

20 ANNI DI INTERAZIONI TRA CURA DELLE DIPENDENZE E DELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA NEL TRATTAMENTO RESIDENZIALE DI «VILLA GORIZIA»: aa 1996-2015 n=256

A. Fiocchi, C. Capellini, P. Pianezzola, C. Cavallera, M. Bonvini e P. Gusmeroli



VI CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD

«Trasformazioni nelle dipendenze – Le necessità della Clinica e il futuro dei Servizi»
Palermo, 20 ottobre 2016

Il nostro iter di ricerca/intervento in ambito di comorbilità psichiatrica

- **Progetto “Interventi Specialistici Residenziali con soggetti in doppia diagnosi” in collaborazione con l’Università Vita e Salute S.Raffaele e il Servizio di Alcologia HSR (aa. 2000-2002)**
- **“Ricerca intervento con tossicodipendenti con comorbidità psichiatrica nel territorio dell’Asl3 di Monza” con D.S.M. H.S.Gerardo e Dipartimento Dipendenze Monza (aa. 2003-2005)**
- **Progetto interregionale “Il Mosaico” Università degli studi di Milano Bicocca con Regione Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche (aa. 2004-2006)**
- Adozione di procedure e tecniche diagnostiche e di monitoraggio con criterio DSM-IV (**ASI, SCID I e II, WAIS, VGF, SVGFL...**) con protocollo **AssMonVal**
Pubblicazione *“La Valutazione nel Trattamento delle Dipendenze”*, F.Angeli (2003)
- Adozione e sperimentazione di strumenti standardizzati per la diagnosi e il monitoraggio (**MAC, SAT/P e SCL/90**).
Pubblicazione: *“Il trattamento residenziale delle dipendenze in comorbidità: dalla teoria alla pratica”*, F.Angeli (2008)
- Ricerca sui Servizi Specialistici Ambulatoriali e Residenziali per pazienti target, analisi dei dati di income e dei processi di cura e adozione di linee guida
Pubblicazione: *“Tossicodipendenze, marginalità e fragilità sociale”*, F.Angeli (2006)



Pazienti Tossicodipendenti in Comorbidità Psichiatrica e non in Trattamento Residenziale a “Villa Gorizia” dal 1996 al 2015

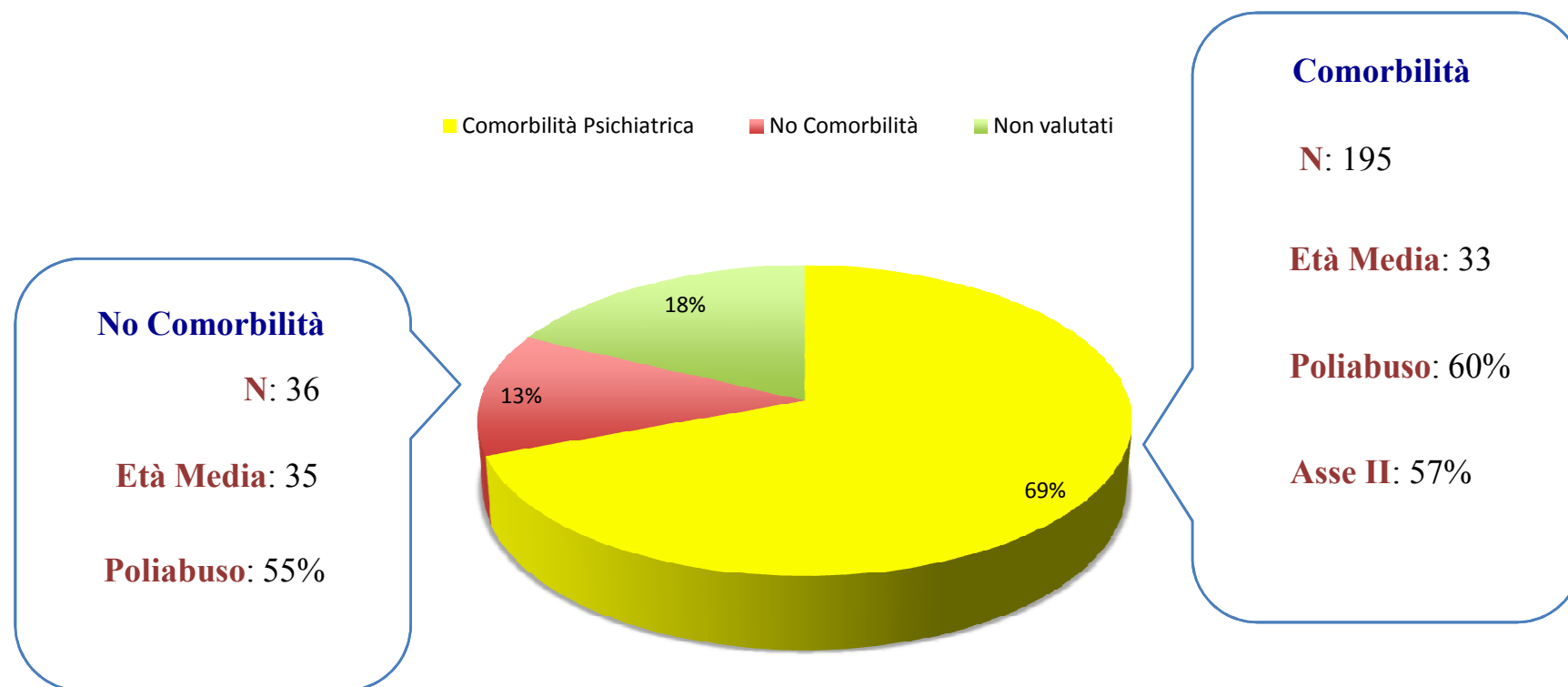
- Il presente lavoro analizza le caratteristiche psicosociosanitarie e l'esito della cura di 281 soggetti tossicodipendenti (di cui 195 comorbili) inseriti a Villa Gorizia dal 1996 al 2015. L'accreditamento della struttura nel trattamento della comorbidità psichiatrica è stato graduale:
 - 2004: C.P.E. con Modulo specialistico di 5pl su 17
 - 2008: C.P.E. con Modulo Specialistico di 7pl su 21
 - 2011: Comunità Specialistica con 15 pl esclusivi
- La condizione psicosociale è stata valutata con **EuropASI** (Consoli & Bennardo, 1995) mentre la comorbidità psichiatrica è stata valutata con **SCID-I** (Spitzer et al., 1990) e **SCID-II** (Micheal et al., 2000). Sono descritte variabili che ne definiscono la gravità e la comorbidità per altri disturbi alla presa in carico e l'esito della cura in termini di ritenzione di trattamento e modalità di dimissione.

Dati di INCOME, DIAGNOSI E TRATTAMENTO dei pazienti di “Villa Gorizia”

SOCIO DEMOGRAF ICI	AREA FORMAZIONE LAVORO	AREA SANITARIA	AREA LEGALE	AREA SOSTANZE	AREA FAMILIARE	AREA PSICHICA	TRATTAMENTO
ETA' IN CLASSI	TITOLO DI STUDIO	EPATITE	PRECEDENTI PENALI	ONSET SOSTANZE	FAMILIARITA' PER DUS	DIAGNOSI ASSE I DUS E ALTRI	PRECEDENTI TRATTAMENTI PER DUS
STATO CIVILE	TIPO DI IMPIEGO ATTUALE	HIV	TIPOLOGIA PRECEDENTI	SOSTANZA PRIMARIA	FAMILIARITA' DISTURBI PSICHIATRICI	DIAGNOSI ASSE II	TIPOLOGIA TRATTAMENTO PER DUS
SITUAZIONE ABITATIVA ALL'INGRESS O	PROFESSIONE PRINCIPALE SVOLTA NELLA VITA	ALTRE PATOLOGIE CRONICHE	CARICHI PENDENTI	MODALITA' D'ASSUNZIONE	TIPOLOGIA TRATTAMENT O DEI FAMILIARI	QUOZIENTE INTELLETTIVO	TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SOSTITUTIVO
FIGLI MINORI	PERIODO + LUNGO DI OCCUPAZIONE		TIPO DI REATO CAR. PENDENTI	ONSET SOSTANZA PRIMARIA		MALTRATTAM ENTO O ABUSO	TRATTAMENTO PSICHIATRICO E TSO
	PERIODO + LUNGO DI DISOCCUPAZION E			SOSTANZE SECONDARIE E/O POLICONSUMO		TENTATI SUICIDI	<i>TERAPIA PSICOFARMACOLO GICA ALL'INGRESSO</i>
				COMPORTAMENTO INIETTIVO NELLA VITA			TEMPO DI PERMANENZA IN RESIDENZIALE E ESITO DIMISSIONI

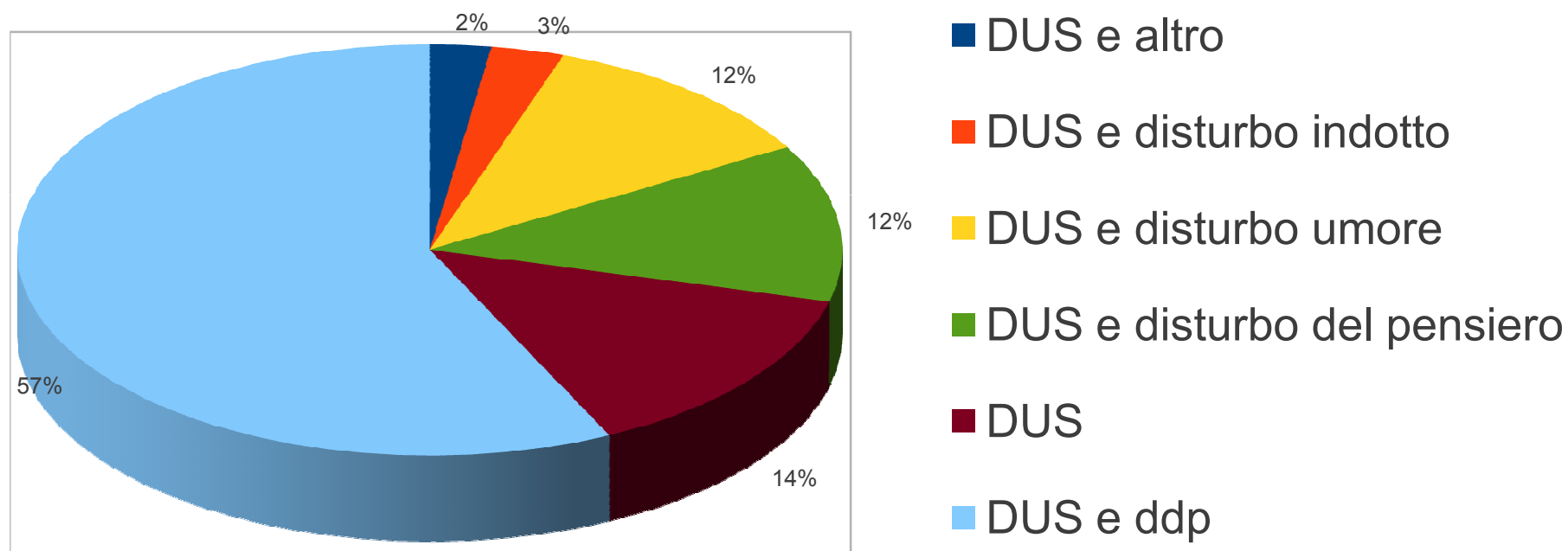


Caratteristiche del Campione: 1996-2015





% Comorbidità per tipologia di disturbi coesistenti (diagnosi di II livello)





La Gravosità della Comorbidità nella Cura

La letteratura ha da anni evidenziato una **elevata compromissione** per i soggetti tossicodipendenti in comorbidità psichiatrica relativamente all'aspetto **penale e sociale**, in termini di **salute fisica** e di **storia familiare** (Carrà et al., 2015).

I pazienti con doppia diagnosi presentano tassi di **ospedalizzazione maggiore** rispetto a soggetti con soli disturbi psichiatrici

- sono più spesso **senza fissa dimora**
- hanno più spesso **comportamenti violenti, auto ed etero-aggressivi**
- sono a **maggior rischio suicidario**
- commettono **più spesso reati**
- presentano **scarsa compliance ai trattamenti** farmacologici e non, causando maggiori costi psicologici e sociali per se stessi, per le loro famiglie e per la società.

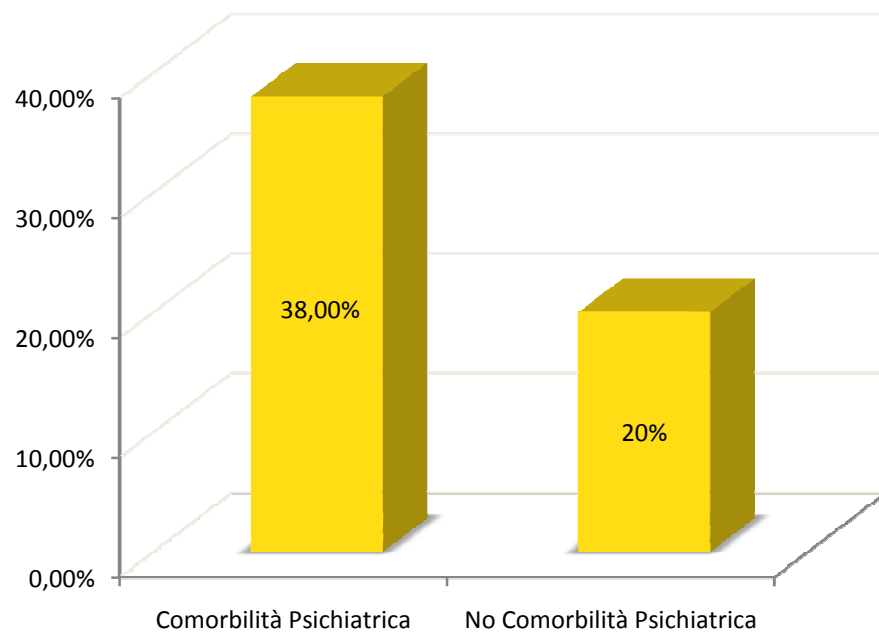
Dalton et al., 2003; Altamura et al., 2007; Zilberman et al., 2003; Gratzner et al., 2004.



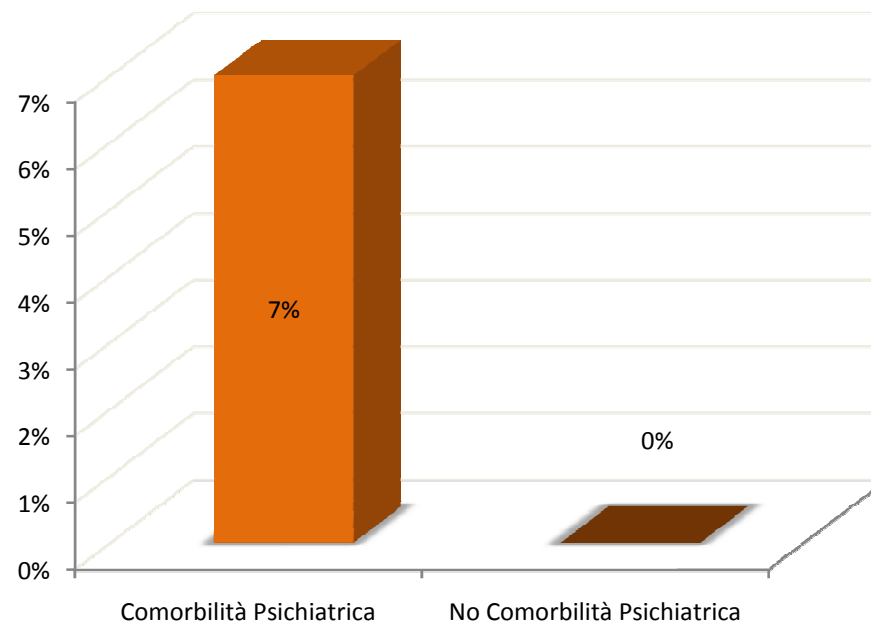
Comorbili VS Non Comorbili

Maggiore Compromissione Fisica

Epatite Positivo*



HIV positivo



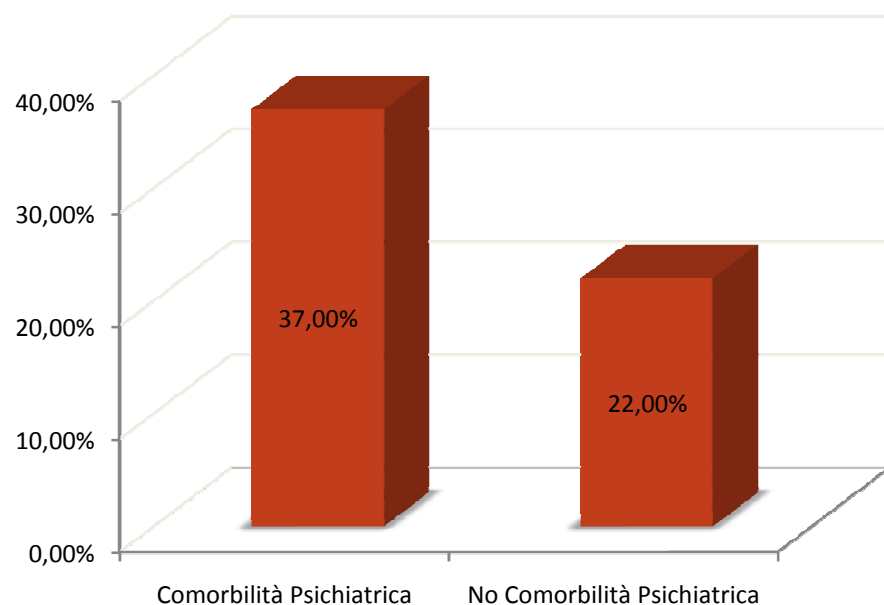
* $p \leq .05$, Test chi quadrato



Comorbili VS Non Comorbili

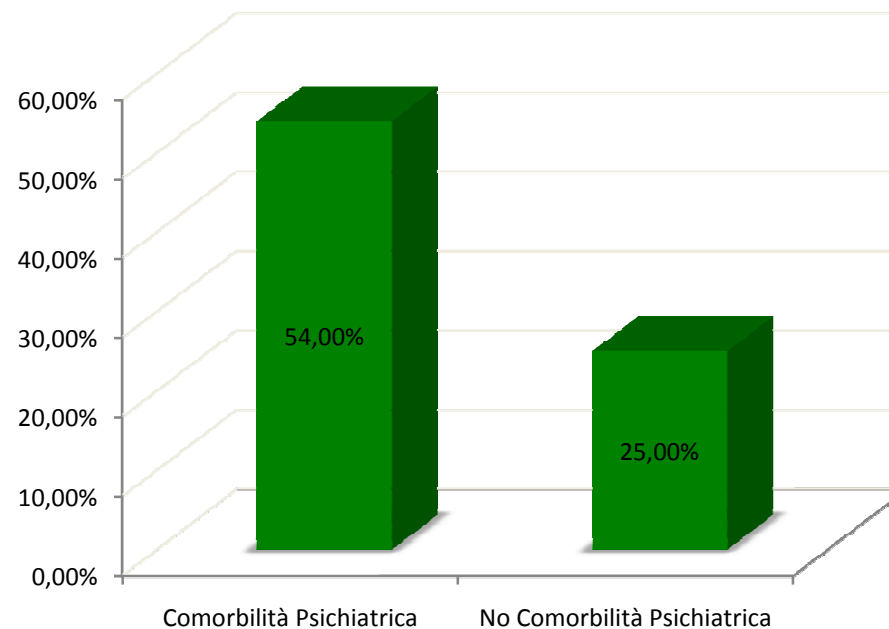
Adattamento Sociale più Compromesso

Maltrattamento Subito*



* $p \leq .05$, Test chi quadrato

Precedenti Penali**



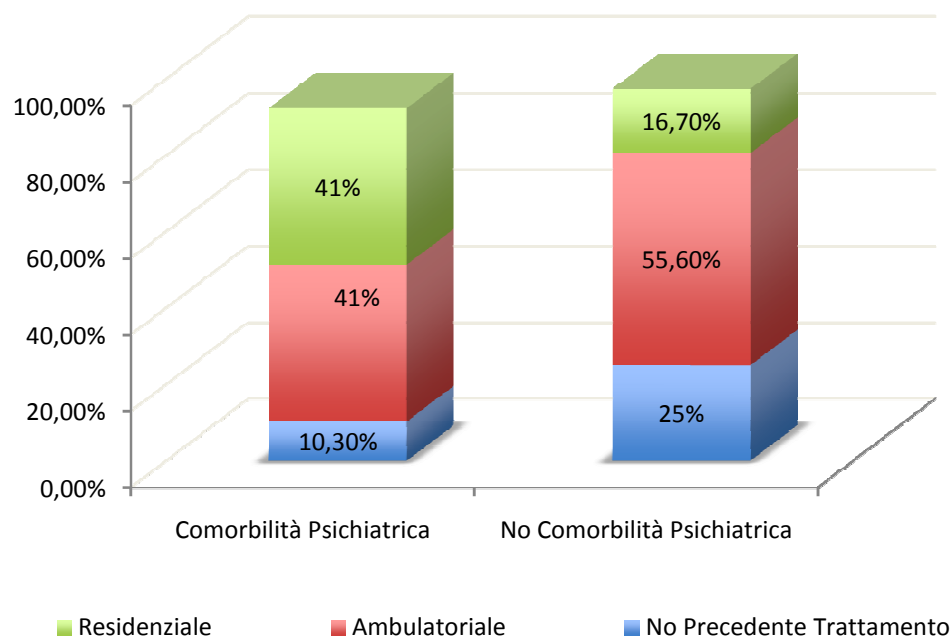
** $p \leq .001$, Test chi quadrato



Comorbili VS Non Comorbili

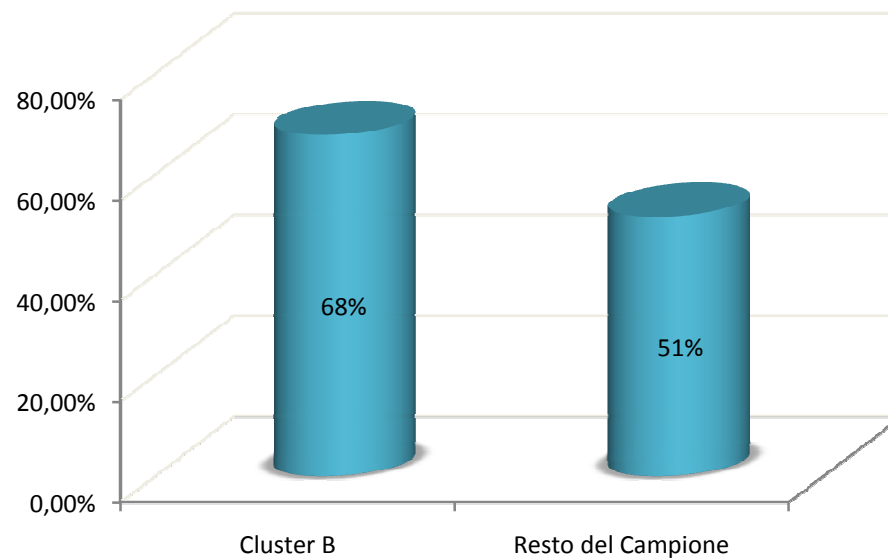
Maggiore Resistenza al Trattamento

Precedente Trattamento*



* $p \leq .005$, Test chi quadrato

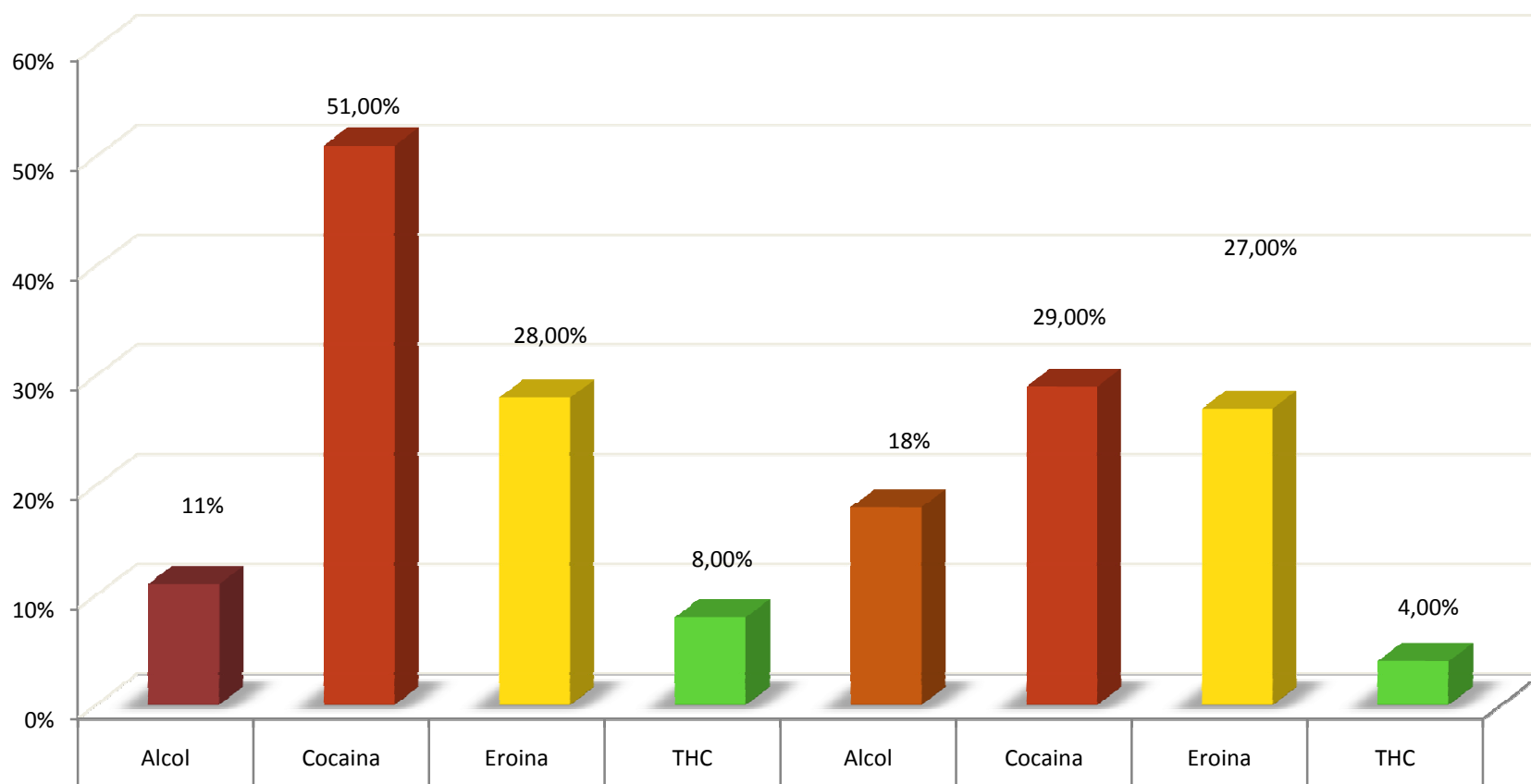
Drop**



** $p \leq .001$, Test chi quadrato



Sostanza Primaria di Abuso



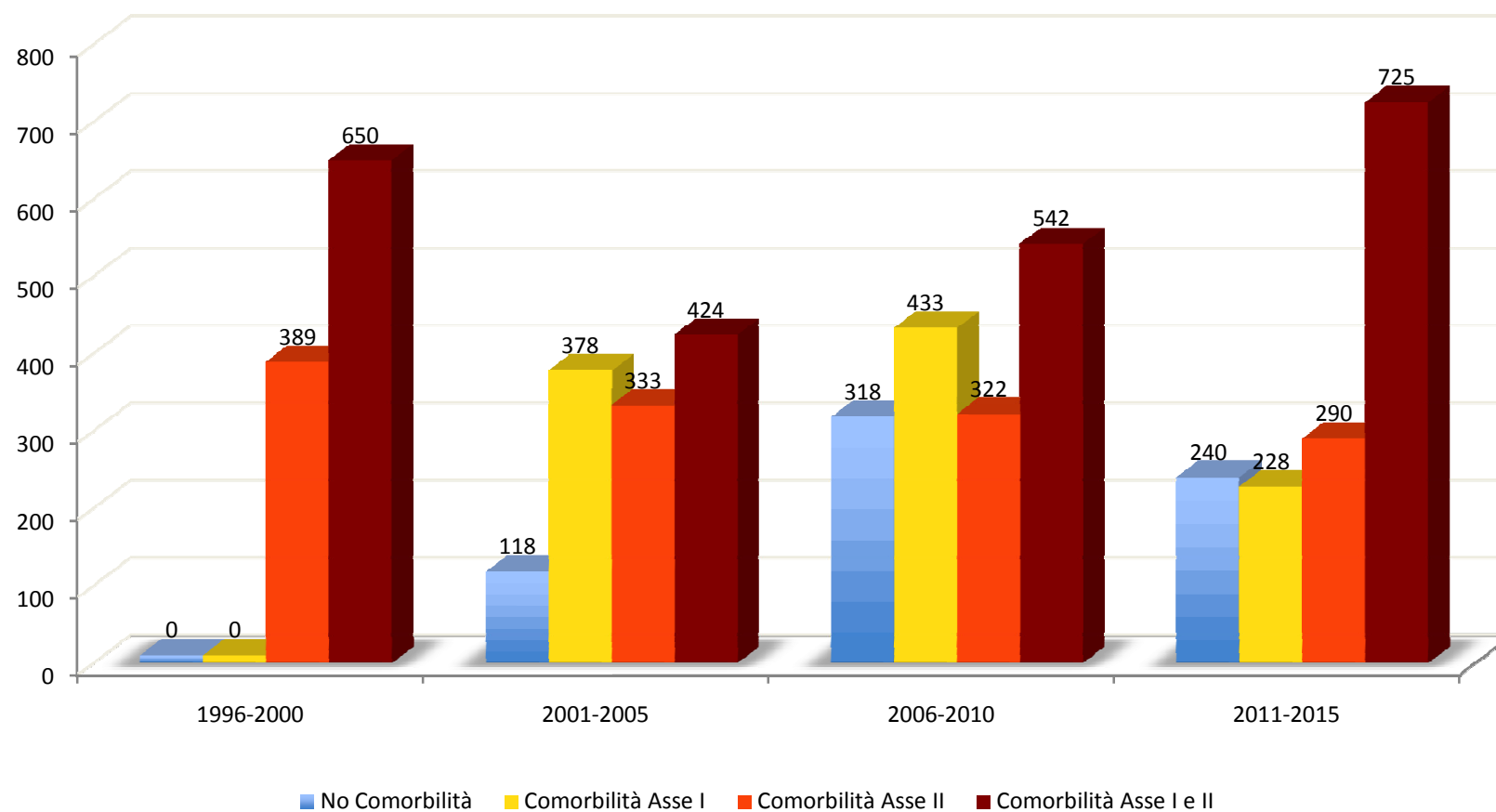


Domande ricorrenti e Risposte Possibili

- Si può passare da una cura standardizzata sulla tossicodipendenza ad un modello più personalizzato, tailored sulla comorbidità dei pazienti che aumenti la ritenzione in trattamento?
- L'aumento dell'uso di Cocaina in questi ultimi quindici anni è correlato con la gravità clinica dei ns pazienti e quindi con la % di comorbidità psicopatologica?
- Ci sono disturbi psicopatologici e tipologie di dipendenza che si intersecano più favorevolmente con il ns modo di curare?
- Specializzando e integrando la cura delle dipendenze patologiche con quella psichiatrica si possono ipotizzare Protocolli di Trattamento Individualizzato che aiutino i care manager a diminuire i casi di drop out e i pazienti a concordare l'inserimento in altro programma (reinserimento o altra struttura)?



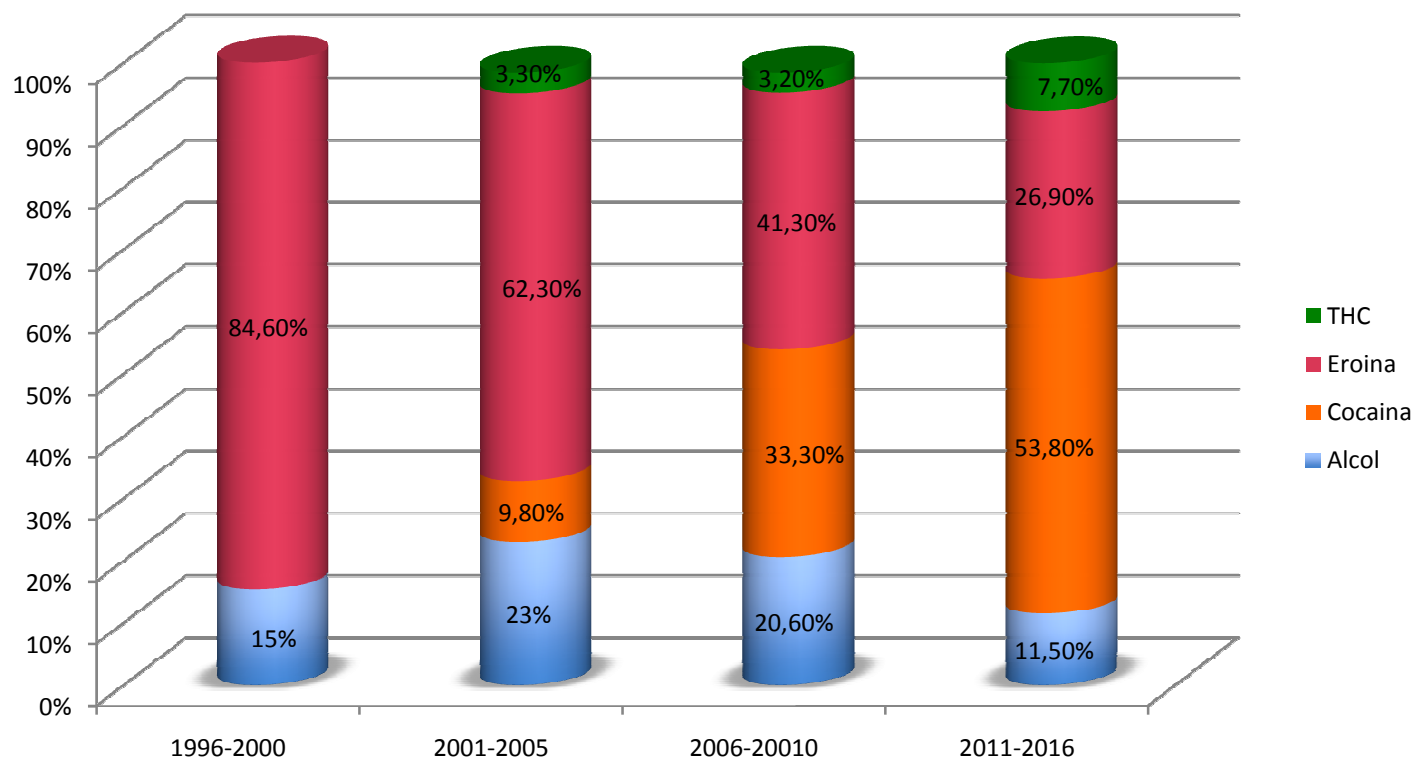
Giorni di Permanenza: 1996-2015





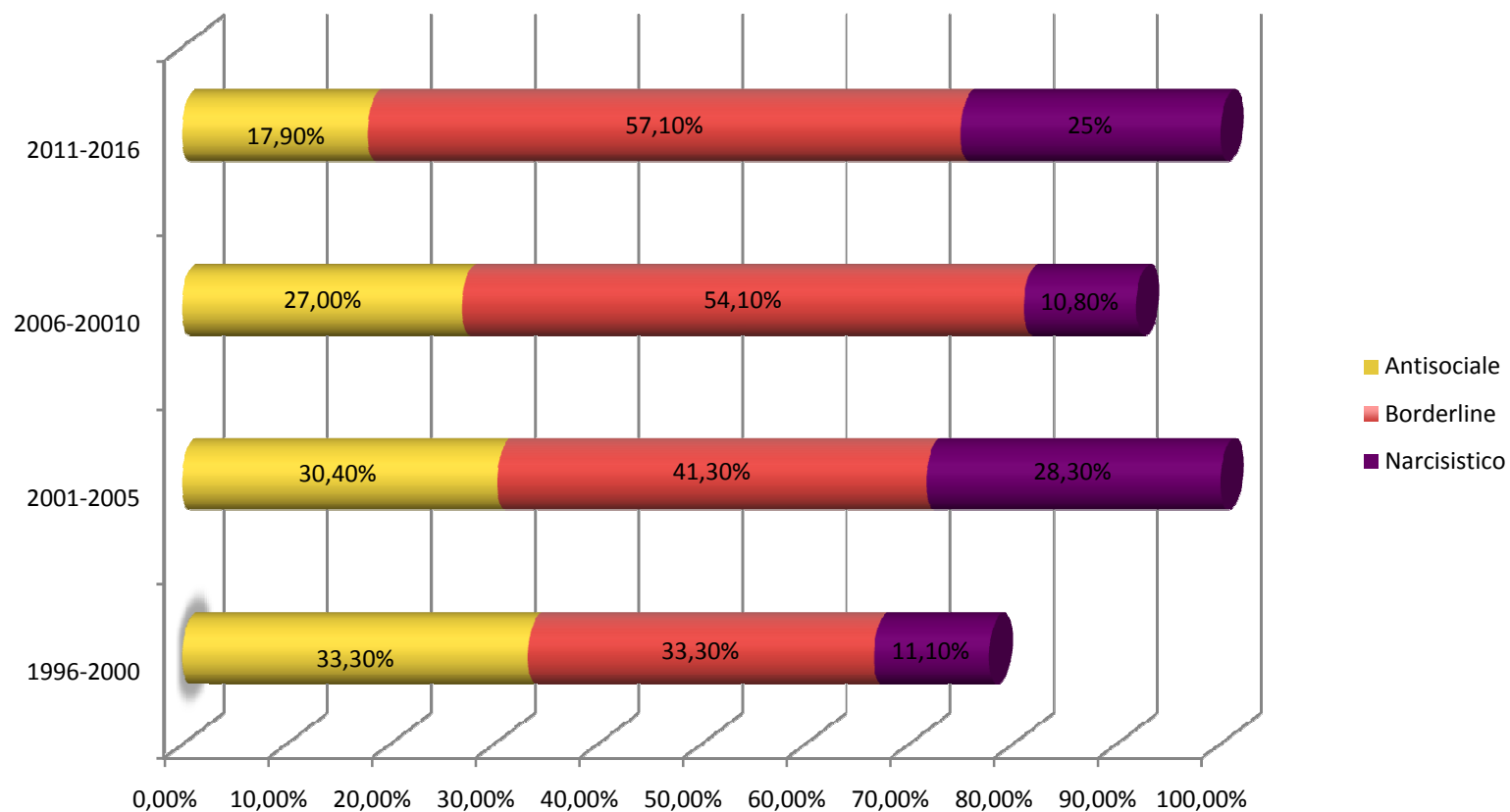
Cambiamento Sostanza Primaria negli Anni

Pazienti Comorbili





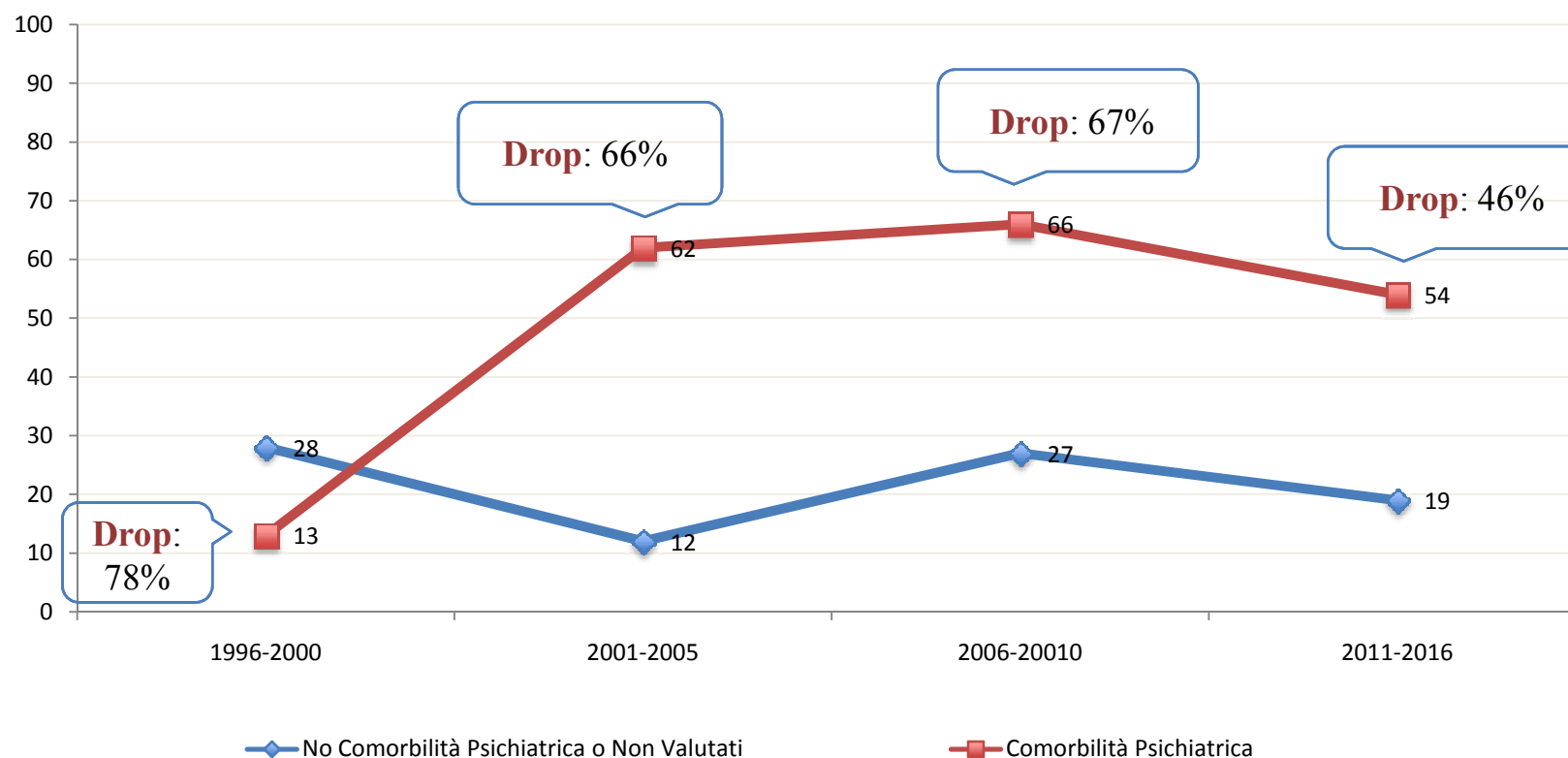
Cambiamento Profilo Cluster B negli Anni





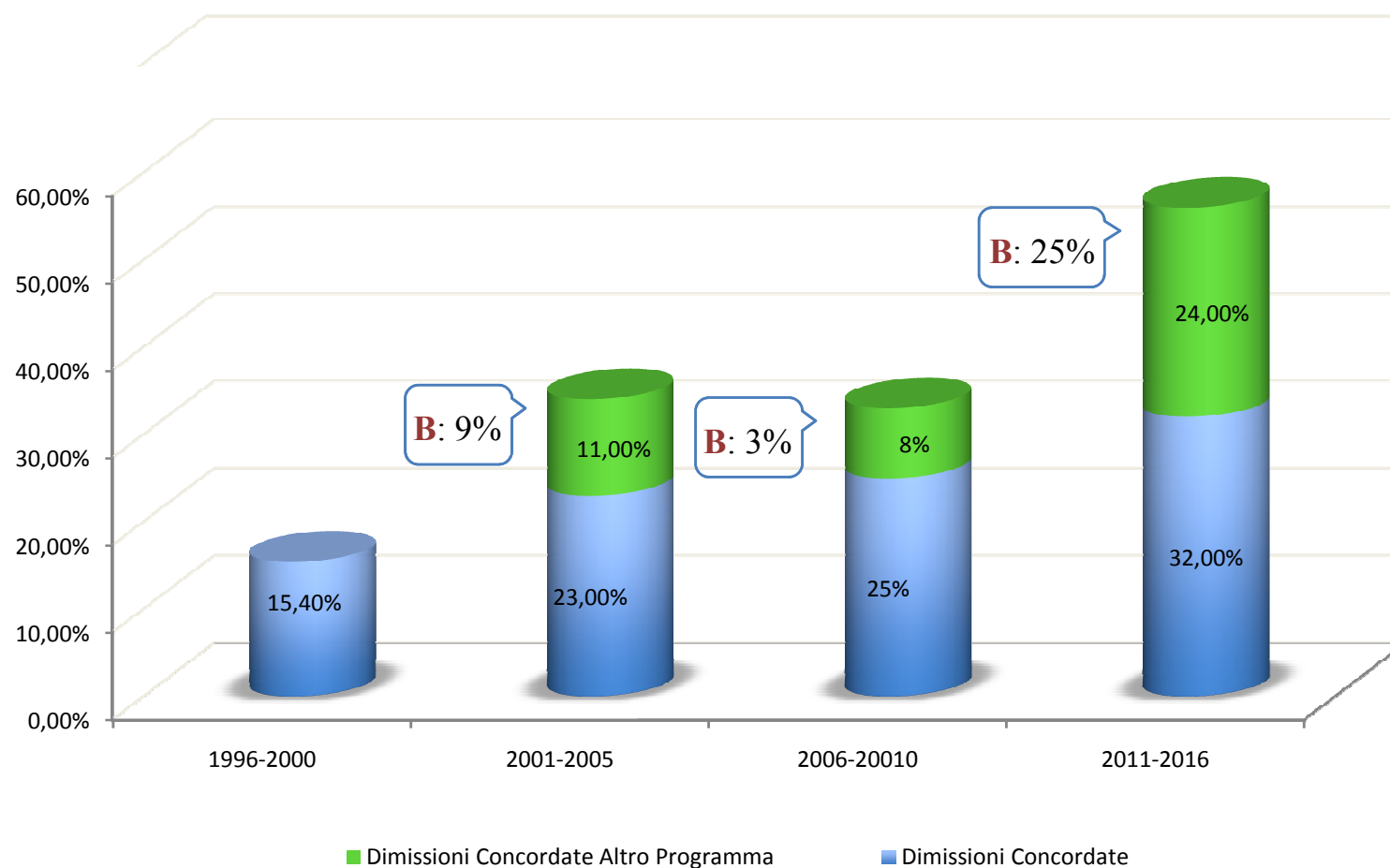
Ingresso Pazienti: 1996-2015

Distribuzione del campione nei quinquenni e percentuale generale di Drop out





% Dimissioni Concordate e % Invio ad Altro Programma





Grazie per l'attenzione...

villagorizia@atipica.org

adelmofiocchi@atipica.org