,41, ds 34,49) risultano numericamente superiori per i casi complessi. Il numero annuo di ricoveri risulta invece molto simile: 1,57 ricoveri/ anno (ds 1,12) per i pazien-

**FIGURA 5.**

Numero di interventi annui pro-capite per tipo di intervento presso il DSM. *Annual psychiatric interventions per capita by type.*

TABELLA VII.Numero di interventi/anno pro-capite presso il DSM per tipo. *Annual psychiatric interventions per capita by type.*

	Psichiatria – n. interventi/ anno per paziente m (±ds)	Psichiatria + SeRD – n. interventi/ anno per paziente m (±ds)	T di Student	df	p
Tipi di intervento	2,18 (1,626)	2,53 (1,899)	-2,40	181,89	0,02
Visite	8,74 (19,24755)	6,78 (9,76938)	2,42	230,07	0,02
Supporto	6,15 (9,87552)	5,78 (6,02314)	0,29	1243	0,77
Riunioni	3,43 (4,50541)	6,13 (8,22600)	-2,86	78,79	0,01

TABELLA VIII.

Numero di ricoveri e giornate di degenza annui pro-capite in SPDC. *Number of hospitalizations and days spent in acute wards.*

		Psichiatria – n. interventi/ anno per paziente m (±ds)	Psichiatria + SeRD – n. interventi/ anno per paziente m (±ds)	T di Student	df	p
Ricoveri	Totali	1,46 (1,183)	1,57 (1,121)	-0,41	323	0,68
	Volontari	1,46 (1,229)	1,69 (1,014)	-0,71	264	0,48
	TSO	1,1 (,306)	1,13 (,354)	-0,19	74	0,85
Giornate di degenza	Totali	22,53 (32,466)	31,74 (42,423)	-1,28	323	0,20
	Volontarie	22,41 (34,493)	26,88 (28,621)	-0,51	264	0,61
	TSO	17,68 (14,471)	37,5 (61,540)	-0,91	7,09	0,39

ti multiproblematici contro 1,46 ricoveri/anno (ds 1,18) per quelli solo psichiatrici; 1,69 (ds 1,01) contro 1,46 (ds 1,23) ricoveri volontari e 1,13 (ds 0,35) contro 1,10 (ds 0,31) ricoveri in TSO per entrambi.

Pur non essendo stata rilevata significativa differenza statistica, tali dati suggeriscono che, a fronte di un numero di ricoveri annuo simile, i pazienti con doppia domanda tendono a permanere in reparto più a lungo, in particolare se in regime di TSO, rispetto ai pazienti che soffrono di patologie psichiatriche non complicate dall’abuso.

Tra i pazienti in carico solo al DSM il 22,4% è risultato affetto da schizofrenia e altri disturbi psicotici, il 21,4% da disturbi dell’umore, il 29,6% da disturbi d’ansia, l’11,4% da disturbo di personalità, il 13% da altre diagnosi (oligofrenia, ecc.) e il 2,2% da abuso di sostanze. Ai pazienti multiproblematici sono stati diagnosticati per il 29,0% disturbi di personalità, per il 21,9% disturbi d’ansia (F.40F.49), per il 16,1% un disturbo affettivo e solo per il 7,7% una psicosi schizofrenica. Le differenze nei diversi gruppi sono risultate statisticamente significative (Tab. IX – Chiquadrato di Pearson = 175,590; df = 5; p < 0,001).

Le sostanze più abusate dai pazienti afferenti solo al SerD sono risultate essere gli oppioidi (39,8%), seguiti dalla cocaina (27,3%) e dall’alcool (22,1%). La sostanza più abusata dai pazienti multiproblematici è invece risultata essere l’alcool (43,1%), seguito dagli oppioidi (29,9%) e dalla cocaina (21,6%). Le differenze tra il profilo di abuso dei tossicodipendenti puri e quello dei multiproblematici sono risultate statisticamente significative (Chi-quadrato di Pearson = 44,297; df = 4; p < 0,001), indicando la possibile influenza della patologia psichiatrica sulla scelta della sostanza d’abuso. Questo risulta coerente con i dati di letteratura, che indicano essere l’alcool la sostanza che più di frequente viene abusata dai pazienti con doppia diagnosi (Tab. X).

Conclusioni

La doppia domanda rende più precoce la richiesta di aiuto presso i servizi psichiatrici e sembra allungare i tempi di cura presso quelli per tossicodipendenti. Il paziente multiproblematico, rivolgendosi a entrambi i servizi, consuma tante risorse quante un paziente psichiatrico

TABELLA IX.

Composizione per diagnosi nei due gruppi. *Prevalence of psychiatric disorders in the two groups.*

	Psichiatria – n. soggetti/percentuale		Psichiatria + SeRD – n. soggetti/percentuale		Totale – n. soggetti/percentuale	
Schizofrenia e altri disturbi psicotici (F.20-F29)	844	22,40%	12	7,70%	856	21,80%
Disturbi dell’umore (F.30-F.39)	805	21,40%	25	16,10%	830	21,20%
Disturbi d’ansia (F.40-F.49)	1115	29,60%	34	21,90%	1149	29,30%
Disturbi di personalità (F.60.0-F.60.9)	429	11,40%	45	29,00%	474	12,10%
Altro	491	13,00%	13	8,40%	504	12,90%
Disturbi correlati a sostanze (F.10-F.19)	82	2,20%	26	16,80%	108	2,80%
Totale	3766	100,00%	155	100,00%	3921	100,00%

TABELLA X.Tipologia prevalente per sostanza d'abuso nei due gruppi. *Prevalence of substance abuse in the two groups.*

	Psichiatria + SeRD – n. soggetti/percentuale		SeRD – n. soggetti/percentuale		Totale – n. soggetti/percentuale	
Alcool	72	43,10%	307	22,10%	379	24,40%
Cannabinoidi	6	3,60%	143	10,30%	149	9,60%
Oppiodi	50	29,90%	552	39,80%	602	38,70%
Cocaina	36	21,60%	379	27,30%	415	26,70%
Altro	3	1,80%	6	0,40%	9	0,60%
Totale	167	100,00%	1387	100,00%	1554	100,00%

presso i servizi psichiatrici e quanto quelle consumate da un tossicodipendente presso i SerD e i NOA. Esso grava quindi sui servizi almeno quanto due pazienti: un tossicodipendente e un paziente psichiatrico. Inoltre, i dati relativi agli interventi prestatati presso i servizi psichiatrici mostrano che, a parità di consumo, il soggetto con doppia domanda necessita di un intervento qualitativamente più complesso rispetto a un paziente psichiatrico che non presenta problemi di abuso di sostanze, comportando il costo aggiuntivo legato all'attività di integrazione dei due servizi.

Bibliografia

- Babor T, Campbel R, Room R, et al. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization 1994.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study*. JAMA 1990;264:2511-8.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. *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.
- Grant FB. *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 1996;8:195-210.
- Clerici M, Carta I, Cazzullo CL. *Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1989;24:219-26.
- Pani PP, Carta M, Rudas N. *Psychopathological heterogeneity in opium drug addicts*. Minerva Psichiatr 1991;32:145-50.
- Tempesta E, Pozzi G, Tacchini G, et al. *Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews*. Minerva Psichiatr 1995;36:139-54.
- Miquel L, Roncero C, López-Ortiz C, et al. *Epidemiological and diagnostic axis I gender differences in dual diagnosis patients*. Adicciones 2011;23:165-72.
- Helzer JE, Przybeck TR. *The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment*. J Stud Alcohol 1991;49:219-44.
- Zilberman ML, Tavares H, el-Guebaly N. *Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders*. BMC Psychiatry 2003;3:1.
- Fenton MC, Keyes K, Geier T, et al. *Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States*. Addiction 2012;107:599-609.
- Tomasson K, Vaglum P. *A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics – a study of psychiatric comorbidity*. Acta Psychiatr Scand 1995;92:378-85.
- Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, et al. *Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology*. Addict Behav 1998;23:893-907.
- Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, et al. *Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Psychol Med 2010;40:977-88.
- Wu P, Goodwin RD, Fuller C, et al. *The relationship between anxiety disorders and substance use among adolescents in the community: specificity and gender differences*. J Youth Adolesc 2010;39:177-88.
- Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, et al. *The sociodemographic patterning of drinking and binge drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland, 1994-2002*. BMC Public Health 2007;7:241.
- Vasquez EP, Gonzalez-Guarda RM, De Santis JP. *Acculturation, depression, self-esteem, and substance abuse among Hispanic men*. Issues Ment Health Nurs 2011;32:90-7.
- Benaiges I, Prat G, Adan A. *Neuropsychological aspects of dual diagnosis*. Curr Drug Abuse Rev 2010;3:175-88.
- Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, et al. *Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders*. Am J Psychiatry 1995;152:856-61.
- Adams MW. *Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions*. J Psychiatr Ment Health Nurs 2008;15:101-8.

- ²¹ *Mental Health Policy Implementation Guide: Dual Diagnosis Good Practice Guide*. London: Department of Health 2002.
- ²² Baker KD, Lubman DI, Cosgrave EM, et al. *Impact of co-occurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment*. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:896-902.
- ²³ Lang K, Meyers JL, Korn JR, et al. *Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics*. *Psychiatr Serv* 2010;61:1239-47.
- ²⁴ Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. *Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders*. *Addict Behav* 2012;37:11-24.
- ²⁵ Manning V, Betteridge S, Wanigaratne S, et al. *Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder*. *Schizophr Res* 2009;114:98-104.
- ²⁶ Lysaker P, Bell M, Beam-Goulet J, et al. *Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia*. *J Nerv Ment Dis* 1993;182:109-12.
- ²⁷ Kerfoot KE, Rosenheck RA, Petrakis IL, et al.; CATIE Investigators. *Substance use and schizophrenia: adverse correlates in the CATIE study sample*. *Schizophr Res* 2011;132:177-82.
- ²⁸ Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. *Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties*. *BMC Psychiatry* 2006;6:44-54.
- ²⁹ Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, et al. *A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia*. *Hosp Community Psychiatry* 1994;44:247-251.
- ³⁰ Soyka M. *Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour*. *Br J Psychiatry* 2000;176:345-50.
- ³¹ McNeil DE, Binder RL. *Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence*. *Am J Psychiatry* 2007;164:1395-403.
- ³² Latt N, Jurd S, Tennant C, et al. *Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns*. *Australas Psychiatry* 2011;19:354-9.
- ³³ Ogloff JR, Lemphers A, Dwyer C. *Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: prevalence and implications for services*. *Behav Sci Law* 2004;22:543-62.
- ³⁴ Afuwape SA. *Where are we with dual diagnosis (substance misuse and mental illness): a review of literature*. London: Rethink 2003.
- ³⁵ Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. *The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia – a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15-years*. *Schizophr Res* 2011;130:228-33.
- ³⁶ Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, et al. *Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study*. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117:133-8.
- ³⁷ Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. *Substance use disorder and schizophrenia: prevalence and sociodemographic characteristics in the Latin American population*. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39:123-30.
- ³⁸ Drake RE, Osher FC, Wallach MA. *Homelessness and Dual Diagnosis*. *Am Psychol* 1991;46:1149-58.
- ³⁹ Crawford V, Crome IB, Clancy C. *Co-existing problems of mental health and substance misuse (Dual Diagnosis): a literature review*. *Drugs Educ Prev Pol* 2003;10:1-74.
- ⁴⁰ Compton MT, Weiss PS, West JC, et al. *The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:939-46.
- ⁴¹ Torrens M, Martin-Santos R, Samet S. *Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders*. *Neurotox Res* 2006;10:253-61.
- ⁴² Moggi F, Hirsbrunner HP, Brodbeck J, et al. *One-year outcome of an integrative inpatient treatment for dual diagnosis patients*. *Addict Behav* 1999;24:589-92.
- ⁴³ Carrà G, Johnson S. *Variations in rates of comorbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:429-47.
- ⁴⁴ McCrone P, Menezes PR, Johnson S, et al. *Service use and costs of people with dual diagnosis in South London*. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:464-72.
- ⁴⁵ Andrade LH, Viana MC, Tófoli LF, et al. *Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:45-53.
- ⁴⁶ Zanon D, Scaramagli S. *Il ruolo del distretto socio sanitario*. *Salute e territorio* 2002;132:188-192.
- ⁴⁷ Verde L, Moccia E, Riccio M, et al. *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* 2010;31:19-24.
- ⁴⁸ Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. *A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders*. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:360-74.
- ⁴⁹ Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. *Dual diagnosis: a review of etiological theories*. *Addict Behav* 1998;23:717-34.
- ⁵⁰ Solomon J, Snaider H. *Droga, farmaci e cervello*. I ed. Bologna: Zanichelli 1996.
- ⁵¹ Morojele NK, Saban A, Seedat S. *Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders*. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:181-6.
- ⁵² Carrà G, Clerici M. *The Italian Association on Addiction Psychiatry (SIPDip), formerly The Italian Association on Abuse and Addictive Behaviours*. *Addiction* 2003;98:1039-42.
- ⁵³ Carrà G, Clerici M. *Dual Diagnosis – Policy and practice in Italy*. *Am J Addictions* 2006;15:1-6.