

# La comorbilità per disturbi mentali e uso di sostanze: evidenze dalla realtà italiana (PADDI - Psychiatric and Addictive Dual Diagnosis in Italy – Study)

Massimo Clerici  
*UNIVERSITA' DI MILANO BICOCCA – SIP.dip*

**PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI  
DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA  
CONSULTAZIONI PERMANENTI 5° CONFERENZA NAZIONALE SULLE  
POLITICHE ANTIDROGA “La prevenzione delle patologie correlate alla  
tossicodipendenza e delle situazioni devianti: quali evidenze di  
utilità ed efficacia? - Roma, 15.09.2009**

...AREE DI CONFINE, "DOPPIA DIAGNOSI",  
DROGHE, COMORBILITA', PAZIENTI COMPLESSI...  
*questioni aperte*



# Il problema

- La **comorbidità** per disturbi correlati all'uso di alcool e sostanze è un problema sempre più rilevante nei soggetti affetti da SMI (“Doppia Diagnosi”, DD): ciò sia per l'**aumento della prevalenza** che per l'**associazione con esiti clinici<sup>1</sup> e psicosociali<sup>2</sup> peggiori**
- L'uso di sostanze è risultato implicato in problematiche quali:
  - **esacerbazione di sintomi positivi<sup>3</sup>**
  - **aumento di aggressività e violenza<sup>4</sup>**
  - **non aderenza al trattamento<sup>3</sup>** } nelle persone affette da SMI
- L'intervallo di tempo tra un ricovero ed il successivo è risultato significativamente ridotto quando confrontato con soggetti che non abusano di sostanze<sup>2</sup>

1 Margolese et al, 2006

2 Hunt et al, 2002

3 Margolese et al, 2004

4 Angermeyer, 2000

# Prevalenza

## EPIDEMIOLOGIC CATCHMENT AREA STUDY

17% della popolazione generale presenta un disturbo da uso di sostanze

29% dei soggetti con almeno un disturbo mentale ha un disturbo da uso di sostanze in comorbidità<sup>1</sup>

47% dei soggetti con schizofrenia ha un disturbo da uso di sostanze in comorbidità<sup>2</sup>

## NATIONAL COMORBIDITY SURVEY

circa la metà degli intervistati con un disturbo da uso di sostanze lifetime, soddisfa anche i criteri per uno o più disturbi mentali lifetime<sup>3</sup>

1 Regier et al, 1990

2 Regier et al, 1998

3 Kessler et al, 1996

# Prevalenza

I tassi di comorbidità variano considerevolmente tra setting<sup>1</sup> e aree geografiche<sup>2</sup>

In particolare è stato suggerito che la prevalenza sia inferiore nelle aree rurali rispetto a quelle urbane<sup>3</sup>

1 Mueser et al, 1990

2 Mueser et al, 2001

3 RachBeisel et al, 1999

# Ipotesi eziologiche



- Le conoscenze sulle cause della “doppia diagnosi” sono poche
- Sono stati proposti vari modelli esplicativi negli ultimi due decenni, nel tentativo di superare il *“paradosso dell’uovo e della gallina”*

Meyer, 1986

# Ipotesi eziologiche

- **GENETIC MODEL** due separati rischi genetici nello stesso individuo<sup>1</sup>
- **SECONDARY PSYCHIATRIC DISORDER MODEL** interazioni reciproche tra uso di sostanze e SMI (esordio, decorso, gravità, caratteristiche cliniche)<sup>2</sup>
- **SELF-MEDICATION MODEL** l'uso di sostanze come strategia di coping utilizzata da individui con SMI, con preferenza di una sostanza sulla base di specificità psicofarmacologica<sup>3</sup>
- **CONTESTO SOCIALE** disponibilità di sostanze, fattori demografici e locali culturali<sup>4</sup>

1 Kendler, 1985

2 Mueser et al, 1998

3 Khantzian, 1997

4 Phillips & Johnson, 2001

# Trattamenti

- Il miglioramento della gestione clinica della DD è tra i principali interessi di diversi servizi sanitari nazionali europei<sup>1-4</sup>.
- Esistono molteplici trattamenti, ma la tendenza - sulla scia degli Stati Uniti - è ormai verso programmi di integrazione delle specifiche terapie per disturbi correlati a sostanze e SMI, che richiedono risorse aggiuntive ed una riprogettazione radicale del sistema di distribuzione dei servizi.

1 Dervaux et al, 2001

2 Banerjee et al, 2002

3 Gouzoulis-Mayfrank, 2004

4 Carrà & Clerici, 2006

# Trattamenti

Peraltro in questo campo, le **COMUNITÀ TERAPEUTICHE** hanno offerto - negli ultimi decenni - un'ampia costellazione di opportunità per la presa in carico e la riabilitazione di soggetti affetti dalle più diverse problematiche di abuso e dipendenza e disturbo mentale integrandosi progressivamente tra le due tipologie di servizi (salute mentale e tossicodipendenze)

- sorte negli anni '50 negli Stati Uniti
- con ampio range di programmi terapeutici
  - tradizionali
  - specialistici “doppia diagnosi”
  - modulo “doppia diagnosi” all'interno di programmi tradizionali
- stessi principi di base, adattati alla tipologia di utenza

De Leon, 1995

Sacks et al., 1997

# Trattamenti

## Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review)

Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Siegfried N, Walter G

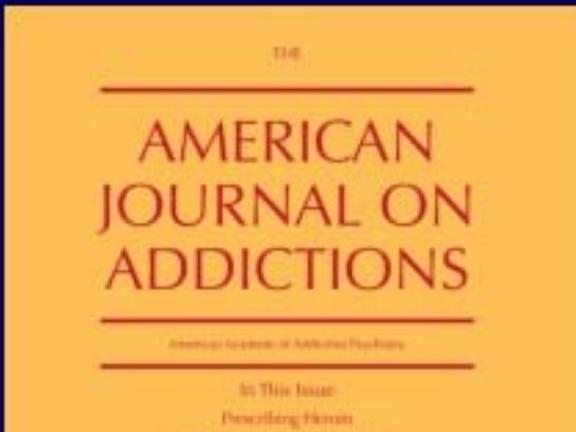
*Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 2008

Non esistono però, in senso lato, evidenze a supporto dell'efficacia di un tipo di intervento psicosociale sugli altri trattamenti nel ridurre l'uso di sostanze o nel migliorare la salute mentale nei soggetti affetti da SMI



# Contesto nazionale

Il problema della doppia diagnosi interessa in modo crescente anche i servizi psichiatrici italiani



*The American Journal on Addictions*, 15: 1–6, 2006  
 Copyright © American Academy of Addiction Psychiatry  
 ISSN: 1055-0496 print / 1521-0391 online  
 DOI: 10.1080/10550490500528340

## INTERNATIONAL PERSPECTIVE

### Dual Diagnosis—Policy and Practice in Italy

Giuseppe Carrà, MD, PhD,<sup>1</sup> Massimo Clerici MD, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Mental Health Sciences, Royal Free and University College Medical School, London, UK

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, San Paolo's Hospital Medical School, University of Milan, Milan, Italy

## The Italian Association on Addiction Psychiatry (SIPDip), formerly The Italian Association on Abuse and Addictive Behaviours

Giuseppe Carrà<sup>1</sup> & Massimo Clerici<sup>2</sup>

Department of Applied Health and Behavioural Sciences, Section of Psychiatry, University of Pavia<sup>1</sup> and Department of Psychiatry, San Paolo's Hospital Medical School, University of Milan, Italy<sup>2</sup>

Correspondence to:  
 Giuseppe Carrà  
 Department of Applied Health and Behavioural Sciences  
 Section of Psychiatry  
 University of Pavia  
 Via Bassi 21  
 27100 Pavia  
 Italy  
 Tel: + 39 0382507249  
 Fax: + 39 0382526723  
 Email: giuseppe.carra@unipv.it

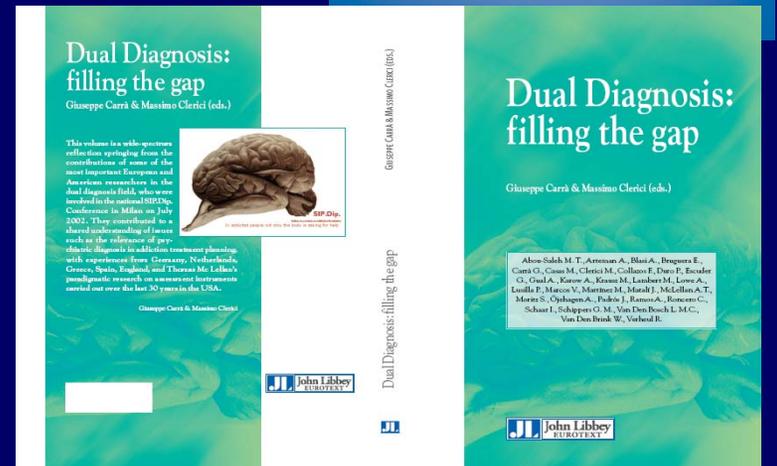
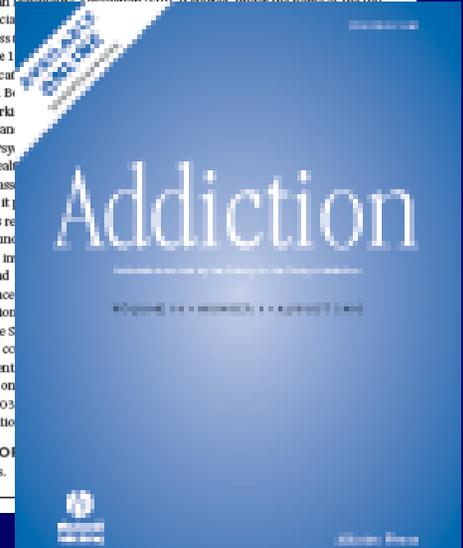
Submitted 15 April 2003;  
 Initial review completed 28 April 2003;  
 Final version accepted 28 April 2003

### ABSTRACT

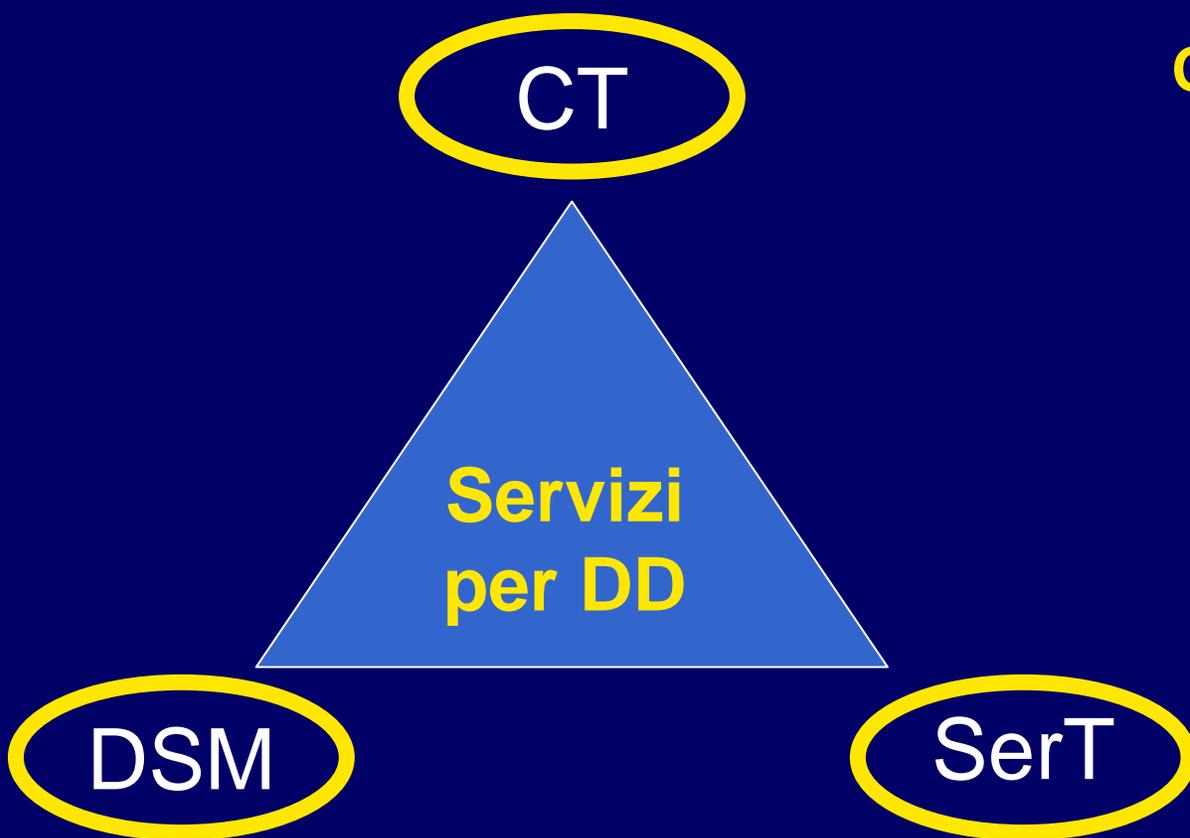
The Italian Association on Addiction Psychiatry (SIPDip) is a special section of the Italian Psychiatric Association (SIP). It started, under the name of the Italian Association on Abuse and Addictive Behaviours (AIAB), in 1980. The awareness of the need for a national association for addiction psychiatrists working in the National Health System, and the Italian Psychiatric Association, other health professionals, have become active members. In 2001 it was re-created under the name of the Italian Association on Addiction Psychiatry. It is particularly interested in clinical research, conferences and the dissemination of information. The Scientific Committee was created at the April 2003 meeting of the organization.

### KEYWORDS

disorders.



# Ripartizione dei servizi in Italia



## QUADRO NORMATIVO

Legge 685/1975

Legge 180/1978

Legge 309/1990 e  
successive  
modificazioni

Nonostante l'esistenza di alcuni studi epidemiologici *cross-sectional* in setting assistenziali (territoriali e di ricovero) della salute mentale e delle tossicodipendenze, in Italia rimane la carenza di stime certe riguardo la rilevanza del fenomeno e le sue caratteristiche a livello nazionale



*Dipartimento  
Nazionale per le  
Politiche Antidroga*



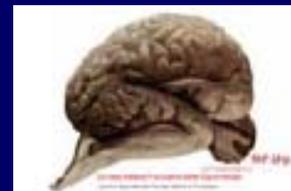
*Università di  
Milano*



*Università di  
Pavia*



*Università di  
Chieti*



*Società Italiana  
Psichiatria delle  
Dipendenze SIP:Dip*

# PADDI STUDY

## Il Progetto



# PADDI STUDY

DSM

SerT

CT



*Dipartimento  
Nazionale per le  
Politiche Antidroga*



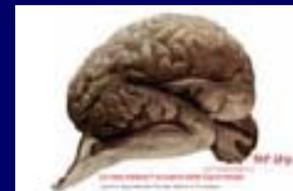
*Università di  
Milano*



*Università di  
Pavia*



*Università di  
Chieti*



*Società Italiana  
Psichiatria delle  
Dipendenze SIP:Dip*

# PADDI STUDY

**Dipartimenti di Salute Mentale Italiani**

# Obiettivi

- Stimare la prevalenza della DD tra gli utenti dei DSM italiani e lombardi, complessiva e per macroaree geografiche
- Individuare le caratteristiche sociodemografiche e cliniche associate con un mancato trattamento da parte di un servizio per le dipendenze
- Individuare i fattori di rischio per sviluppare una sindrome da dipendenza

# Metodi

## POPOLAZIONE

- soggetti maggiorenni affetti da DD utenti dei DSM italiani nel 2005

## DISEGNO DELLO STUDIO

- *ecologico*
  - per valutare, su dati aggregati, indicatori sanitari
  - per stimare la prevalenza della DD tra gli utenti dei DSM italiani
- *trasversale*

per valutare, sui dati per singolo utente con DD nell'anno solare 2005, le caratteristiche individuali ed ambientali, sociodemografiche e cliniche

## FONTI DEI DATI

- registri, cartacei e/o elettronici degli utenti dei singoli DSM
- operatori dei DSM

# Assessment dei disturbi da uso di sostanze

- **CONSENSUS METHOD** (ad es. intervista diagnostica strutturata combinata con almeno un'altra fonte di informazioni)
- **SELF REPORT** usando interviste diagnostiche
- ➔ **STAFF RATINGS**
- **SELF REPORT** usando strumenti di screening

# Strumenti

## SCHEMA DI RILEVAZIONE DI DATI AGGREGATI PER DSM

compilata dal referente del  
DSM

per raccogliere i “dati  
anagrafici” del DSM

ID 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
Codice regione      Codice DSM

Scheda di rilevazione dati aggregati DSM  
[studio.paddi@unipv.it](mailto:studio.paddi@unipv.it) – fax 0382 987880



### PADDI Study

#### *Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy*

Studio epidemiologico sulla comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcool) nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani. **Anno 2005**

#### Identificazione DSM

Nome per esteso \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia 

--	--

Regione \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza:      ASL       Azienda Ospedaliera

#### Direttore responsabile DSM

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### Referente per lo Studio indicato dal direttore

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

data di compilazione: 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
giorno      mese      anno

Firma del referente \_\_\_\_\_

Firma del Direttore \_\_\_\_\_

# Strumenti

## SCHEDA DI RILEVAZIONE DI DATI AGGREGATI PER OPERATORE

- derivata da AUS e DUS<sup>1</sup>
- compilata dagli operatori di riferimento
- relativa all'anno solare 2005
- per stimare la prevalenza della DD tra gli utenti dei DSM italiani

1 Drake et al, 1996

# Strumenti

## SCHEMA DI RACCOLTA DATI INDIVIDUALI

- derivata dall'ASI-X
- compilata dagli operatori di riferimento
- relativa all'anno solare 2005

per raccogliere le caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione di utenti DD

# Variabili

## DEL DSM

- gestione dati
- territorio di riferimento
- utenti in carico
- modello di presa in carico
- tipo di operatori
- territorio di riferimento

## DEGLI UTENTI DD

- variabili sociodemografiche
- mediche
- legali
- familiarità
- tipo di sostanze d'abuso
- servizi utilizzati

# Criteri diagnostici

## DISTURBI PSICHIATRICI

- ICD-10

## DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE

- Derivati da AUS e DUS<sup>1</sup>

1 Drake et al, 1996

# Metodi

## CRITERI DIAGNOSTICI

### Disturbi correlati all'uso di sostanze

criteri derivati da *Drake Clinician Rating Scales for Alcohol (AUS)* e *Drug (DUS) Use*<sup>1</sup>:

- **Uso**: uso di alcool e/o altre sostanze senza evidenza di problemi - persistenti o ricorrenti - sociali, lavorativi, psicologici o fisici né di uso pericoloso ricorrente;
- **Abuso**: uso di alcool e/o altre sostanze con evidenza di problemi - persistenti o ricorrenti - sociali, lavorativi, psicologici o fisici, nonché di uso pericoloso ricorrente;
- **Dipendenza**: criteri per una compromissione di grado moderato, con almeno tre tra i seguenti:
  - Molto tempo impiegato per procurarsi o usare alcool o altre sostanze
  - Frequenti intossicazioni o astinenze interferiscono con le altre attività
  - Attività importanti sono interrotte a causa dell'uso di alcool o sostanze
  - Uso continuativo nonostante si conoscano i problemi correlati all'uso di alcool o sostanze
  - Tolleranza marcata
  - Sintomi caratteristici di astinenza
  - L'alcool o le altre sostanze sono utilizzate per alleviare o evitare i problemi di astinenza

# Analisi statistica

- **CALCOLO DELLA PREVALENZA PERIODALE** (relativa all'anno solare 2005)

$$\frac{\text{N utenti affetti da DD nei DSM}}{\text{N utenti dei DSM}}$$

- **ANALISI MULTIVARIATA**

- modello logistico per studiare i fattori di rischio per sviluppare una sindrome da dipendenza  
variabili indipendenti: caratteristiche sociodemografiche, cliniche, diagnostiche, infettivologiche e profili di utilizzo di sostanze
- likelihood ratio test per confrontare i modelli
- calcolo degli OR e dei relativi IC al 95% per valutare l'associazione tra l'aver ricevuto un trattamento da un servizio specifico per le tossicodipendenze e le variabili raccolte

# Partecipanti

TASSO DI RISPOSTA DEI DSM		55% (N=118 su 216)
DSM PARTECIPANTI	38	21 al Nord (10 in Lombardia) 5 al Centro 12 al Sud
MODELLO DI PRESA IN CARICO		psichiatra 75% psichiatra e psicologo 25%
POP. GENERALE DI RIFERIMENTO		10 327 451 abitanti
UTENTI IN CARICO	totali	82 064
	DD	3191

# Prevalenza

Area	Utenti DD	Utenti in carico	Prevalenza	IC 95%
Nord	2070	48992	4.23	4.05 – 4.40
<b>LOMBARDIA</b>	<b>946</b>	<b>24234</b>	<b>3.90</b>	<b>3.66 – 4.15</b>
Centro	474	12392	3.83	3.49 – 4.16
Sud	647	20680	3.13	2.89 – 3.37
<b>Totale</b>	<b>3191</b>	<b>82064</b>	<b>3.89</b>	<b>3.76 – 4.02</b>

Fonte dei dati: operatori di riferimento (staff rating)

# Caratteristiche socio-demografiche

Dati relativi a 2486 utenti con doppia diagnosi

**SESSO** rapporto maschi:femmine ~ 3

**ETÀ MEDIA** maschi 39 ± 11 anni

femmine 42 ± 12 anni

( $p < 0.0001$ )

**Dati relativi a 900 utenti DD dei DSM della Lombardia**

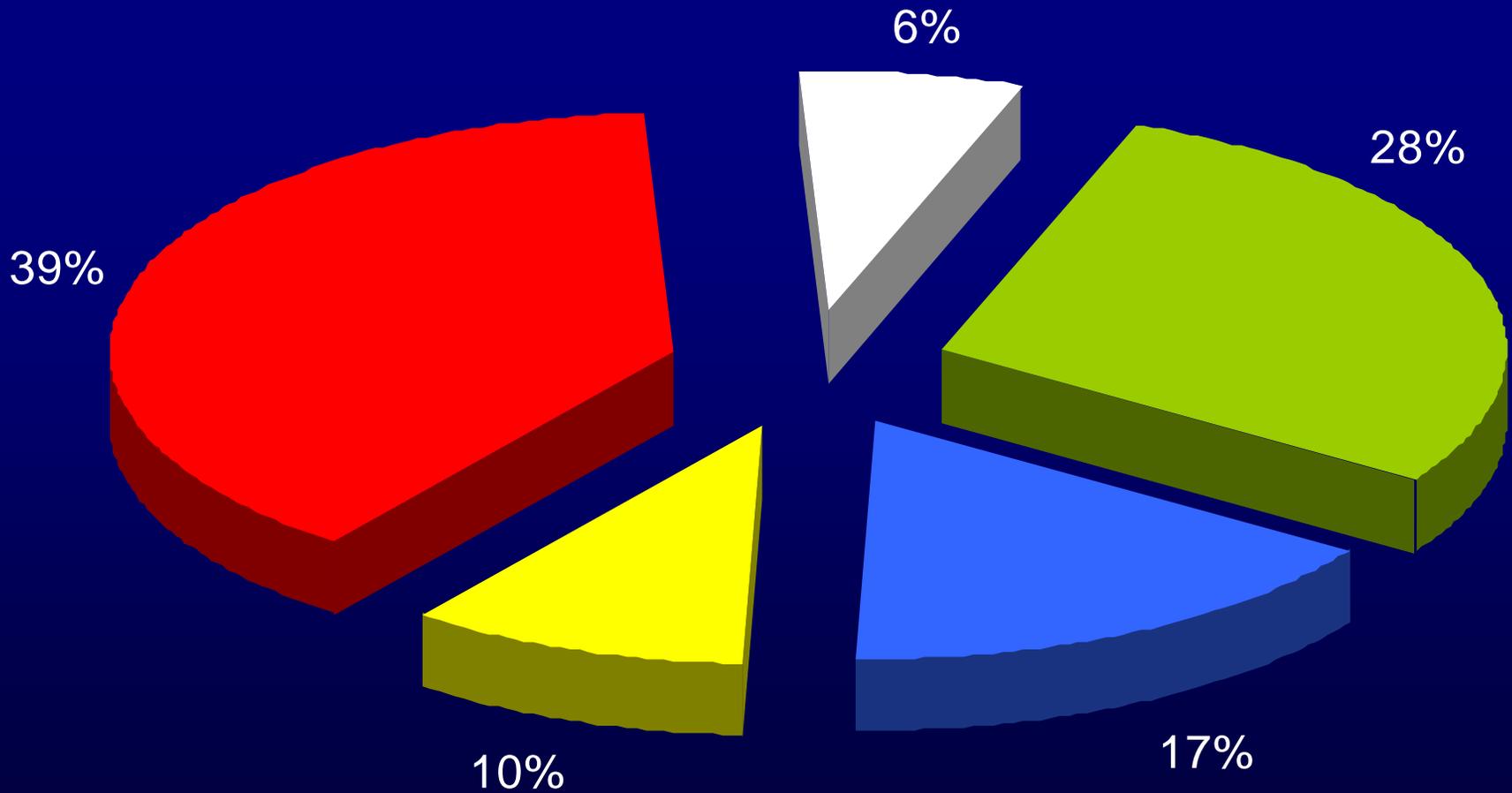
• Sesso rapporto maschi:femmine ~ 3:1

• Età media maschi 40 ± 11 anni

femmine 43 ± 12 anni

(t-test = 3,3,  $p = 0,001$ )

# Diagnosi psichiatrica

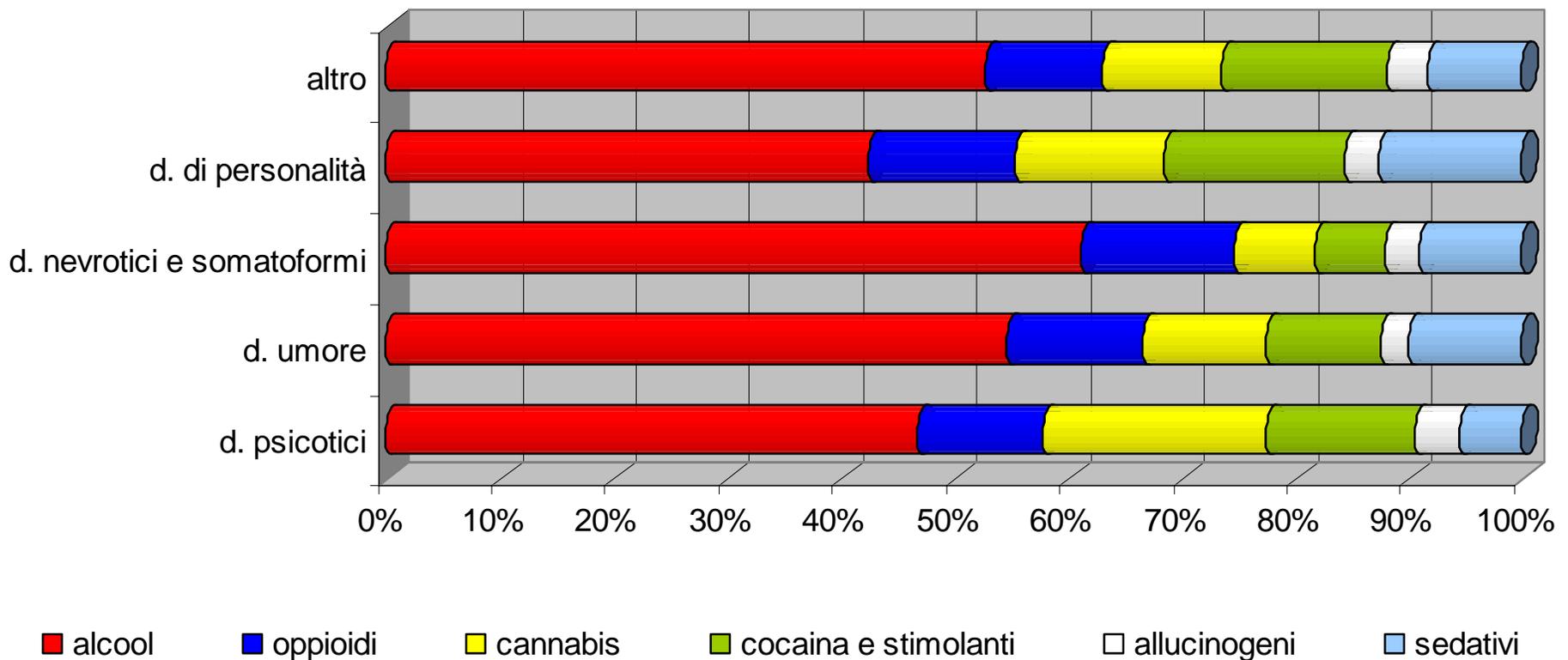


■ d. psicotici ■ d. umore ■ d. nevrotici ■ d. personalità ■ altro

# Profili di utilizzo delle sostanze

	d. psicotici N=681	d. umore N=395	d. nevrotici e somatoformi N=230	d. di personalità N=929	altro N=155
uso	144 (21.1%)	68 (17.2%)	50 (21.7%)	219 (23.6%)	34 (21.9%)
abuso	420 (61.7%)	224 (56.7%)	119 (51.7%)	542 (58.3%)	64 (41.3%)
dipendenza	249 (36.6%)	191 (48.3%)	94 (40.9%)	433 (40.6%)	80 (51.6%)

# Sostanze d'abuso per categorie diagnostiche



La sostanza principale di abuso o di dipendenza più frequente è l'**alcool** per tutte le diagnosi psichiatriche

# Trattamenti per uso di sostanze

Solo il **50%** dei pazienti si è rivolto ad un servizio per problemi legati all'uso di sostanze:

- servizi per le tossicodipendenze
- strutture semi-residenziali o residenziali per le dipendenze

Quali caratteristiche sono associate all'aver ricevuto un trattamento da parte di un servizio per le dipendenze?

# AUMENTANO LA PROBABILITÀ DI RICEVERE UN TRATTAMENTO PER USO DI SOSTANZE

	OR	IC 95%	P
carichi penali pendenti	2.31	1.83 – 2.91	<0.00001
HIV +	3.21	1.97 – 5.24	<0.00001
epatopatia	1.71	1.43 – 2.05	<0.00001
uso di oppioidi	5.95	4.68 – 7.55	<0.00001
uso di sedativi	2.40	1.84 – 3.14	<0.00001
uso di cocaina	2.43	1.98 – 2.99	<0.00001
uso di allucinogeni	1.78	1.25 – 2.54	0.0013
spettro ansioso-depr.	1.98	1.54 – 2.55	<0.00001
s. da dipendenza	2.93	2.46 – 3.48	<0.00001
condizione “non solo” diagnosi vs d. psicotici	1.32	1.07 – 1.62	0.0086
d. di personalità	2.38	1.94 – 2.91	<0.0001
d. dell’umore	1.75	1.36 – 2.25	<0.0001
d. nevrotici	1.57	1.16 – 2.13	0.003

## RIDUCONO LA PROBABILITÀ DI RICEVERE UN TRATTAMENTO PER USO DI SOSTANZE

	OR	IC 95%	P
problemi cognitivi	0.79	0.66 – 0.95	0.0117
uso di alcool	0.69	0.57 – 0.84	0.0002
diploma sup./laurea	0.80	0.66 – 0.96	0.0179
non occupato	0.84	0.71 – 0.99	0.0471
<b>allucinazioni</b>	0.64	0.54 – 0.76	<0.00001
sindrome d'abuso	0.79	0.67 – 0.93	0.0048



# Conclusioni

- I tassi di prevalenza **non** sono generalmente **elevati** quanto quelli degli studi statunitensi
- Dati relativamente recenti basati su campioni multistage riferiti alla popolazione generale italiana hanno ottenuto:
  - prevalenza a 12 mesi di abuso di alcool e dipendenza di **0.1** (0.0-0.2)
  - prevalenza a 12 mesi di SMI di **1.0** (0.4-1.7)

# Conclusioni

- Evidenze da altri paesi europei:
  - Francia 26% negli uomini } alcool<sup>1</sup>  
67% nelle donne }
  - Germania 45%<sup>2</sup>
  - Regno Unito 10% (soggetti istituzionalizzati)<sup>3</sup>

1 Lépine et al, 2005

2 Jacobi et al, 2004

3 Farrell et al, 2003

# Conclusioni

- Sono **necessarie ulteriori ricerche** riguardo l'influenza di fattori individuali e sociali locali che possano almeno parzialmente influenzare i tassi di abuso in comorbidità con SMI
- Le variazioni tra diverse aree geografiche possono essere spiegate in termini sia di **caratteristiche sociali individuali** (es. povertà, disoccupazione, non essere coniugati, ecc.) che **a livello geografico** (es. deprivazione sociale, ondate migratorie, disponibilità di sostanze, stigma, ecc.)
- Identificare tali differenze tra pazienti con DD che vivono in regioni urbane e rurali ha potenziali implicazioni per la **pianificazione dei servizi**, permettendo l'allocazione mirata di risorse (terapeutiche e procedure di screening) alle aree dove sono maggiormente necessarie

# Conclusioni

- La **comorbidità organica**, di natura **infettivologica** con i comportamenti a rischio correlati, si conferma associata alla necessità di ricevere un trattamento per il disturbo da uso di sostanze<sup>1</sup>
- Al crescere della **severità** della sindrome da uso di sostanze - **dipendenza** - aumenta la probabilità di ricevere un trattamento per la stessa, che appare associata anche al tipo di sostanza per cui i servizi delle dipendenze nazionali sono maggiormente formati (droghe “classiche”: oppioidi, cocaina e allucinogeni)  
L'**uso di alcol** appare invece ridurre la probabilità di trattamento nonostante la significativa prevalenza
- **Quadri diagnostici specifici**

# Conclusioni

- Il rischio di sviluppare una dipendenza tra i pazienti DD in carico ai DSM italiani appare comprensibilmente legato all'**età** dell'utente, lasciando ipotizzare **processi di cronicizzazione**
- La classe di sostanze associata a tale rischio sono gli **oppiacei**
- Risiedere in una regione del **Centro** o del **Sud** aumenta significativamente il rischio di sviluppare una sindrome da dipendenza, suggerendo un minor grado di integrazione tra i servizi



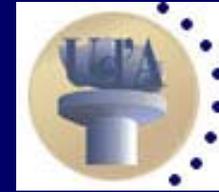
*Federazione Italiana  
Comunità Terapeutiche*



*Università di  
Milano Bicocca*



*Università di  
Pavia*



*Università di  
Chieti*



*Società Italiana  
Psichiatria delle  
Dipendenze  
SIP:Dip*

# PADDI STUDY

## Comunità Terapeutiche Italiane

# Obiettivi

## GENERALE

Studiare le caratteristiche di prevalenza e correlati degli utenti dei programmi residenziali:

- programmi tradizionali
- programmi specialistici per doppia diagnosi

in Italia

## SPECIFICI

Individuare le caratteristiche associate all'aver ricevuto un trattamento ambulatoriale per problemi psicologici nella popolazione di utenti dei programmi tradizionali

# Metodi

## POPOLAZIONE

- soggetti maggiorenni utenti delle CT italiane nel 2008
- criteri di inclusione
  - ritenzione in trattamento per almeno 10 giorni
- criteri di esclusione
  - compromissione cognitiva grave
  - scompenso psicopatologico grave in atto

## DISEGNO DELLO STUDIO

- ecologico  
per valutare, su dati aggregati, indicatori sanitari
- trasversale  
per valutare, su dati per singolo utente nell'anno 2008, le caratteristiche individuali ed ambientali, sociodemografiche e cliniche

# Strumenti

## DATI AGGREGATI

- scheda di raccolta dati aggregati riguardante gli utenti in carico alla CT nell'anno 2008

## DATI INDIVIDUALI

- ASI-X
- MINI PLUS 5.0.0
- SCID-II
- VGF

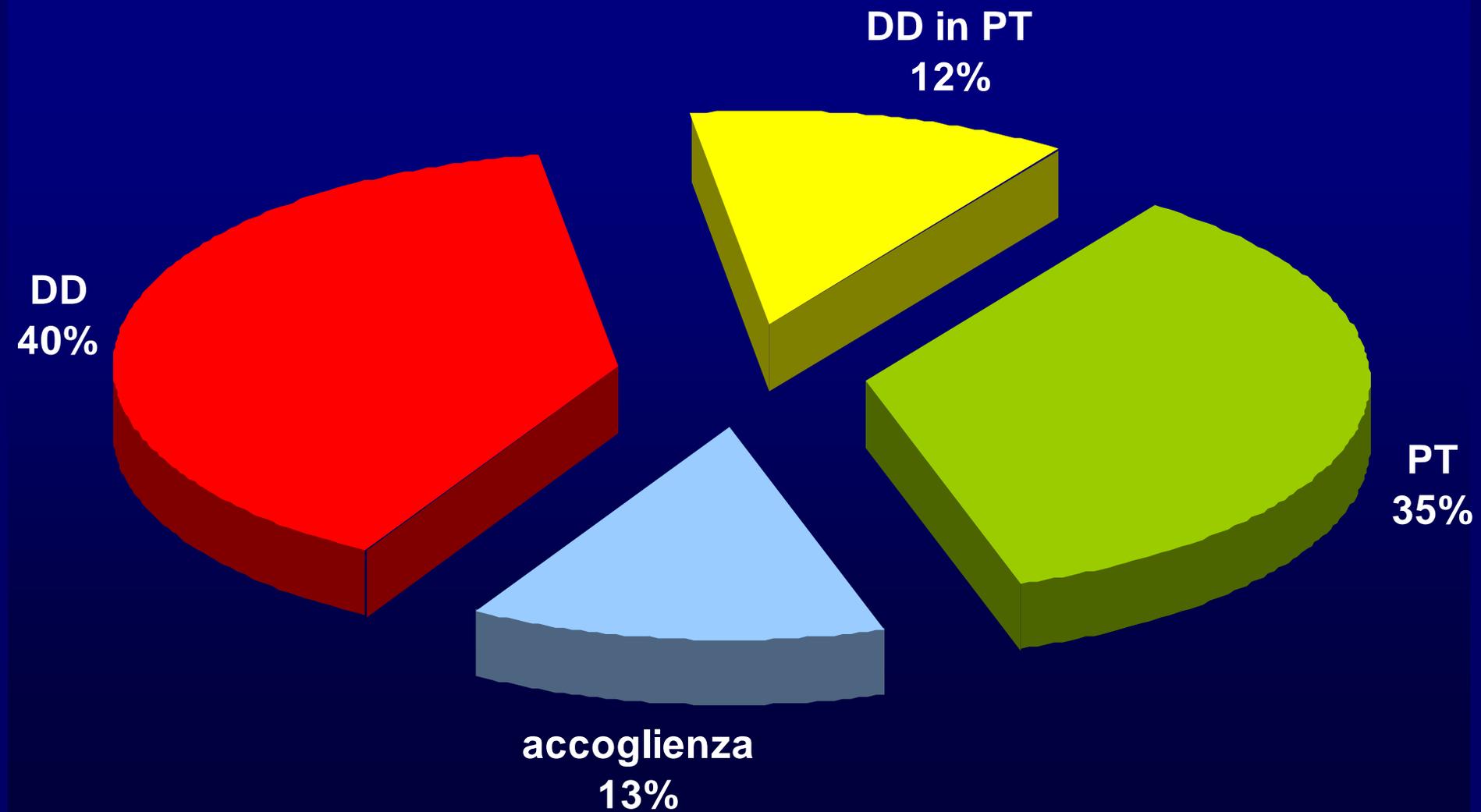
# Analisi statistica

- **STATISTICHE DESCRITTIVE** delle variabili raccolte
- **ANALISI MULTIVARIATA**
  - modello logistico per studiare i fattori correlati all'aver ricevuto un trattamento ambulatoriale specifico per problemi psicologici tra gli utenti dei programmi tradizionali
  - likelihood ratio test per confrontare i modelli
  - calcolo degli OR e dei relativi IC al 95% per valutare l'associazione tra l'aver ricevuto un trattamento da un servizio specifico e le variabili raccolte

# Partecipanti

- 22 centri
- 27 programmi
  - specialistico in DD 8
  - modulo DD in PT 6
  - PT 8
  - accoglienza 5
- 269 soggetti reclutati
- Tasso di risposta 89%

# Partecipanti



# Caratteristiche sociodemografiche

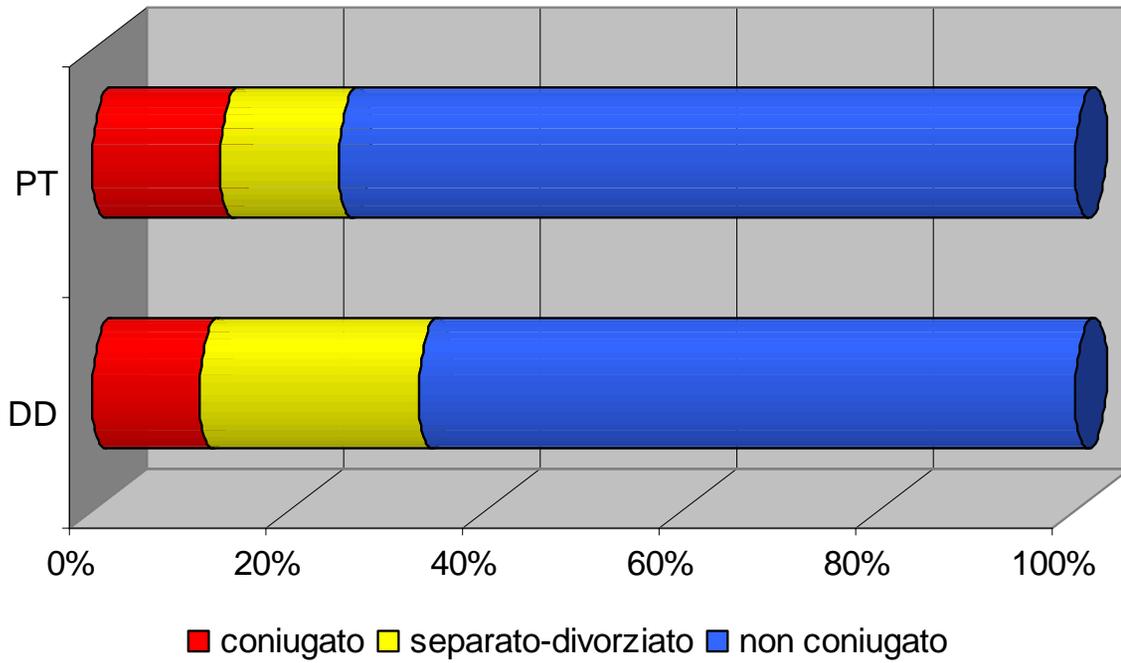
## ETÀ MEDIA

- DD 38 ± 9.5 anni
- PT 31.9 ± 8.4 anni p<0.00001

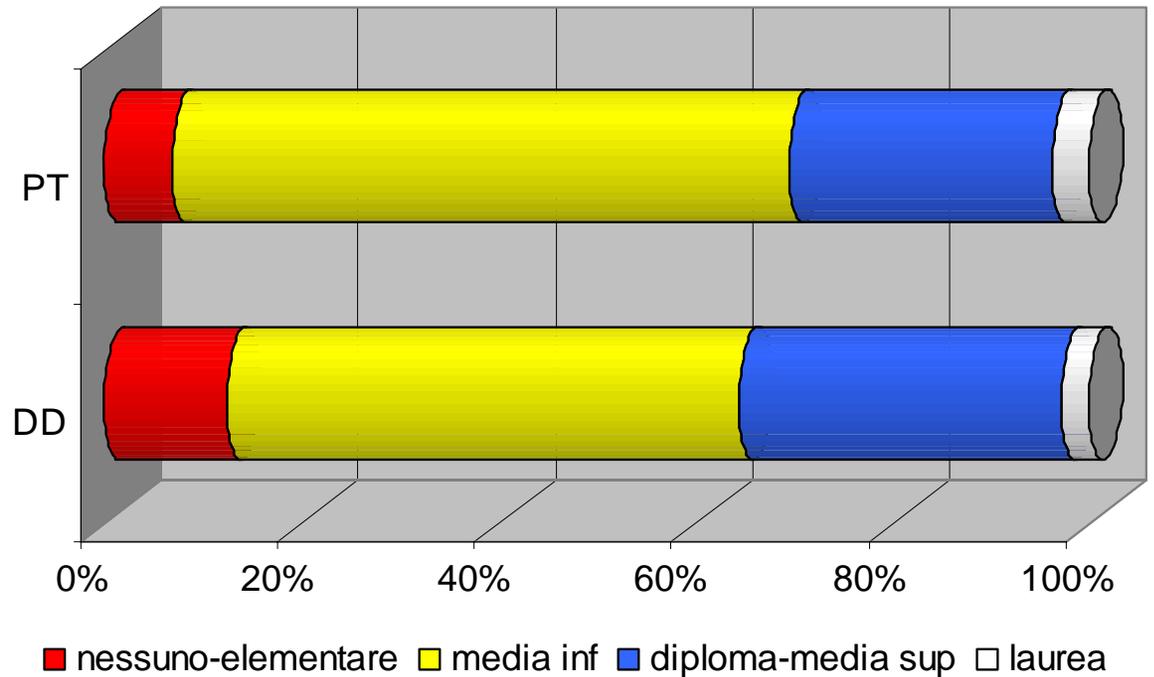
## RAPPORTO M:F

- DD 5.9
- PT 3.8 ns

# STATO CIVILE

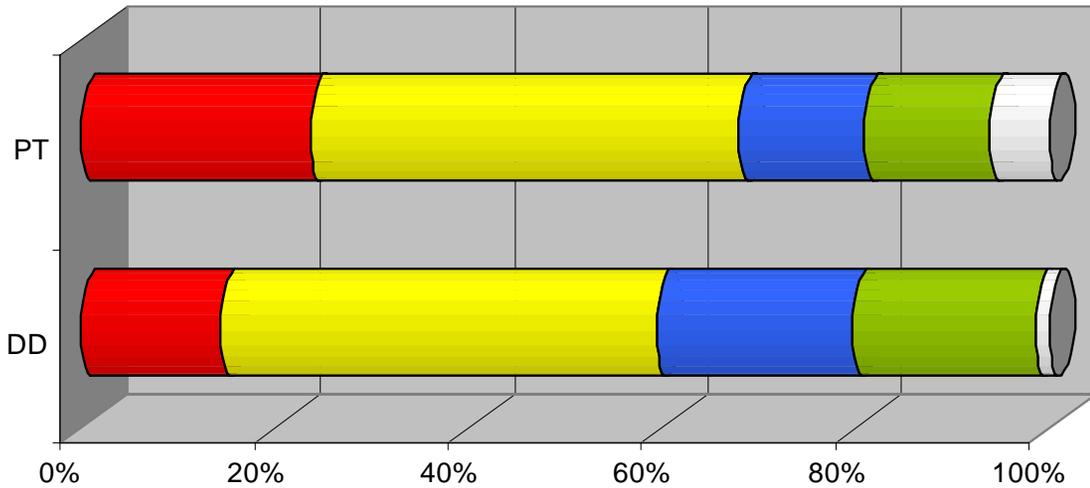


# TITOLO DI STUDIO



# SITUAZIONE ABITATIVA

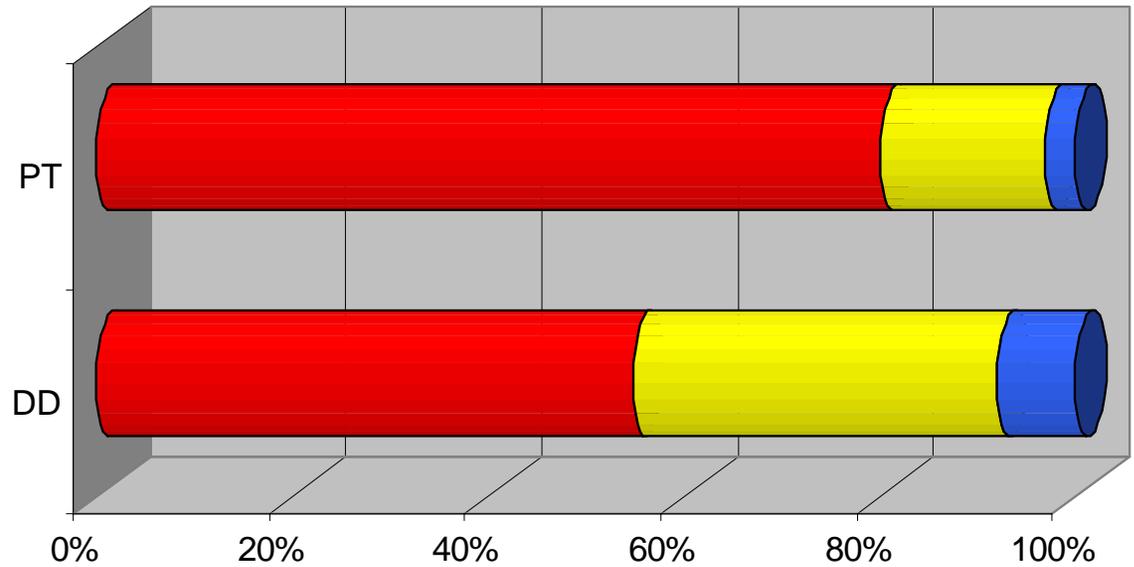
p=0.033



■ fam propria ■ fam di origine ■ solo ■ ambiente confinato □ senza fissa dimora

# CONDIZIONE LAVORATIVA

p<0.0001



■ occupato ■ condizione non professionale ■ ambiente confinato

# Pensione di invalidità

	<b>DD (%)</b>	<b>PT (%)</b>	<b>p</b>
Fisica	11.6	4.6	0.036
Psichica	25.3	2.3	<0.0001

# Condizione medica

	<b>DD (%)</b>	<b>PT (%)</b>	<b>p</b>
Epatite B	24.6	11.5	0.006
Epatite C	44.9	46.1	ns
HIV	10.1	2.3	0.011

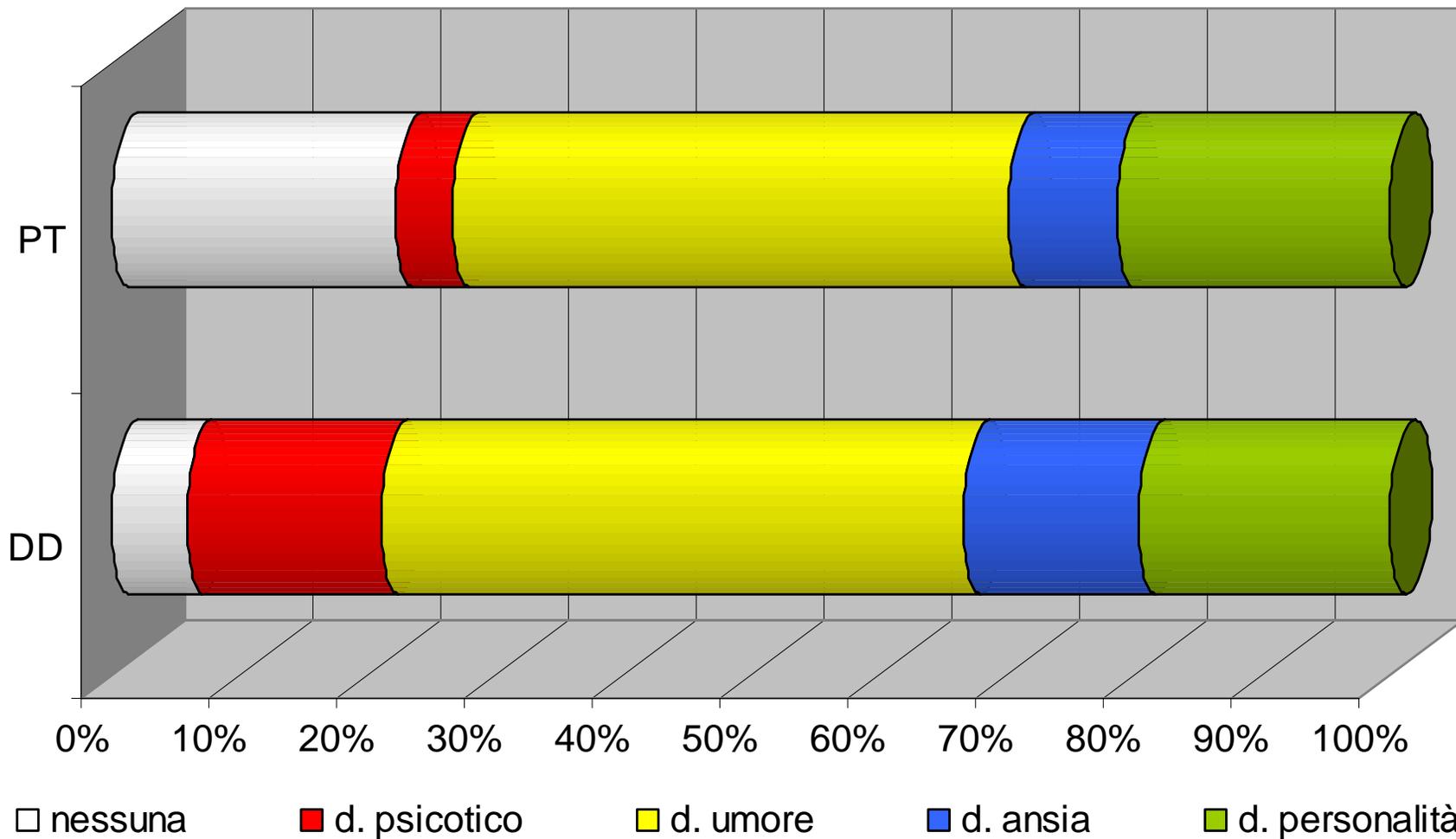
# Condizione legale

	DD (%)	PT (%)	p
Libertà condizionata, sospensione o misura alternativa di pena	12.3	13.7	ns
Imputazioni			
• per reati correlati agli stupefacenti	27.5	41.5	0.016
• per reati contro il patrimonio	32.8	35.9	ns
• per reati violenti	21	21.4	ns
Condanne	39.1	38.9	ns
Carcerazioni	28.5	29.8	ns

# Tassi di comorbidità

- DD 94%
- **PT 78%**

# Diagnosi psichiatrica principale



$p < 0.0001$

# DISTURBI MENTALI ED USO DI DROGA

*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*  
*1989; 24:219-226*

## **SUBSTANCE ABUSE AND PSYCHOPATHOLOGY.**

## **A DIAGNOSTIC SCREENING OF ITALIAN NARCOTIC ADDICTS**

**Clerici M, Carta I, Cazzullo CL**

This report evaluates, using DSM III, the psychopathological profile of 226 heroin users taken in at the clinical centre of “Cascina Verde” Therapeutic Community (Milan, Italy) and admitted to a psychotherapeutic, retraining, integrated, both out- and in-patient treatment. The outcome shows that 30% of subjects are to be diagnosed according to Axis I while 61% are to be considered among Axis II personality disorders. A portion of 16% is to be referred to the “schizophrenic spectrum”, 25% has histrionic, narcissistic, antisocial and borderline personality disorders and the remaining are to be referred to an extremely heterogeneous category. The report shows also data concerning Axes IV and V always according DSM III.

## DISTURBI MENTALI ED USO DI DROGA

<b>ASSE I</b>	<b>Comorbidità psichiatrica: 226 di cui 21 (9%) “puri</b>	
d. Umore	16	7
d. Ansia	1	0.5
d. Psicotici	21	9
Altri	30	13.5
<b>Totale</b>	<b>68</b>	<b>30.0</b>
<b>ASSE II</b>		
Cluster A	14	7.0
Cluster B	57	25.0
Cluster C	63	28.0
Disturbo NAS	3	1.0
<b>Totale</b>	<b>137</b>	<b>61.0</b>

# DISTURBI MENTALI ED USO DI DROGA

*Eur Addict Res 1996;*  
*2:147-155*

## **PERSONALITY DISORDERS AMONG PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USERS: DIAGNOSTIC AND PSYCHODYNAMICI ISSUES**

**Clerici M, Carta I**

The treatment programmes for drug addiction operate on a constantly growing population of subjects who have received unsuccessful treatment with various negative consequences, mainly in terms of cost/benefit (due, e.g., to low therapeutic compliance and high rates of early drop-outs). The study we present is the first long-term Italian research project on psychiatric comorbidity carried out using standardised instruments. The sample consisted of 606 opioid addicts divided into two subgroups according to the type of treatment unit they were referred to (36.8% started residential programmes and 63.2% received outpatient treatment). Diagnostic evaluation consisted of a semistructured interview that outlined the psychopathological profile according to DSM III. Only 323 subjects were recruited and included in the follow-up study (18-36 months after the end of treatment, either completed or interrupted). Our preliminary results tend to confirm international data, both in terms of rates and disorders. An analysis of the correlation between the clusters of personality disorders and the attrition/retention rates in different treatments shows that substance users with a diagnosis in cluster B tend to prefer outpatient treatment. When outcome was considered, we always found that subjects with a diagnosis of personality disorder showed a better response to residential than to outpatient treatment.

## DISTURBI MENTALI ED USO DI DROGA

	<b>Comorbidita psichiatrica (n° 606; p&lt;0.001)</b>					
	In-patients		Out-patients		Total	
DUS	21	9.4	87	22.7	108	17.8
DUS+Asse I	65	29.2	95	24.8	160	26.4
DUS+Asse II	137	61.4	201	52.5	338	55.8
totale	223	36.8	383	63.2	606	100.0
	Roma			Cagliari		
DUS	24	15.2		28	26.4	
DUS+Asse I	166	41.8		57	53.8	
DUS+ Asse II	68	43.0		48	45.3	

# Trattamenti per disturbi psichici

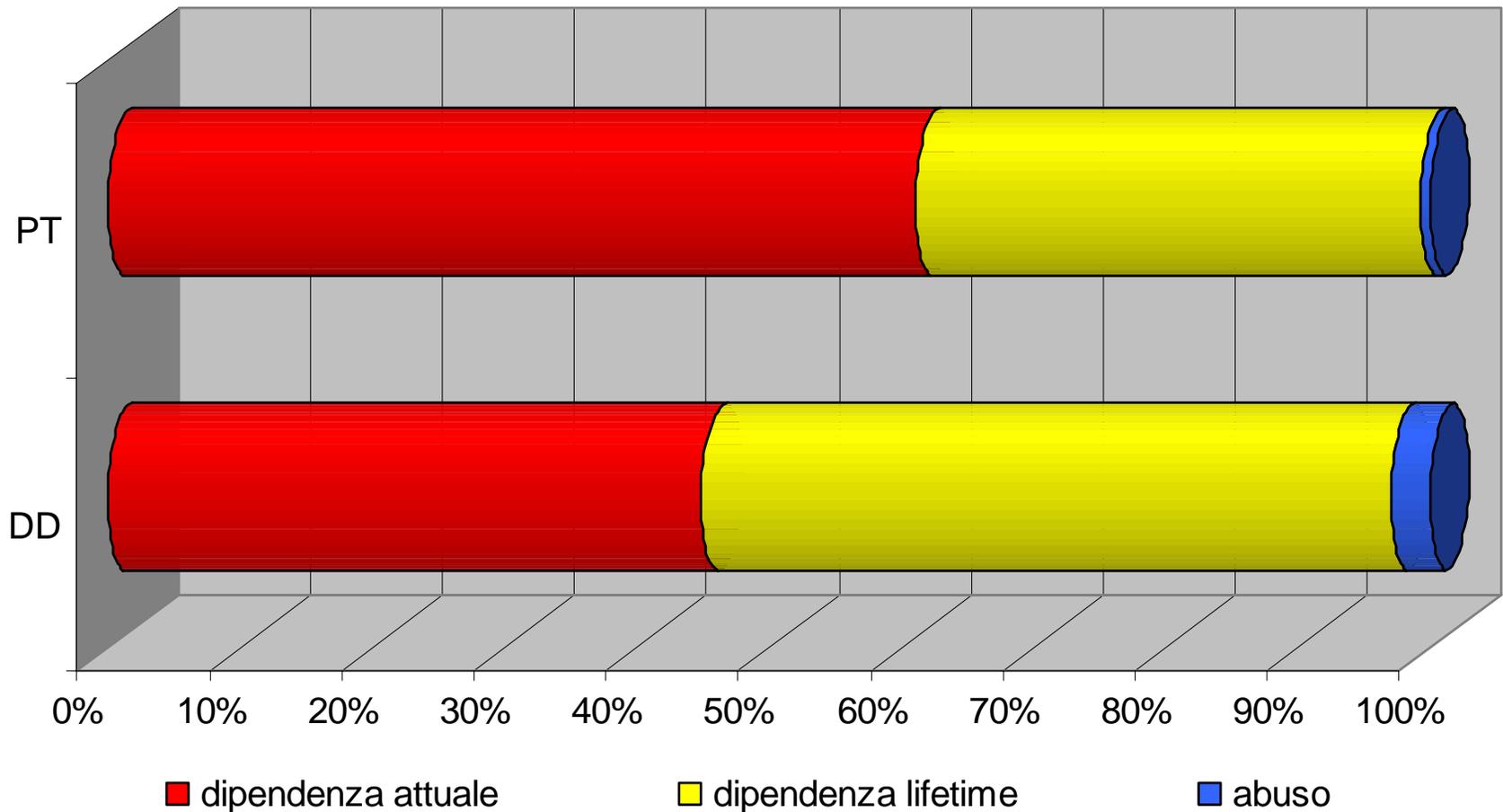
## IN REGIME DI RICOVERO/RESIDENZIALI (media)

- DD  $3.5 \pm 5$
- PT  $1 \pm 4.2$   $p < 0.00001$

## AMBULATORIALI (almeno una volta)

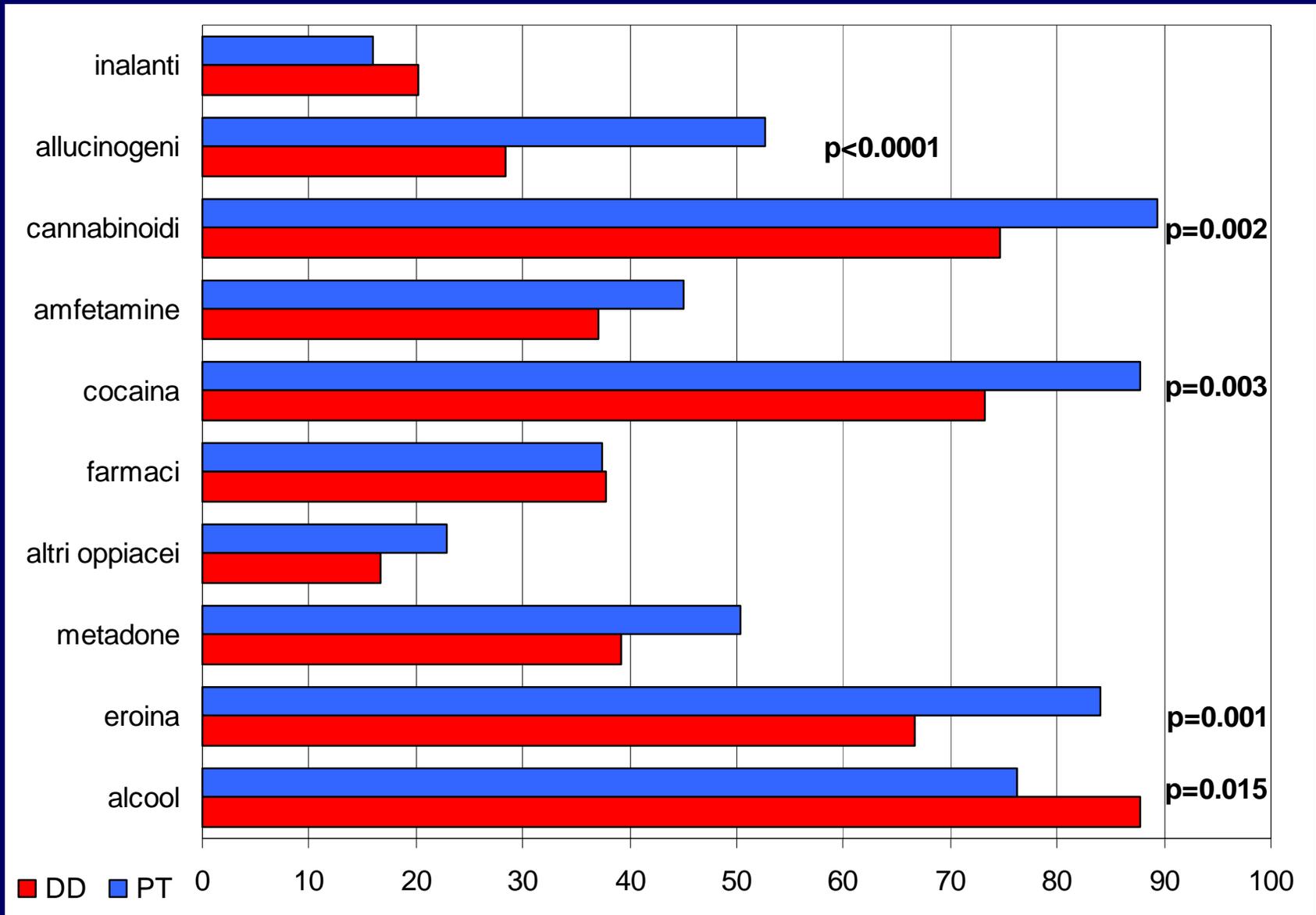
- DD 58.7%
- PT 26.7%  $p < 0.0001$

# Profili di utilizzo di sostanze



$p=0.014$

# Tipo di sostanze usate



# Diagnosi di disturbo da uso di sostanze

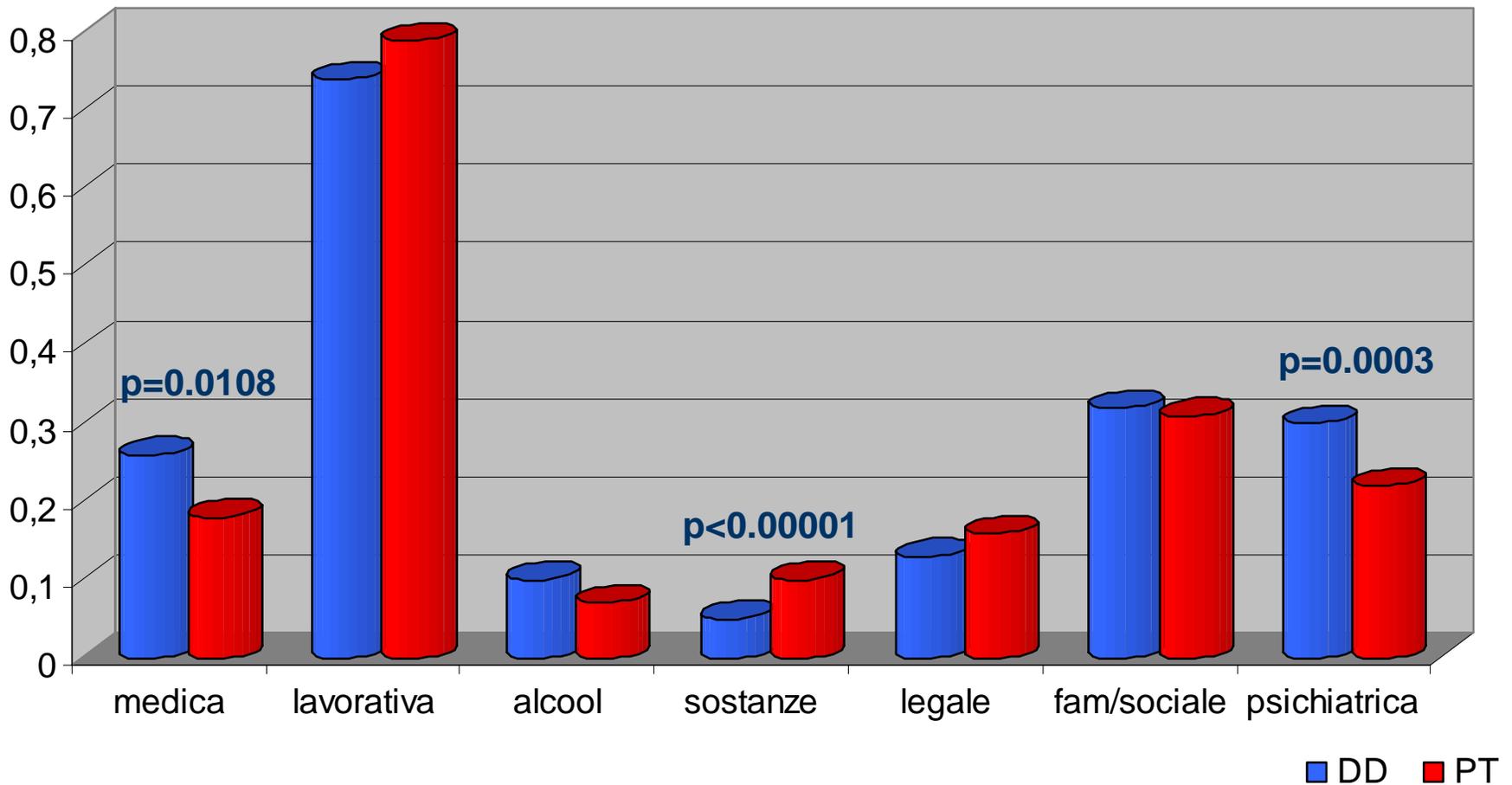
	DD (%)	PT (%)	p
Abuso	2.2	0.8	ns
Dipendenza da alcool lifetime	6.5	3	ns
Dipendenza da alcool attuale	18.8	10.7	ns
Dipendenza da sostanze lifetime	18.1	19.9	ns
<b>Dipendenza da sostanze attuale</b>	13.8	35.1	<0,0001
Dipendenza da alcool e almeno una sostanza lifetime	29	16	0,011
Dipendenza da alcool e almeno una sostanza attuale	11.6	14.5	ns

# Trattamenti per disturbi da uso di sostanze

	DD (%)	PT (%)	p
Residenziale	88.4	89.3	ns
Ambulatoriale	65.9	53.4	0.036
<b>SPDC</b>	49.3	21.4	<0.0001
Altro reparto ospedaliero	14.5	5.3	0.013

# Profili di gravità

composite scores



Quali sono le variabili associate all'aver ricevuto un trattamento specialistico per problemi psicologici nella popolazione di utenti di programmi tradizionali?

	OR	IC 95%	p
Età	0.96	0.91 – 1.01	ns
Sesso	1.51	0.53 – 4.25	ns
Uso di alcool	3.72	0.98 – 14.00	ns
Trattamento ambulatoriale per problemi con alcool o sostanze	3.69	1.41 – 9.65	0.008
Composite scores area psichiatrica	16.55	1.45 – 188.32	0.024

# Conclusioni

- La prevalenza di **soggetti comorbili tra gli utenti di comunità con PT** è elevata: costoro, spesso, non sono in carico a servizi psichiatrici e solo nella metà dei casi a servizi ambulatoriali per le tossicodipendenze
- Questi dati, seppure ottenuti dall'analisi di un campione limitato di CT, sono tuttavia altamente suggestivi, facendo ipotizzare una **disomogeneità** dei sistemi di screening e di assessment dei servizi o delle procedure e dei criteri di invio

# Conclusioni

- Gli **utenti DD** si caratterizzano per un'elevata frequenza di disturbi dell'umore e di personalità, in particolare di cluster B che, in oltre la metà dei casi, sono risultati in comorbidità con disturbi di Asse I, aggravando il quadro psicopatologico e peggiorando i livelli di funzionamento ed i profili di gravità
- Costoro sono complessivamente caratterizzati da un'età media maggiore, una minore autonomia, anche economica, da significativi problemi lavorativi e da una più grave situazione medica, in parte correlabile ad una più frequente comorbidità con malattie infettive

# Conclusioni

- Per quanto riguarda i **disturbi da uso di sostanze**, si rileva una compromissione meno grave negli utenti dei programmi DD, in parte riconducibile ad una minore frequenza di sindromi da dipendenza negli ultimi 12 mesi rispetto agli utenti dei PT, facendo ipotizzare anche una minore severità della sindrome da dipendenza
- Meno frequente è, infatti, l'uso - da parte di questa popolazione - di sostanze dall'alto potenziale di dipendenza, in particolare eroina e cocaina, sebbene risulti maggiore il consumo di alcol

# Conclusioni

- Di notevole interesse è il dato che oltre un quarto degli utenti dei PT si sia rivolto a **servizi ambulatoriali specialistici per problemi psicologici** e la presenza di un'associazione di tale variabile con l'aver ricevuto un trattamento ambulatoriale per problemi alcool-correlati e connessi all'uso di sostanze
- Ciò suggerisce in alcuni casi una **integrazione** tra servizi psichiatrici e servizi per le tossicodipendenze

# Conclusioni

- Alla luce dei risultati raccolti fino ad oggi, ci sembra si delinei un interesse generale, estremamente rilevante, per ulteriori approfondimenti delle ricerche in corso attraverso l'**estensione dello studio PADDI ai servizi per le tossicodipendenze** attivi sul territorio; ciò al fine di analizzare le caratteristiche dell'utenza che afferisce a questi Servizi e di comprendere meglio quali siano i percorsi terapeutici - tra gli altri, in primis, quelli residenziali – che, tendenzialmente, sono attivati nei soggetti con disturbi da uso di sostanze in Italia e che vedono ampiamente coinvolti anche i Servizi di salute mentale del nostro paese

# CONCLUSIONI. “DOPPIA DIAGNOSI”: “NON DIAGNOSI” O “NUOVA DIAGNOSI” ?

- Nella DD si verifica un’alterazione della **processualità temporale** dei Disturbi Mentali classicamente descritti (acuzie, cronicità, ciclicità, remissione, scompenso, ricaduta, recidiva)
- La DD si configura allora come un potente **“disorganizzatore nosografico”**
- Che fare, quindi, nella DD?



*Che fare? il paziente in "doppia diagnosi" (DD), specie se poliabusatore, generalmente tende a essere assistito ma non curato, rimane una presenza continua e pressante per il Servizio e costituisce lo zoccolo duro dei pazienti definiti come "cronici": le risposte usuali degli operatori rischiano pertanto di rinforzare le problematiche che costui porta*

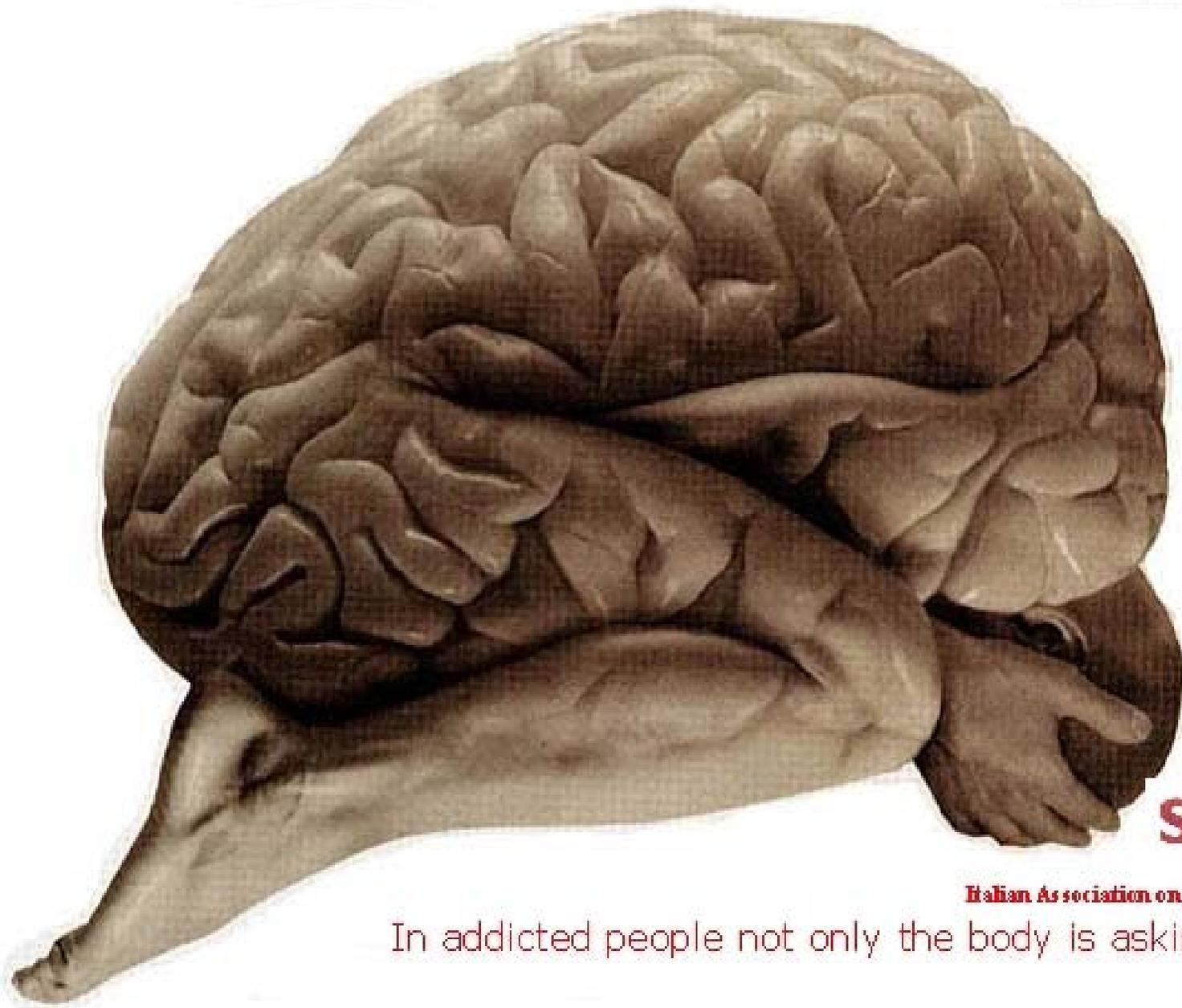
### Caratteristiche DD

- Polimorfismo sintomatologico
- Richieste pressanti e caotiche a Servizi e professionisti diversi
- Fallimento dialettico
- Autoinvalidazione
- Passività
- Tendenza all'evitamento
- Difficoltà nel problem solving



### Risposte usuali

- Divise tra più Servizi
- Centrate sulle priorità:
  - del sintomo,
  - dei compiti istituzionali,
  - della domanda esplicita,
  - del contenimento della crisi



**SIP.Dip.**

**Italian Association on Addiction Psychiatry**

In addicted people not only the body is asking for help