

L'ASSESSMENT DIAGNOSTICO NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E NELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA ASSOCIATA. ASPETTI OPERATIVI NELLA GESTIONE CLINICA

Ezio Manzato

*SER.T1 – Servizio Alcolologia
Az. Ulss 21 Legnago (VR)
Ospedale “Chiarenzi” – Zevio (VR)*

*DIRETTIVO NAZIONALE E COMMISSIONI NAZIONALI “DIPENDENZE E
PSICHIATRIA” E “ALCOLOGIA” DI FEDERSERD*

*SCUOLA SUPERIORE
DI FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA DI CREMONA
(Ric.D.M. Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica 24/10/1994)*

PFT

Doppia Diagnosi: limite, confine, necessità di condivisione. DdD e DSM a
confronto

✓ **Aspetti Generali**

✓ Assessment Diagnostico

✓ Valutazione

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

Pancheri P. "Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.



- ❖ L'assunzione di sostanze può essere **causa, conseguenza o fenomeno concomitante** di **segni e di sintomi psicopatologici**
- ❖ Negli ultimi anni sia da parte dei ricercatori che dei clinici l'attenzione si è focalizzata sulla **presenza nel medesimo caso clinico di due diagnosi**, una correlata all'abuso o alla dipendenza da sostanze ed una relativa a sindromi psichiatriche tradizionali
- ❖ A questa particolare **situazione di comorbidità** è stato dato il nome di **doppia diagnosi**, volendo significare la presenza di due disturbi psichiatrici che soddisfano i criteri diagnostici di un sistema nosografico di riferimento

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DIPENDENZA DA SOSTANZE

(Dipendenza da eroina)

INTERRELAZIONI



COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

Pancheri P. "Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.

❖ DOPPIA DIAGNOSI E DSM-IV-TR

❖ GERARCHIA DIAGNOSTICA (RAPPORTO DI CAUSALITA')

- ❖ 1) **Rapporto casuale** (indipendenza e diversità eziopatogenetica) dell'associazione in comorbidità tra assunzione di sostanze e disturbo psichiatrico. Trattamenti differenti dei due disturbi
- ❖ 2) **Disturbo sindromico primario** con cluster di sintomi psicopatologici caratteristici che rendono il soggetto più vulnerabile all'assunzione di sostanze (automedicazione). Trattamento principale del disturbo psichiatrico primario, con secondarietà per il disturbo da uso di sostanze
- ❖ 3) **Rapporto di causalità accertato** tra assunzione di sostanze e comparsa del disturbo psicopatologico, con remissione del quadro sindromico alla sospensione dell'uso, o persistenza del quadro sindromico anche dopo l'eliminazione della sostanza. Trattamento prioritario del disturbo da uso di sostanze
- ❖ 4) **Comune matrice dei due disturbi**, disturbi psichiatrici-dipendenza da sostanze con determinanti e concause comuni. Trattamento sul meccanismo patofisiologico comune

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE TRATTAMENTI

“Linee Guida Cliniche per il trattamento di pazienti con disturbi da uso di sostanze: alcol, cocaina, oppioidi “. *APA, 1999.*



❖ **PRINCIPI GENERALI DI TRATTAMENTO** Affidabilità clinica considerevole (I), affidabilità clinica moderata (II), consiglio per circostanze individuali (III)

- **Valutazione** (I): anamnesi, esame obiettivo, anamnesi psicofarmacologica, sociale e familiare, esami di laboratorio ed indagini strumentali
- **Gestione psichiatrica** (I), associata a trattamenti specifici condotti in collaborazione
- **Trattamenti farmacologici** (I), per intossicazione, astinenza, prevenzione ricaduta, terapia sostitutiva e psicofarmacoterapia: naltrexone e disulfiram (II), farmaci dopaminergici (III), metadone e LAAM (I), naltrexone (II)
- **Trattamenti psicosociali** (I), con programma articolato: terapie comportamentali (I), cognitivo-comportamentali (I), terapia psicodinamica (III), terapia breve (II), terapia familiare e di coppia (II), terapie di gruppo (II), AA (II)

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE TRATTAMENTI

“Linee Guida Cliniche per il trattamento di pazienti con disturbi da uso di sostanze: alcool, cocaina, oppioidi “. *APA, 1999.*



❖ **PRINCIPI GENERALI DI TRATTAMENTO** Affidabilità clinica considerevole (I), affidabilità clinica moderata (II), consiglio per circostanze individuali (III)

➤ **Formulazione ed attuazione di un piano di trattamento globale (I)**, a lungo termine con intensità e tipo di trattamenti diversi variabili nel tempo

➤ **Contesti di trattamento (I)**: contesto di trattamento meno restrittivo, ma più sicuro e efficace e preferito dal paziente, ospedalizzazione (I), trattamento residenziale (II), trattamento ambulatoriale (I) con intensità e durata variabile

➤ **Caratteristiche cliniche che influenzano il trattamento (I)**: condizioni mediche e psichiatriche concomitanti, sesso, età, ambiente di vita, caratteristiche familiari e fattori culturali

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO PER LA COMORBILITA' PSICHIATRICA

Milesi A, Clerici M. "Conclusioni. Il paziente in doppia diagnosi. Le linee guida per l'intervento e la gestione assistenziale". *Noos*, 2, 2000.

Milesi A, Bertrando P., Peroni D., Clerici M. "Linee guida per il trattamento dei pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive in comorbidità psichiatrica". In *Mosti A., Clerici M. Lungo il confine. Tossicodipendenza e comorbidità. FrancoAngeli, Milano, 2003.*

- **Network tra SER.T, Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche**
- **Pianificazione di un programma a lungo termine (Modello Stadiale)**
- Management intensivo del caso
- Trattamento farmacologico di stabilizzazione dei sintomi di dipendenza e psichiatrici
- Intervento psicoeducativo con il paziente e la famiglia
- Intervento motivazionale per l'astinenza dalle sostanze psicoattive
- Counselling e psicoterapia
- Gruppo di auto aiuto e Training per le abilità sociali
- Ricovero ospedaliero e/o in struttura residenziale
- **Valutazione del trattamento**

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO PER LA COMORBILITA' PSICHIATRICA

Boselli P., et al. " Il percorso dei pazienti con doppia diagnosi : l'esperienza dell'USL Imperiese". *Psichiatria di Comunità*, 4, 2004.



Il gruppo di lavoro aziendale ha definito il **percorso diagnostico-terapeutico** ed è stato sottoscritto dai due Dipartimenti un **documento come protocollo d'intesa** coordinato con il Privato Sociale

Il percorso è suddiviso in sei parti:

- 1) **Accesso** (SER.T, CSM, SPDC), **valutazione diagnostica e scelta del tipo di percorso**
- 2) **Trattamento ambulatoriale integrato**
- 3) **Ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**
- 4) **Inserimento in Struttura Semiresidenziale**
- 5) **Inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale**
- 6) **Trattamenti socio-assistenziali e riabilitativi**

E' stata messa in risalto la **gravità clinica** (VGF) e la **gravosità assistenziale** del disturbo da uso di sostanze e del disturbo psichiatrico come parametro per la scelta per la gestione del percorso assistenziale

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO PER LA COMORBILITA' PSICHIATRICA

MODELLO STADIALE

PERCORSO SPECIFICO

- ❖ **Diagnosi con un assessment completo**
- ❖ **Progettazione dell'intervento a lungo termine con obiettivi intermedi (Modello Stadiaale)**
- ❖ **Integrazione delle tecniche terapeutiche con moduli di trattamento**
- ❖ **Valutazione dei risultati mediante indicatori di outcome e strumenti specifici**
- ❖ **Rivalutazione periodica dei programmi con introduzione di cambiamenti e standardizzazione**

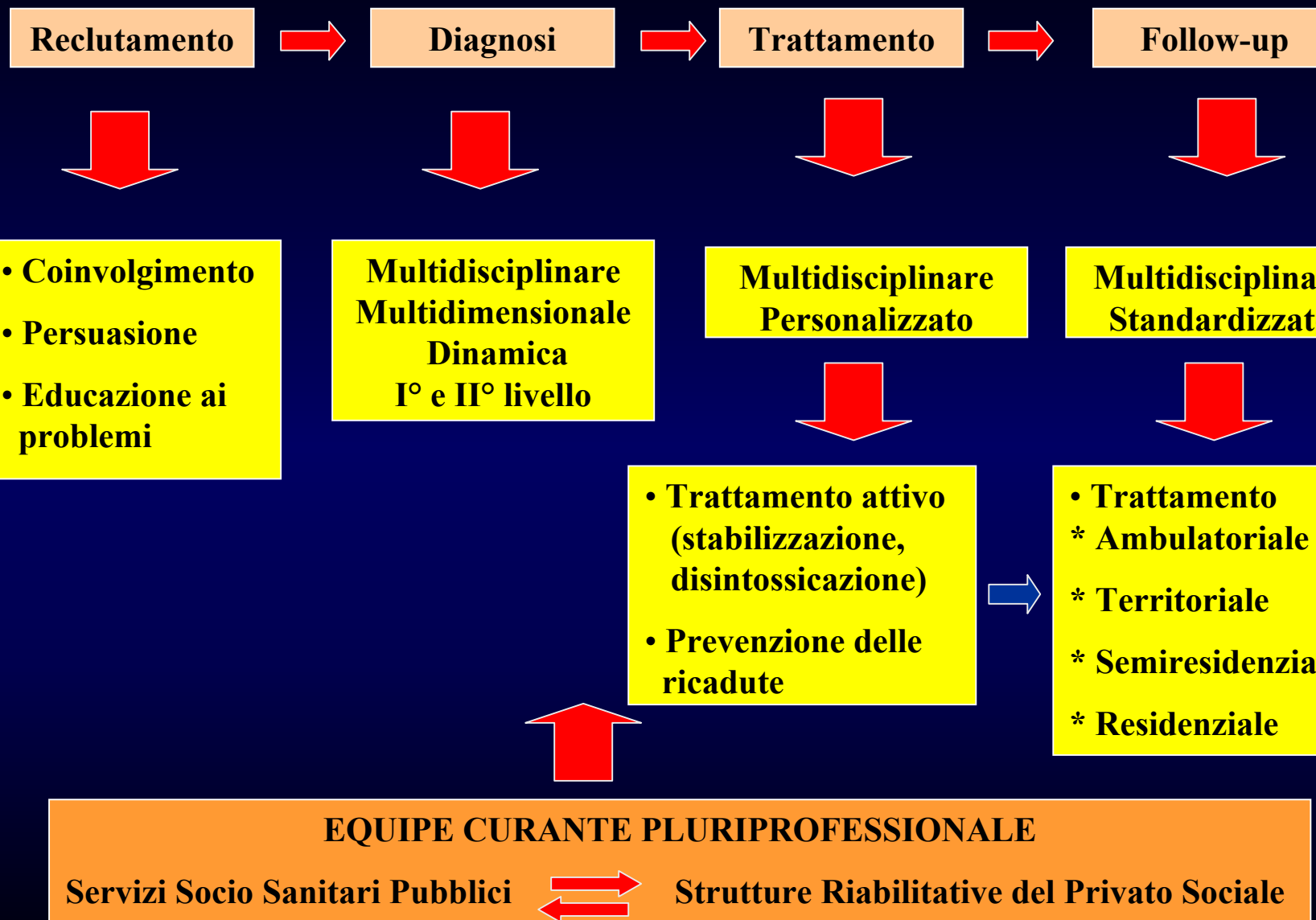
QUATTRO FASI

- ❖ **Ingaggio** (costruzione della fiducia terapeutica nel paziente, essenziale per la compliance al trattamento, mediante la consapevolezza dei problemi e la motivazione al cambiamento, ed il coinvolgimento della famiglia)
- ❖ **Educazione ai problemi** (identificazione e gestione dei problemi, sviluppo delle capacità di coping ed educazione alle regole del programma)
- ❖ **Trattamento attivo** (motivazione all'astensione, tecniche terapeutiche diversificate e follow-up a breve ed a lungo termine)
- ❖ **Prevenzione delle ricadute** (terapia di gruppo, gruppo di auto aiuto,...)

COMPLESSITA' DEL PROCESSO DI CURA

TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO STADIALE

SERVIZIO TOSSICODIPENDENZE



✓ Aspetti Generali

✓ **Assessment Diagnostico**

✓ Valutazione

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE ASPETTI OPERATIVI

Delle Chiaie R. "Alcol". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.

❖ PROBLEMI OPERATIVI

❖ Sono necessarie **un valutazione scrupolosa ed evolutiva del disturbo ed un' osservazione prolungata ed operazioni sequenziate:**

- la **prima operazione** consiste nel verificare l'effettiva presenza di una diagnosi doppia (disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze)
- la **seconda operazione** consiste nel verificare l'età di insorgenza del disturbo psichiatrico
- la **terza operazione** consiste nel valutare la presenza di disturbi psichiatrici durante i pregressi periodi di astinenza dalle sostanze
- la **quarta operazione** consiste nel monitorare in modo scrupoloso le condizioni cliniche per verificare la tendenza alla regressione dei sintomi psicopatologici con la progressione dell'astinenza dalle sostanze

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

ASPETTI OPERATIVI

Sullivan J.K., Evans K. "Integrated treatment for the survivor of childhood trauma who chemically dependent". *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 4, 1994.



❖ Per fare una **diagnosi corretta ed accurata** nella condizione clinica di doppia diagnosi, è necessario seguire **6 regole decisionali (3 maggiori e 3 minori)**:

1. **momento di esordio** dell'episodio depressivo (precedente o successivo all'abuso di sostanze)
2. **persistenza** del disturbo depressivo dopo quattro settimane dalla disintossicazione
3. **caratteristiche sintomatologiche** del quadro clinico (sintomi qualitativamente differenti)
 1. familiarità positiva per disturbi dell'umore
 2. precedenti tentativi terapeutici falliti per dipendenza da sostanze psicoattive e/o per disturbi psichiatrici
 3. eventuale risposta terapeutica a pregressi trattamenti psicofarmacologici

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

ASPETTI OPERATIVI

Maremmani I., Canoniero S., Daini L., “ La comorbilità psichiatrica nella dipendenza da eroina “. *Giornale Italino di Psicopatologia*, 3, 1997.

Maremmani I., Canoniero S., Pacini M., Daini L. “ La doppia diagnosi.Generalità e principi di trattamento “. *In Maremmani I. Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Pacini, Pisa, 2001.*



❖ PRIMARIETA' (CRITERI)

- **causalità** (classe di sostanza, modalità di assunzione, storia di assunzione come dose, frequenza, contesto, funzionalità ricercata e significato attribuito dal paziente)
- **autonomia** (disturbo psichiatrico presente durante il periodo di astensione da uso di sostanze)
- **temporalità** (disturbo psichiatrico precedente l'inizio del disturbo da uso di sostanze)
- **espressività sintomatologica** (disturbo psichiatrico evidente anche in presenza di uso di sostanze)
- **familiarità** (presenza di familiarità per disturbi psichiatrici)

E.Manzato

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

ASPETTI OPERATIVI

Maremmanni I., Canoniero S., Daini L., “ La comorbilità psichiatrica nella dipendenza da eroina “. *Giornale Italino di Psicopatologia*, 3, 1997.

Maremmanni I., Canoniero S., Pacini M., Daini L. “ La doppia diagnosi.Generalità e principi di trattamento “. *In Maremmanni I. Manuale di neuropsicofarmacoterapia psichiatrica e dell'abuso di sostanze. Pacini, Pisa, 2001.*



❖ SECONDARIETA' (CRITERI)

- **autonomia** (disturbo psichiatrico presenta una remissione alla sospensione dell'uso di sostanze, ad eccezione dei disturbi organici permanenti)
- **temporalità** (disturbo psichiatrico successivo all'inizio del disturbo da uso di sostanze)
- **familiarità** (non presenza di familiarità per disturbi psichiatrici, ma presenza di familiarità per disturbi da uso di sostanze)

ASPETTI OPERATIVI

Rounsaville B.J., Kranzler H.R. "The DSM-III-R diagnosis of alcoholism, psychiatric update" *American Psychiatric Press, Washington D.C., 1989.*

Nunes E.V., Quitkin F.M., Brady R., Stewart J.W. "Imipramine treatment of methadone maintenance patients with affective disorders and illicit drug use" *American Journal of Psychiatry, 148, 1991.*

Nunes E.V., McGrath P.J., Quitkin F.M., Brady R., Stewart J.W. "Imipramine treatment of alcoholism with comorbid depression affective disorders and illicit drug use" *American Journal of Psychiatry, 150, 1993.*

Mirim S.M., Weiss R.D. "Substance abuse and mental illness". *In Frances R.J., Miller S.I. Clinical Textbook of addictive disorders . Guilford Press, New York, 1991.*

- ❖ Nei pazienti che non sono in grado di mantenere l'astinenza da uso di sostanze per il periodo richiesto (mediamente quattro settimane), l'impossibilità di trattare i disturbi psichiatrici sottostanti può contribuire alla ricaduta
- ❖ La riduzione solo a due settimane del periodo di astinenza richiesto per formulare la diagnosi permette di trattare rapidamente i disturbi psichiatrici sottostanti e di migliorare l'adesione al trattamento
- ❖ Nei pazienti positivi per anamnesi premorbose e con familiarità positiva per disturbi psichiatrici è necessario iniziare subito il trattamento psichiatrico specifico

COMORBILITÀ' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE ASPETTI OPERATIVI

Pancheri P. "Nosografia e psicopatologia della doppia diagnosi". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.

Pancheri P. "La schizofrenia". In Pancheri P. *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*. Scientific Press, Firenze, 2002.

- ❖ La **procedura diagnostica** nel caso di una condizione clinica con storia e stato di sintomatologia psicotica ed assunzione pregressa o attuale di sostanze **prevede 3 livelli**:
 - **I° Livello DIAGNOSI CATEGORIALE**: i criteri diagnostici standardizzati del DSM IV-TR sono la guida per l'inquadramento per i due disturbi psichiatrici. La diagnosi è confermata dall'accertamento biologico dell'assunzione di sostanze (metaboliti urinari;...
 - **II° Livello INQUADRAMENTO DIMENSIONALE**: le dimensioni psicopatologiche dell'impoverimento, della trasformazione della realtà, della disorganizzazione e della depressione caratteristiche della schizofrenia sono considerate assieme alla dimensione della tendenza all'assunzione di sostanze (appetitività/dipendenza)
 - **III° Livello INTERPRETATIVO**: l'ipotesi di un rapporto di causalità tra abuso/dipendenza da sostanze e sintomatologia schizofrenica, in termini probabilistici (familiarità, sequenzialità temporale, reversibilità da sospensione), costituisce la linea guida per la priorità e la sequenzialità degli interventi

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

Fioritti A., Solomon J. "Aspetti clinici- Diagnosi". In Fioritti A., Solomon J. *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento. FrancoAngeli, Milano, 2002.*



❖ DOPPIA DIAGNOSI

❖ CLASSI DI PAZIENTI

- ❖ 1) **Disturbo psichiatrico primario** (tipo e pattern delle sostanze in relazione nota con il disturbo, disturbo psichiatrico esordito precedentemente all'uso delle sostanze e presente nei periodi di astinenza, sintomi psichiatrici non in relazione con l'uso delle sostanze, presenza di familiarità per disturbi psichiatrici)
- ❖ 2) **Disturbo da uso di sostanze primario** (relazione temporale tra uso di sostanze e sintomi psichiatrici, uso di sostanze precedente, remissione dei sintomi psichiatrici alla sospensione dell'uso, sintomi psichiatrici congrui per tipo, quantità e durata di uso di sostanze, familiarità per disturbi da uso di sostanze)
- ❖ 3) **Entrambi i disturbi primari** (disturbi con decorsi indipendenti, sintomi psichiatrici non in relazione clinica comprensibile con l'uso di sostanze, storia familiare variabile ma con scarse indicazioni)

DA USO DI SOSTANZE
ASPETTI OPERATIVI

Salloum I. M., Daley D.C., Thase M.E. " Assessment and identification". *In Salloum I. M., Daley D.C., Thase M.E. Male depression, alcoholism and violence. Martin Dunitz Ltd, London, 2000.*

Salloum I. M., Cornelius J.D. " Comorbid alcoholism and depression: treatment issues". *Journal of Clinical Psychiatry, 62, 20, 2001.*



❖ **Gli strumenti utilizzati per l'assessment diagnostico** in ambito alcologico e psicopatologico sono:

- **Colloquio clinico, esame fisico ed esame psichico**
 - **Questionari, scale di valutazione, test psicologici ed interviste semistrutturate e strutturate**
 - **Esami di laboratorio ed indagini strumentali (screening ed approfondimento)**
- ❖ L'assessment diagnostico deve valutare diversi aspetti (dimensioni) attraverso due livelli (I° e II°) di valutazione (valutazione psichiatrica per disturbi psichiatrici primari, mediamente dopo tre/quattro settimane di astinenza):
- **gravità complessiva del disturbo correlato all'alcol e dei disturbi psichiatrici (MAST, SADQ, ADS, CIWA-R, TLFB, ASI, SCID, HDRS, BDI,...)**

ASPETTI OPERATIVI

Gabbard G. "Valutazione psicodinamica del paziente". *In Gabbard G. Psichiatria psicodinamica. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.*



❖ SCHEMA PER LA VALUTAZIONE PSICODINAMICA

- ❖ Informazioni anamnestiche (disturbo attuale, anamnesi remota, dello sviluppo e familiare, valutazione dell'ambiente culturale e religioso)
- ❖ Esame dello stato psichico (orientamento, percezione, cognitività, affettività, impulsività ed aggressività, comportamento)
- ❖ Esame fisico e neurologico
- ❖ Test psicologici proiettivi ed altre scale
- ❖ Esami di laboratorio ed indagini strumentali

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE

ASPETTI OPERATIVI

Gabbard G. "Valutazione psicodinamica del paziente". *In Gabbard G. Psichiatria psicodinamica. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.*



❖ SCHEMA PER LA VALUTAZIONE PSICODINAMICA

❖ Diagnosi psicodinamica:

- diagnosi descrittiva secondo il DSM-IV
- interazione tra gli Assi del DSM-IV
- caratteristiche dell'Io (forze e debolezze, meccanismi di difesa, conflitti psicodinamici, rapporti con il Super Io, regolazione degli affetti e degli impulsi)
- qualità delle relazioni oggettuali (relazioni familiari, sociali, modalità di transfert e controtransfert, inferenze con le relazioni oggettuali interne)
- caratteristiche del Sé (stima e coesione del Sé, continuità e confini del Sé, rapporto mente e corpo)

❖ Formulazione esplicativa delle informazioni sopraelencate

E. Manzato

“Approvazione ed adozione di un protocollo operativo tra i Dipartimenti per le Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende ULSS del Veneto per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica



LINEE GUIDA REGIONALI



PROTOCOLLO OPERATIVO

ORGANIZZAZIONE OPERATIVA

L'organizzazione operativa integrata del Protocollo Operativo tra il Dipartimento per le Dipendenze ed il Dipartimento di Salute Mentale secondo le Linee Guida Regionali

prevede



- ✓ i modi dell'accertamento diagnostico e le procedure di collaborazione tra i Servizi
- ✓ i tempi e le modalità di definizione dei programmi riabilitativi
- ✓ le modalità di gestione delle urgenze
- ✓ le modalità di stesura e di gestione dei programmi riabilitativi residenziali

ORGANIZZAZIONE OPERATIVA

L'organizzazione operativa integrata del Protocollo Operativo tra il Dipartimento per le Dipendenze ed il Dipartimento di Salute Mentale secondo le Linee Guida Regionali

prevede



- ✓ le modalità di presa in carico e di verifica dei programmi riabilitativi per pazienti residenti in strutture residenziali e semiresidenziali
- ✓ le vie di accesso facilitate per i Servizi
- ✓ i livelli di responsabilità all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze e di Salute Mentale e la verifica periodica del Protocollo Operativo

Modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione tra i Servizi

Servizio che effettua la diagnosi

Équipe del SER.T → definisce la diagnosi e la gravità del disturbo da uso di sostanze psicoattive e formula la diagnosi provvisoria di comorbilità psichiatrica

Psichiatra del Servizio di Salute Mentale → conferma la diagnosi psichiatrica

Modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione tra i Servizi

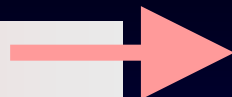
Servizio che effettua la diagnosi

Équipe del Servizio di Salute Mentale → definisce la diagnosi e la gravità del disturbo psichiatrico e formula la diagnosi provvisoria di disturbo da uso di sostanze psicoattive

Medico del SER.T → conferma la diagnosi del disturbo da uso di sostanze psicoattive

Modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione tra i Servizi

Figure professionali



medico SERT, psichiatra, psicologo

Procedure operative

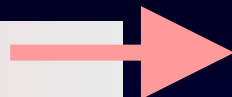
- intervista clinica e psichiatrica
- valutazione clinica secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR per diagnosi attuale e lifetime
- definizione della gravità clinica secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR (Asse V)
- definizione del disturbo prevalente (peso della gravità, storia clinica, trattamenti, ricoveri,...)

Strumenti

- per la dipendenza (colloquio clinico, visita medica, dosaggio dei metabolici urinari, esame psichico, ASI, VGF, CGI, Astinenza Wang, CIWA-AR, Craving VAS,...)
- per la psicopatologia (colloquio clinico, esame psichico, SCL-90-R, SCID I e SCID II o altre scale standardizzate riconosciute)

Modi dell'accertamento diagnostico e di collaborazione tra i Servizi

Figure professionali



medico SERT, psichiatra, psicologo

Procedure operative

- **valutazione diagnostica iniziale** secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR costituisce la rappresentazione di base del comportamento patologico
- **valutazione periodica durante il trattamento (follow-up)** mediante il giudizio clinico e misurazioni specifiche per verificare l'andamento e l'esito del trattamento a tempi stabiliti da uno schema di assessment e valutazione

Strumenti

- per la dipendenza (colloquio clinico, visita medica, dosaggio dei metabolici urinari, esame psichico, ASI, VGF, CGI, Astinenza Wang, CIWA-AR, Craving VAS,...)
- per la psicopatologia (colloquio clinico, esame psichico, SCL-90-R o altre scale standardizzate riconosciute)

ASSESSMENT DIAGNOSTICO

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE



CLASSIFICAZIONE

- Categoriale
- Dimensionale

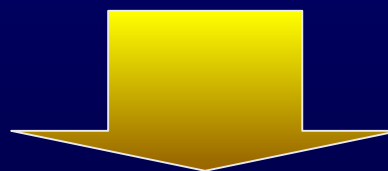


STADIAZIONE



GRAVITA' CLINICA

- Gravità della dipendenza
- Gravità della comorbidità psichiatrica
- Gravità della comorbidità medica
- Gravità della situazione familiare e sociale
- Gravità del danno bio-psico-sociale



Scelta, Abbinamento, Pianificazione, Gestione, Monitoraggio



TRATTAMENTO RIABILITATIVO INTEGRATO

E' opportuna una batteria standard di strumenti che può essere integrata di caso in caso con strumenti specifici.

E' utilizzata per rilevare principalmente i seguenti aspetti

- **Valutazione della Motivazione del Trattamento: MAC/E/A**
- **Valutazione della Gravità Complessiva: ASI, VGF, VGFR, SVFSL, GCI**
- **Rilevazione di Sintomi psicopatologici e Disturbi Psichiatrici: SCL-90-R, HDRS, STAI, STAXI, MMPI, SCID**
- **Descrizione della Personalità: SCL-90-R, MMPI, TCI, RORSCHACH, TAT, SCALA DEL FUNZIONAMENTO DIFENSIVO**
- **Descrizione della dimensione relazionale affettiva nei legami familiari: FRT, VGFR, SVFSL**
- **Descrizione degli aspetti sociali ed ambientali: ASI, VGFR, SVFSL**

Tempi medi di somministrazione , di elaborazione e di restituzione
dei Questionari e dei Test Psicologici

test	Tempo di somministrazione	Tempo di codifica/ elaborazione	Tempo di restituzione	Tempi Totali (ore/min)
MAC/E	10 min	10 min	1 ora	1.20 ora
ASI	1.30 ora	20 min.	1 ora	2.50 ore
VGf	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
VGFR	10 min	10 min	1 ora	1.20 ora
SVFSL	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
CGI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
HDRS	20 min.	10 min.	1 ora	1.30 ora
STAI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ora
STAXI	20 min.	20 min.	1 ora	1.40 ora
MMPI 2	2 ore	1.30 ora	1 ora	4.30 ore
SCID P	1.30 ora	30 min.	1 ora	3.00 ore
SCID II	1.30 ora	30 min.	1 ora	3.00 ore
TCI	1 ora	40 min.	1 ora	2.40 ore
RORSCHACH	1.30 ora	2.00 ore	1 ora	4.30 ore
TAT	2.00	2.00 ore	1 ora	5.00 ore
WAIS-R	2.00	30 min.	1 ora	3.30 ore
FRT	1 ora	45 min.	1 ora	2.45 ore
CBA 2.0	45 min.	1 ora	1 ora	2.54 ore
SCL-90-R	15 min.	30 min.	1 ora	1.45 ora

ASI

Addiction Severity Index

E' un'intervista semistrutturata, elaborata da McLellan e colleghi (1979), (adattamento italiano di Consoli e Bennardo, 1995) specifica del settore delle dipendenze da sostanze psicoattive che permette di descrivere il profilo di gravità dei problemi del singolo paziente mediante l'analisi in sette aree problematiche:

Condizione Medica

Condizione Lavorativa

Uso di Droga

Uso di Alcol

Status Legale

Relazioni Familiari/Sociali

Stato Psicico

La dipendenza da sostanze psicoattive è un complesso di problemi medici, sociali, familiari, penali e psicologici

Questi problemi si combinano tra di loro in vario modo nel sostenere la dipendenza da sostanze psicoattive e nel creare **diverse necessità di cura**

ASI

Addiction Severity Index

L'ASI, **attraverso la valutazione di gravità** di quei problemi che possono aver contribuito allo sviluppo del comportamento di dipendenza da sostanze psicoattive o possono essere derivati dallo stesso, ai quali corrispondono diverse necessità di cura, può consentire l'abbinamento di sottotipi di pazienti al trattamento riabilitativo più appropriato

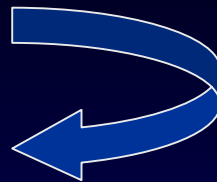
Un trattamento riabilitativo avrà successo solo per quei pazienti per i quali le esigenze di trattamento corrispondono al programma di cura al quale sono stati assegnati

In questo modo è possibile aumentare l'efficacia del trattamento in termini di costi e benefici per il paziente stesso

ASI

Addiction Severity Index

La Valutazione della Gravità



La gravità è intesa **come bisogno di trattamento ulteriore** o di cure aggiuntive o di cure nuove se il paziente sta già svolgendo un trattamento

Per ognuno dei 7 settori esaminati viene svolta una valutazione della gravità

La gravità è basata sugli indici di quantità, di durata e di intensità dei sintomi: al crescere di questi, cresce la necessità di cure

La valutazione della gravità è indipendente dall'efficacia stessa del trattamento

La valutazione di gravità può essere utilizzata a scopo clinico o come predittore di risultato (prognosi), ma per la misura dei risultati si usano i punteggi composti

ASI

Addiction Severity Index

PUNTEGGIO DI GRAVITA' – SEVERITY RATINGS	
0 – 1	Nessun problema reale, trattamento non indicato
2 – 3	Lieve problema, trattamento probabilmente non necessario
4 – 5	Problema moderato, indicato qualche trattamento
6 – 7	Problema considerevole, trattamento necessario
8 - 9	Problema grave, trattamento assolutamente necessario

BASSO	0 - 3
MEDIO	4 - 6
ALTO	7 - 9

SCL-90-R

Self-Report Symptom Inventory

E' uno strumento elaborato da Leonard Derogatis e colleghi (1970) per la valutazione generale della sintomatologia psichiatrica

E' autosomministrata e può essere utilizzata con pazienti che non sono gravemente psicotici

Si può usare per valutare il decorso clinico: valutazione pretrattamento, intermedia e post-trattamento

SCL-90-R

Self-Report Symptom Inventory

E' composta da 90 domande che si raggruppano intorno a 9 dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi manifestati da pazienti psichiatrici ambulatoriali, non gravemente psicotici

Le dimensioni

Somatizzazione

Ossessività-Compulsività

Sensitività

Depressione

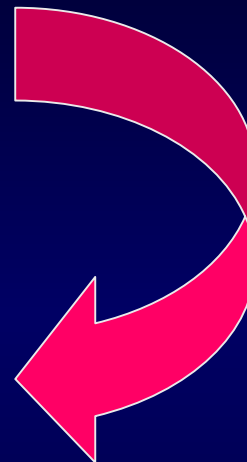
Ansia

Collera-Ostilità

Ansia-Fobia

Ideazione Paranoide

Psicoticismo



SCL-90-R

Self-Report Symptom Inventory

Per ogni item, il paziente ha 5 possibilità di risposta su una scala da 0 a 4 (0-Per niente, 1-Un poco, 2-Moderatamente, 3-Molto, 4-Moltissimo), che esprime assenza o presenza crescente del disturbo valutato.

Nella SCL-90 sono anche definiti 3 indici:

GSI (General Symptomatic Index): è il rapporto tra la sommatoria di tutti gli item e quelli valutati

PST (Positive Symptom Total): è il numero degli item segnati positivamente

PSDI (Positive Symptom Distress Index): è la somma di tutti gli item e il PST

LIEVE	MODERATO	GRAVE
$\leq 1,5$	1,5 - 2	2 - 2,5

SCID

Intervista Clinica Semistruutturata

L'intervista clinica SCID, elaborata da Spitzer e colleghi (1990, 1994) è un'intervista semistruutturata, basata sulla classificazione del DSM-III-R e DSM-IV che permette una valutazione sistematica sia dei disturbi dell'Asse I che di quelli dell'Asse II per la definizione di una diagnosi. Le edizioni della SCID sono:

1. SCID-P (edizione per pazienti), somministrata in una seduta di 60/90 minuti, è destinata all'uso con soggetti identificati come pazienti psichiatrici e contiene i seguenti moduli diagnostici relativi all'ASSE I:

- Sindromi dell'umore
- Disturbi psicotici ed associati
- Disturbi psicotici (diagnosi differenziale)
- Disturbi dell'umore
- Disturbi da uso di sostanze psicoattive
- Disturbi d'ansia
- Disturbi somatoformi
- Disturbi alimentari
- Disturbi di adattamento

SCID

Intervista Clinica Semistruutturata

2. SCID-NP: viene utilizzata in studi in cui i soggetti non sono identificati come pazienti psichiatrici (studi familiari e ricerche mediche). I moduli diagnostici della SCID-NP sono gli stessi della SCID P con screening psicotico

3. SCID-PD: viene usata per i disturbi psicotici non dell'umore

4. SCID UP-R: viene usata per i disturbi d'ansia, in particolare gli attacchi di panico e per l'angoscia anticipatoria

5. SCID-NP-V: viene usata per i disturbi post traumatici da stress

6. SCID II: viene usata per valutare 12 diversi disturbi di personalità dell'ASSE II, 11 sono nel DSM-III-R e il 12°, Disturbo Autofrustrante di personalità appare nell'Appendice A del DSM-III-R

Per rendere più agibile l'uso della SCID-II è possibile utilizzare il Questionario di Personalità autocompilato dal soggetto che permette di ottenere uno screening dei disturbi di personalità orientando l'intervista alle aree critiche individuate

SCID

Intervista Clinica Semistruutturata

E' di recente pubblicazione la SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder - CV) un'intervista semistruutturata per la formulazione delle diagnosi principali dell'asse I secondo il DSM-IV

Uno degli scopi degli autori nello sviluppo della SCID-I è stato quello di produrre uno strumento efficiente e facile da usare affinché i vantaggi nel fare interviste possano essere estesi anche nella clinica

Dal momento che la SCID-I è stata strutturata per soddisfare i bisogni sia dei ricercatori sia dei clinici, sono state sviluppate due versioni: la versione clinica e la versione ricerca

La **SCID-CV** (versione clinica) è finalizzata all'uso in ambiti clinici per assicurare valutazioni standardizzate e di qualità. La SCID-CV può essere somministrata ai pazienti sia dell'area psichiatrica che di medicina generale

SCID

Intervista Clinica Semistruutturata

La SCID-CV è divisa in sei moduli relativamente autonomi

modulo A: episodi dell'umore

modulo B: sintomi psicotici

modulo C: disturbi psicotici

modulo D: disturbi dell'umore

modulo E: disturbi da uso di sostanze psicoattive

modulo F: ansia e altri disturbi

Per ognuno di questi disturbi la diagnosi è basata sulla valutazione dei criteri diagnostici: l'intervistatore deve formulare un giudizio clinico per valutare se un criterio diagnostico è soddisfatto o no

Intervista Clinica Semistruutturata

Del Corno e Lang (1995) hanno individuato le seguenti caratteristiche della SCID:

- i moduli si caratterizzano per molte domande aperte
- l'ordine delle domande serve per far diagnosi differenziale
- le ipotesi diagnostiche possono essere continuamente verificate dal clinico
- il punteggio può riferirsi sia a criteri diagnostici che alla risposta

La scala SCID è ampiamente utilizzata nella clinica delle dipendenze e il suo impiego non è limitato all'ambito di ricerca, come altri strumenti, ma si estende anche alla pratica diagnostica clinica

DIAGNOSI

Valutazione diagnostica multiprofessionale, multidimensionale e dinamica



- ❖ **DIAGNOSI MULTIASSIALE (DSM-IV-TR)**
- ❖ **GRAVITA' DEL CONSUMO (STORIA TOSSICOLOGICA)**
- ❖ **GRAVITA' DELLA DIPENDENZA, DELL'ASTINENZA E DEL CRAVING**
- ❖ **GRAVITA' DELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA**
- ❖ **GRAVITA' DELLA COMORBILITA' MEDICA**
- ❖ **GRAVITA' DEL DANNO BIO-PSICO-SOCIALE**
- ❖ **GRAVITA' DELLA SITUAZIONE FAMILIARE E SOCIALE**

(Manzato e Fea, 2004)

Tempi e modalità di definizione dei programmi riabilitativi

“Micro équipe” di lavoro sul caso



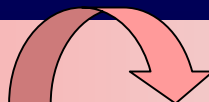
definizione della diagnosi, della gravità e della prevalenza dei due disturbi mediante una riunione interservizi

In funzione della prevalenza



definizione del Servizio referente, del manager del caso e dell'eventuale piano terapeutico con psicofarmaci atipici attualmente di competenza dello psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale

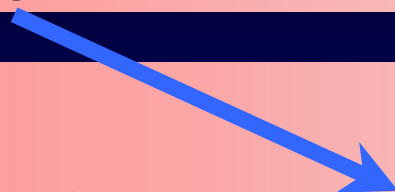
In funzione della gravità



definizione del tempo breve, medio o lungo del trattamento e dell'intensità assistenziale bassa, media o alta da parte del Servizio referente con la collaborazione del Servizio consulente

Modalità per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi in strutture residenziali e semiresidenziali

La “micro équipe” territoriale definisce i modi ed i tempi del programma riabilitativo in una riunione interservizi



Il Servizio referente “**cura**” la procedura amministrativa e la stesura del piano terapeutico per l’inserimento, in accordo con la Comunità Terapeutica Residenziale/Semiresidenziale, con assunzione della retta che sarà in funzione del disturbo prevalente e della gravità del disturbo

La percentuale di competenza della retta sarà da definire caso per caso in funzione della prevalenza o peso del disturbo

Modalità per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi in strutture residenziali e semiresidenziali

L'assunzione della retta e la sua percentuale di competenza sarà da definire caso per caso in funzione del disturbo prevalente e della gravità del disturbo

Il Servizio referente **“assume”** la responsabilità del piano terapeutico in accordo con la Comunità Terapeutica Residenziale/Semiresidenziale, in funzione del disturbo prevalente e della gravità del disturbo

Tossicodipendenti e alcolodipendenti con comorbilità psichiatrica lieve o moderata

CTR a carico del SER.T

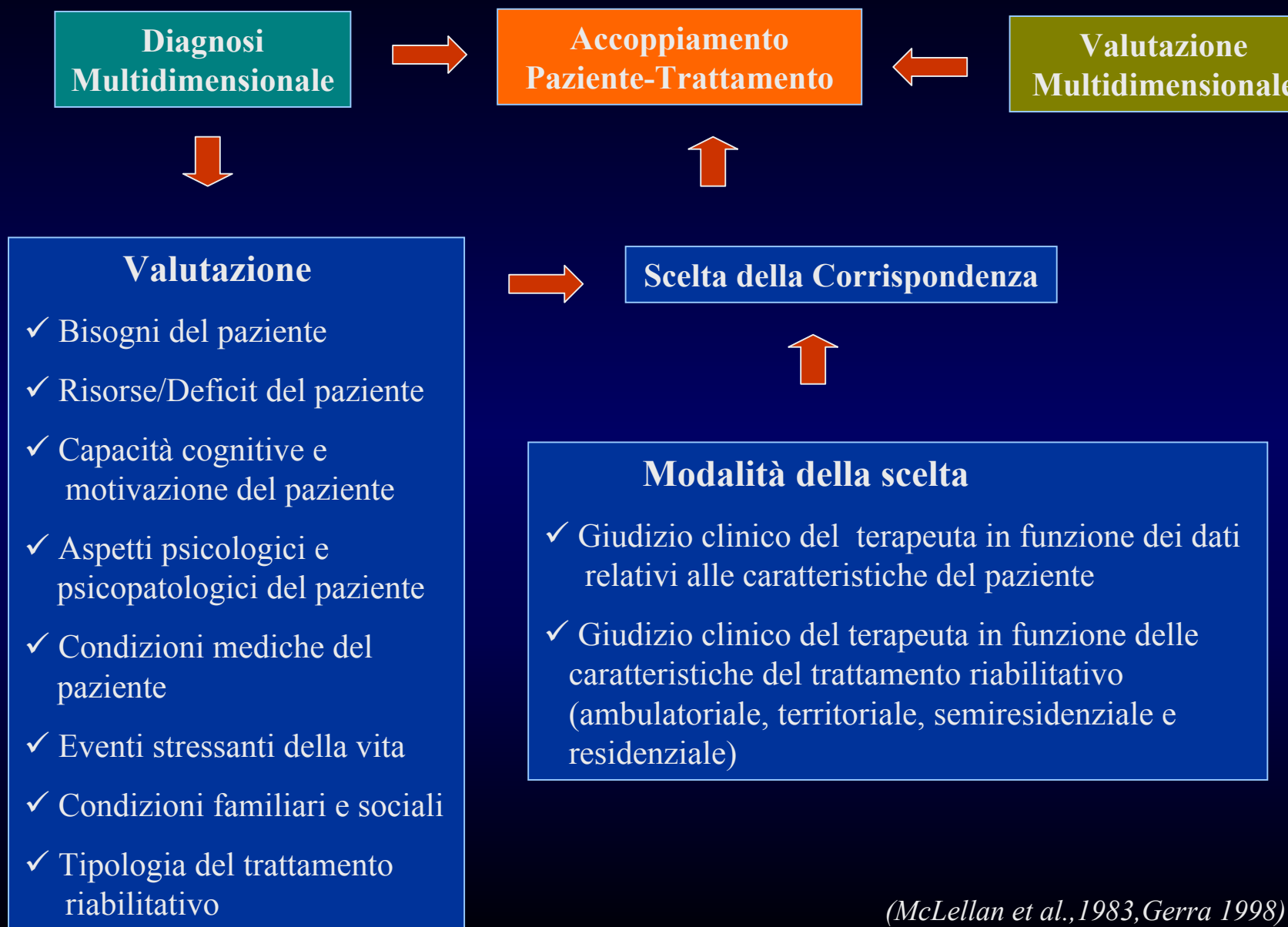
Tossicodipendenti e alcolodipendenti con comorbilità psichiatrica grave

CTR Doppia Diagnosi a carico del SER.T e del Servizio di Salute Mentale

Pazienti psichiatrici con disturbi da uso di sostanze

CTRP a carico del Servizio di Salute Mentale

ACCOPPIAMENTO PAZIENTE-TRATTAMENTO RIABILITATIVO



- ✓ Aspetti Generali
- ✓ Assessment Diagnostico
- ✓ **Valutazione**

COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE ASPETTI OPERATIVI

Ball S.A. "Valutazione multidimensionale per la pianificazione del trattamento". In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. FrancoAngeli, Milano, 2001.

Pantalon M. "Valutazione del processo di trattamento e dei risultati". In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. FrancoAngeli, Milano, 2001.

Pantalon M. "Autovalutazione ed auto-aiuto nel trattamento dell'abuso di sostanze". In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. FrancoAngeli, Milano, 2001.

Rounsaville B.J. "L'uso della valutazione per migliorare la compliance e la gestione del contesto". In Lucchini A. *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. FrancoAngeli, Milano, 2001.

Serpelloni G., Simeoni E. "La valutazione dell'outcome dei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica". In Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*. La Grafica, Verona, 2002.

La **valutazione del paziente e del trattamento riabilitativo** deve essere organizzata per fasi, con obiettivi parziali e valutazioni ad ogni fase

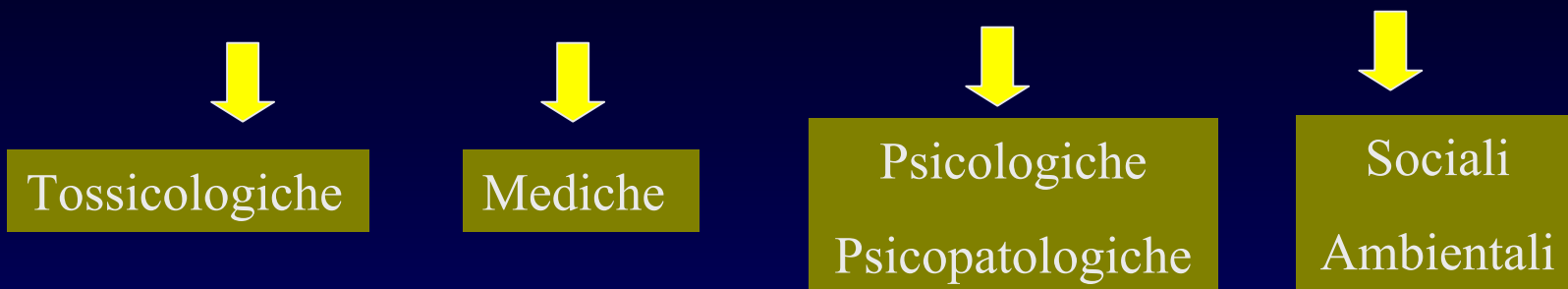
COMORBILITA' PSICHIATRICA E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE ASPETTI OPERATIVI

❖ VALUTAZIONE NEL MODELLO STADIALE DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

- inizia con il reclutamento del paziente
- inizia con la valutazione diagnostica d'ingresso (classificazione e stadiazione: caratteristiche e gravità)
- è fondamentale per la scelta, per l'abbinamento e per la pianificazione del percorso terapeutico personalizzato
- è multidimensionale (tossicologica, medica, psicologica, psichiatrica, sociale ambientale e legale)
- è dinamica (osservazionale e diacronica)
- è ricavata da varie fonti e da vari strumenti (osservazioni multiple)
- è applicata per tutta la durata del trattamento riabilitativo (follow-up periodico multidimensionale su indicatori medici e psicosociali e sulla tipologia e sulla densità delle prestazioni-intensità assistenziale)
- è attuata con il giudizio clinico e con la misurazione

MONITORAGGIO (FOLLOW-UP)

VERIFICHE PERIODICHE



- Valutazione dell'équipe curante
- Autovalutazione del paziente



Valutazione dell'andamento e dell'esito del trattamento



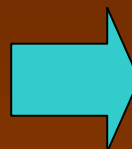
Diverse aree della vita

VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO

VALUTAZIONE STANDARDIZZATA



- Migliora la Compliance
- Favorisce l'Adesione
- Previene la Ricaduta



Maggiore Ritenzione in
trattamento



Migliore Esito del
trattamento

Altre Strategie per Migliorare la Compliance

- ☐ Intervento motivazionale
- ☐ Coinvolgimento della famiglia
- ☐ Controllo dei metaboliti urinari, dei farmaci e dei self-report
- ☐ Interventi di problem solving
- ☐ Formazione degli operatori

- ☐ Interventi educazionali
- ☐ Coinvolgimento della Rete Sociale
- ☐ Suggerimenti nell'erogazione dei farmaci
- ☐ Gestione degli aspetti contingenti
- ☐ Supervisione degli operatori

L'ASSESSMENT DIAGNOSTICO NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E NELLA COMORBILITA' PSICHIATRICA ASSOCIATA. ASPETTI OPERATIVI NELLA GESTIONE CLINICA

Ezio Manzato

**SER.T1 – Servizio Alcolologia
Az. Ulss 21 Legnago (VR)
Ospedale “Chiarenzi” Verona (VR)**

**DIRETTIVO NAZIONALE E COMMISSIONI NAZIONALI “DIPENDENZE E
PSICHIATRIA” E “ALCOLOGIA” DI FEDERSEN**

**SCUOLA SUPERIORE
DI FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA DI CREMONA
(Ric.D.M. Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica 24/10/1994)**

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**

PFT

**Doppia Diagnosi: limite, confine, necessità di condivisione. DdD e DSM a
confronto**

E. Manzato

VERONA 25 Novembre 2005