

**IL REDDITO DI CITTADINANZA FRA
NEOASSISTENZIALISMO E CONDIZIONALITÀ**

Il servizio sociale di comunità

Preso in carico del paziente “doppia diagnosi”

Lo spazio di holding in comunità per minori

Anno XLIX

2

Primavera 2019

Povert  ed emarginazione

- 1 *Il reddito di cittadinanza fra neoassistenzialismo e condizionalit *
R. Siza

Professioni sociali

- 5 *Servizio sociale professionale, assistenti sociali e Reddito di cittadinanza*
L. Colombini

Professioni sanitarie

- 8 *La presa in carico del paziente "doppia diagnosi" vista con gli occhi degli operatori*
A. Costa, S. Bernardi

Welfare

- 14 *Il servizio sociale di comunit . Uno strumento di organizzazione politica della cittadinanza*
S. Cecchi

Infanzia e adolescenza

- 18 *Lo spazio di holding come potenziale terapeutico nelle comunit  per minori*
R. Mazza, A. Zoppi

Anziani

- 21 *I nonni, anziani che non invecchiano*
L. Tosco

Welfare

- 25 *Economia circolare per l'inclusione lavorativa*
E. Maglia

Servizi sociali

- 29 *Sportello del welfare: l'insieme dei servizi per tutti*
D. Di Federico

Disabilit 

- 32 *Siblings: un'esperienza di gruppo a Torino*
V. Moschese, I. Stocco

Professioni sociali

- 36 *Riflessioni sull'agire professionale*
D. Cremasco, V. D'Alessandro, O. Mengoni, S. Scardala

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa
(direttore responsabile)
Ugo De Ambrogio, Sergio Pasquinelli
(vicedirettori)

Caporedattore

Francesca Susani (pss@irsonline.it)

Redazione

Claudio Caffarena, Ariela Casartelli,
Roberto Cerabolini, Diletta Cicoletti,
Valentina Ghetti, Francesca Merlini,
Daniela Mesini, Maurizio Motta, Paolo
Peduzzi, Franco Pesaresi, Dela Ranci
Agnoletto, Remo Siza, Giorgio Sordelli,
Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Alessandro Battistella,
Luca Beltrametti, Teresa Bertotti, Paolo
Bosi, Annamaria Campanini, Maurizio
Ferrera, Marco Geddes da Filicaia, Cristiano
Gori, Antonio Guaita, Luciano Guerzoni,
Francesco Longo, Gavino Maciocco, Marco
Musella, Franca Olivetti Manoukian,
Giuseppe A. Micheli, Nicola Negri, Fausta
Ongaro, Valerio Onida, Marina Piazza,
Costanzo Ranci, Chiara Saraceno, Maria
Chiara Setti Bassanini, Antonio Tosi

Contatti

Via XX Settembre 24, 20123 Milano
tel. 02 46764276 - fax 02 46764312
www.prospettivesocialiesanitarie.it

Ufficio abbonati

pss.abbo@irsonline.it

Abbonamento 2019

CCP n. 36973204
IBAN IT57 J076 0101 6000 0003 6973204

€ 59,00 (privati); € 69,00 (ass. di volontariato
e coop. sociali); € 89,00 (enti); € 96,00
(estero); € 99,00 (PRO).

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio
al 31 dicembre.

Prezzo per copia: € 20,00

Progetto grafico e impaginazione

Riccardo Sartori

Stampa

Grafica Sant'Angelo
Via Vicinale 6, Sant'Angelo Lodigiano (LO)
Tel. 0371 210290

Registrazione

Tribunale di Milano n. 83 del 5-3-1973

ISSN 0393-9510

È vietata la riproduzione dei testi, anche
parziale, senza autorizzazione.



Foto di copertina ©1©

Giles Watson

www.flickr.com/people/29320962@No7



Prospettive Sociali e Sanitarie
è stampata usando le carte *Recital White +* e *Respecta 100* di
Burgo Distribuzione, composte
al 100% da fibre riciclate

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE “DOPPIA DIAGNOSI” VISTA CON GLI OCCHI DEGLI OPERATORI

Uno studio qualitativo multicentrico nel territorio lombardo.

Parlare di pazienti con “doppia diagnosi” provoca ancora una certa diffidenza a causa dell'intrinseca complessità cui ci si trova di fronte: se da una parte sembrerebbe facile e immediato comprendere il significato del termine “doppia diagnosi”, dall'altro Bignamini (2002) mette in guardia dal rischio di eccessive semplificazioni. Il termine presenta un'ambiguità di fondo dovuta alla complessità diagnostica (Fioritti, Solomon, 2002; Iannitelli et al., 2002; Rigliano, 2015) dei soggetti che presentano un quadro di comorbidità che nella maggior parte dei casi non contempla due diagnosi separate, bensì condizioni che s'influenzano reciprocamente e quadri molto complessi.

La fatica quotidiana nel trattare con pazienti difficili e fuori da quegli schemi di riferimento, che nel tempo sono andati consolidandosi sia nei CPS sia nei SERD in rapporto a precise tipologie di utenza (gli psicotici da un lato e gli eroinomani dall'altro) e a differenti mandati sociali (“da una parte i SERT, investiti di un mandato di controllo forte, nati con debole attitudine terapeutica diagnostica e dall'altra i Servizi di Salute mentale con un'attenta dialettica interna sulle problematiche del mandato di controllo e della de-istituzionalizzazione” – Biondi, Dimauro, 2001, p. 33), si manifesta tutt'oggi in una collaborazione spesso difficile e variamente articolata, dove spesso vengono a mancare continuità e integrazione della cura.

I pazienti con doppia diagnosi rappresentano una quota rilevante di fallimenti terapeutici (Fioritti, Solomon, 2002) trattandosi di pazienti che talvolta vengono poco considerati da entrambi i servizi ambulatoriali, oppure considerati solo per una delle due diagnosi (Bellio, 2005). Le stesse equipe curanti non sempre sono preparate e desiderose di lavorare con utenti che hanno anche “l'altra” diagnosi e la limitata presenza di studi e ricerche epidemiologiche (Fioritti, Solomon, 2002) in questa direzione rappresentano la difficoltà nel farsi carico di questi soggetti.

Di fronte a un paziente che presenta sia una diagnosi psichiatrica, sia una diagnosi di dipendenza (da sostanza o senza sostanza, come può essere il gioco d'azzardo patologico) assume fondamentale importanza la reciproca comunicazione tra i servizi ambulatoriali e la loro collaborazione nella gestione del caso. Spesso si tratta di superare quei facili malintesi che sorgono entrando in contatto con questa patologia e che non fanno altro che palesare la non convergen-

za dello schema di riferimento (Pichon-Riviere, 1971) esistente nei singoli operatori e tra i gruppi istituzionali coinvolti.

Possiamo individuare diverse modalità di interazione (Rigliano, 2015) tra SERD e CPS, dalla meno alla più integrata:

- Il modello dell'abbandono: ogni servizio diagnostica un problema sul quale non è tenuto a intervenire perché estraneo al proprio mandato istituzionale; l'utente non può andare al CPS perché è tossicomane e, per contro, non viene accolto al SERD perché è presente un disturbo psicopatologico.
- Il modello del ping-pong: il paziente è “come una pallina” che viene continuamente rimandata da un servizio all'altro per accertamenti clinici relativamente al disturbo emergente e più grave in quel momento, senza però pensare a un progetto terapeutico concreto; questo rappresenta sicuramente una delle situazioni più diffuse nel nostro Paese, nelle quali la non comunicazione tra i due servizi porta a un fallimento del percorso di presa in carico dell'utente.
- Il modello della comunicazione: a differenza dei modelli precedenti, in questo caso i servizi attivano uno scambio comunicativo, che però non risulta sufficiente; il paziente infatti è sempre presente, particolarmente fastidioso agli occhi degli operatori per tutti i suoi problemi - non riconducibili a schemi di riferimento abituali e in un certo senso rassicuranti - minaccioso e disturbante al punto da provocare atteggiamenti espulsivi.
- Il modello dell'assegnazione: il paziente viene elettivamente assegnato a uno dei due servizi, senza che siano ben chiari i criteri della scelta e il conseguente progetto terapeutico; in questo caso manca completamente l'ideazione terapeutica con tutte le strategie e le logiche per ogni utente.
- Il modello della consulenza esterna: viene scelto uno psichiatra del CPS o del SPDC che effettua una consulenza sul singolo paziente, oppure continua nel servizio, strutturata e riconosciuta; in questo modo si sviluppa un buon livello di collaborazione tra i due servizi.
- Il modello della compartecipazione: questo modello può prevedere, per esempio, la presenza fissa o strutturata di uno psichiatra in un servizio per le dipendenze o in una comunità, oppure un medico specialista della tossicodipendenza in un servizio psichiatrico; in

questo modo si svolgono interventi mirati e limitati, non integrati e organizzati nel piano terapeutico complessivo.

- Il modello della condivisione: si tratta di organizzare un'equipe stabile, specifica e riconosciuta istituzionalmente (quindi con individuazione di personale, risorse economiche, competenze e responsabilità) al fine sviluppare esperienza e sapere comuni, dotarsi di una specifica formazione, elaborare modelli di intervento, valutarne i risultati per migliorare la presa in carico di questi utenti.

Sicuramente la presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi, andata crescendo negli anni (Giampieri et al., 2013), ha contribuito a mettere in discussione la "vecchia" separazione e in molti casi non comunicazione tra SERD e CPS, aprendo nuovi e più efficaci canali comunicativi, consolidando pratiche di collaborazione alternative che possano portare a una presa in carico migliore di questi pazienti, come pure dei pazienti abituali che frequentano i servizi.

In questo senso la recente riforma del sistema sociosanitario lombardo, che ha portato alla nascita dei Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze (cfr. l.r. 15 del 29 giugno 2016), ha dato un'accelerazione ai processi organizzativi e procedurali volti a favorire una presa in carico integrata dei pazienti afferenti ai diversi servizi.

Obiettivo della riforma è infatti quello di procedere all'attivazione di piani di cura e costruzione di reti che possano integrare prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali; questo per passare dalla cura al prendersi cura, da un sistema settoriale e frammentato a una presa in carico della persona globale e integrata.

Il principale cambiamento organizzativo auspicato è quello volto a superare l'articolazione per ambiti specialistici, discipline, specifiche competenze, per orientarsi invece all'acquisizione di modelli organizzativi in grado di sviluppare una "visione per processi" ovvero un approccio organizzativo capace di aumentare anche la gestione di "processi orizzontali di raccordo" che mettano insieme diversi settori, differenti discipline e diverse figure professionali per garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico.

Un processo come quello appena descritto, mette in discussione gli assetti e i funzionamenti organizzativi, richiede una grande capacità di stare nell'incertezza e la consapevolezza da parte di operatori, equipe e istituzioni sociosanitarie circa i "processi collusivi" (Carli, Panizza, 2004) che li caratterizzano.

LA RICERCA

Lo scopo del presente studio è dunque quello di esplorare, nel mutato assetto istituzionale venuto a crearsi, il processo di presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi nei servizi psichiatrici e nei servizi per le dipendenze, la collaborazione tra questi servizi e le possibili azioni di miglioramento per garantire un percorso di cura il più idoneo possibile per queste persone e per i loro famigliari, partendo dalle percezioni, opinioni, valutazioni e aspettative degli operatori

delle equipe di alcuni servizi pubblici territoriali delle provincie di Bergamo e Brescia.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

È stato effettuato uno studio qualitativo di tipo fenomenologico, attraverso la tecnica del *focus group*. In questo modo sono stati arruolati con metodo propositivo 63 operatori afferenti a 10 servizi (5 CPS, 4 SERT e 1 SMI) di cinque aziende socio-sanitarie pubbliche delle provincie di Bergamo e Brescia e di una cooperativa sociale accreditata operante nel territorio bresciano.¹

In 9 casi si è raccolta una risposta negativa da parte di altrettanti servizi (7 CPS, 1 SERT e 1 SMI) che non hanno aderito all'indagine, motivando la scelta per mancanza di tempo e risorse di personale da dedicare alla ricerca. In questo modo non è stato possibile ottenere una omogeneità numerica tra le due realtà territoriali prese in esame.

Modalità di conduzione dei focus group

I *focus group* sono stati condotti da una ricercatrice, adeguatamente formata per la conduzione di questo studio, con la supervisione di uno psicologo, esperto di processi organizzativi e di cura. Gli incontri sono stati programmati con le equipe dei servizi nel periodo compreso tra maggio e agosto 2017, mentre la raccolta dei dati si è svolta nell'autunno del 2017.

I *focus group* si sono svolti solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione da parte della dirigenza degli enti coinvolti nello studio e i dati sono stati raccolti nel rispetto della privacy e dopo aver ottenuto l'esplicito consenso da parte dei partecipanti.

Ciascuna intervista realizzata nei *focus group* è stata preceduta da una breve presentazione dei partecipanti e dalla compilazione individuale di una scheda relativa ai dati socio-demografici; la conduzione dell'incontro è stata articolata secondo una specifica procedura e per garantire l'affidabilità dell'intero processo di ricerca è stato realizzato un *pilot test*, utilizzato per perfezionare il metodo e gli strumenti di raccolta dei dati e per una più precisa definizione dei criteri di controllo della procedura di conduzione dell'intervista.

Gli ambiti che sono stati oggetto di ricerca riguardavano: a) le rappresentazioni latenti che gli operatori avevano circa i pazienti e in particolare dei pazienti con doppia diagnosi; b) le procedure di presa in carico e la collaborazione tra i servizi; c) le possibili azioni di miglioramento.

RISULTATI

Sono stati realizzati 10 *focus group* cui hanno partecipato in totale 63 professionisti. Dall'analisi socio-demografica del campione emerge che la distribuzione per genere vede la prevalenza delle femmine sui maschi (rapporto 2:1), in linea con la distribuzione percentuale a livello nazionale (Ministero della Salute, 2017).

Note

- 1 I servizi che hanno preso parte allo studio sono i seguenti: SERD di Bergamo (ASST Papa Giovanni XXIII); SERT di Martinengo (BG) e CPS di Romano di Lombardia (ASST Bergamo Ovest); SMI di Ospitaletto (Cooperativa "Il Mago di Oz"); NOA di Sarezzo, 2° CPS e 4° CPS (ASST degli Spedali Civili); SERT di Montichiari e C.P.S. di Leno (ASST del Garda); CPS di Rovato (ASST della Franciacorta).

Tra i diversi professionisti che hanno preso parte alle interviste, si è registrata una leggera prevalenza dell'area medico-infermieristica (52,4%) sull'area psico-socio-educativa (46,0%); nello specifico, possiamo notare come in tutti i *focus group* i partecipanti appartenenti alle due diverse aree siano stati sostanzialmente equilibrati, fatta eccezione per il 2° CPS di Brescia e il CPS di Romano di Lombardia, dove hanno prevalso gli operatori di area medica.

Se consideriamo l'età dei partecipanti possiamo notare che l'età media degli intervistati dei CPS è pari a 48,06 anni (ds = 7,97), mentre quella dei colleghi dei SERD è più elevata e si assesta a 49,69 anni (ds = 9,30). Anche osservando la distribuzione per classi d'età è evidente che ci troviamo di fronte a una popolazione di operatori "anziani" (Bell, 2006), in entrambe gli ambiti operativi.

L'anzianità di servizio mostra come nei CPS vi sia una maggior presenza di operatori che lavorano da non più di 9 anni, contribuendo ad abbassare la media che raggiunge gli 11,88 anni (ds = 8,76), mentre nei SERD vi è più stagnazione e l'anzianità di servizio raggiunge in media i 15,53 anni (ds = 10,59). L'esperienza lavorativa dei partecipanti è mediamente di 22-23 anni, con una minima presenza di operatori junior, cioè con meno di 5 anni di lavoro, un'altrettanta quota di operatori con un'anzianità media (6-10 anni) e una larghissima maggioranza di operatori con esperienza pluridecennale.

Il quadro che se ne ricava, e che è emerso anche dall'andamento dei *focus group*, è che siamo in presenza di operatori con molta esperienza, ma al tempo stesso stanchi, che in alcuni casi rischiano di cronicizzarsi come i loro pazienti – "Siamo diventati vecchi insieme a loro!" (op_57 dipendenze) – e dunque fortemente esposti a stress e *burnout* (Barbo, 2007).

Si tratta di professionisti con una *work ability* (Ilmarinen, 2009) caratterizzata da un'elevata competenza professionale, conoscenze tacite e pensiero strategico, ma anche da una capacità psico-fisica al lavoro che va progressivamente riducendosi a causa della comparsa di patologie e cronicità, senza dimenticare che spesso devono fronteggiare un crescente carico assistenziale extra-lavorativo nei confronti di famigliari molto anziani, finendo per accrescere la percezione di disagio o malessere lavorativo.

Le rappresentazioni degli operatori

Attorno a "Tossicodipendente" e "Malato psichico" sono state raccolte 123 parole, frutto delle libere associazioni degli operatori sugli stimoli proposti dalla ricercatrice. Queste parole hanno permesso di dare forma a delle *catene associative*, procedendo tra associazioni veloci, intuizioni, ricordi, esperienze e paure, che hanno consentito ai partecipanti di prendere consapevolezza circa le rappresentazioni latenti all'interno del gruppo e permesso di isolare le "rappresentazioni sociali" (Carli et al., 2004) che caratterizzano i partecipanti al nostro studio.

La sensazione di *confusione e ambiguità* di fronte a un soggetto con un problema di dipendenza, trova accomunati gli operatori di entrambi i servizi: qualcuno parla di "ombra" (op_8 psichiatria), qualche altro di "matrioska" (op_51 dipendenze).

Gli operatori della psichiatria non vedono il tossicodipendente come *malato, bisognoso di cure* o una persona da incontrare e con la quale *mantenere un contatto*, ma fanno prevalere dimensioni quali *aggressività, debolezza e fragilità, allerta e pericolo*.

Allo stesso modo, gli operatori dei SERD non sembrano cogliere la dimensione di *debolezza e fragilità* di questi pazienti e ancor meno *aspetti positivi* o potenzialmente tali – "un giglio che è un fiore fragile che si può schiacciare, che ha bisogno di cura, ma che poi cresce e può diventare qualcosa di bello" (op_12 psichiatria) – rimarcando, al contrario, le dimensioni di *confusione e ambiguità* – "cubo di Rubik" (op_61 dipendenze), "quadro astratto" (op_25 dipendenze) – da un lato e *ritiro e chiusura* – "cuffie audio" (op_16 dipendenze) – dall'altro.

Sembra dunque che la mancata esperienza di incontro con l'Altro e con la sua sofferenza lo renda estraneo, che ci si senta impotenti ad istituire questa relazione senza che "sia garantita, tutelata, organizzata da poteri forti presenti nel contesto, come le forze dell'ordine o l'area medica" (Carli, Paniccia, 2004, p. 191), che il processo di cura - già di per sé condizionato dalle rappresentazioni fantasmatiche degli operatori socio-sanitari - si complichino ulteriormente nel momento in cui ci si trova di fronte a nuovi pazienti i cui bisogni sembrano indecifrabili.

Il paziente con doppia diagnosi

Rispetto alle domande precedenti, per questa domanda si è evidenziato un forte desiderio di condivisione e spesso le caratteristiche associate ai pazienti con doppia diagnosi sono risultate simili e ripetute anche in diversi servizi.

Le rappresentazioni condivise dagli operatori circa questi pazienti sono state nel complesso 181 e sono riassunte in forma aggregata in ordine decrescente nella tavola 1. La *complessità* e la *difficile gestione* sembrano implicitamente evidenziare un senso d'impotenza di fronte a questi pazienti, vissuti come *imprevedibili, instabili, fragili, faticosi e sgradevoli, confusivi e manipolatori*. Sono delle eccezioni i riferimenti alla sofferenza e all'isolamento che provano queste persone, quasi che la loro stessa condizione contribuisce a limitare la capacità empatica degli operatori.

In tutti i *focus group* la visione sui pazienti con doppia diagnosi sembra tendere a uniformarsi: durante il lavoro i partecipanti erano molto riflessivi e le risposte date sono state spesso simili e condivise anche verbalmente.

Le difficoltà di comunicazione con questi pazienti, maggiore rispetto agli utenti con un singolo disturbo, sembrano da un lato favorire un processo di coesione difensiva all'interno dei singoli gruppi intervistati e dall'altro ripercuotersi e alimentare un difficile dialogo tra i servizi, attorno a questa questione.

TAVOLA 1 Paziente con doppia diagnosi

Rappresentazioni	Frequenza
Complessità	30
Difficile gestione	25
Imprevedibile e instabile	19
Fragilità	15
Faticoso, impegnativo, sgradevole	14
Confusività e ambivalenza	12
Manipolatorio	12
Elementi diagnostici	12
Dimensioni empatiche	11
Cronico	8

La difficoltà di definire i soggetti con doppia diagnosi sembra accentuarsi con i pazienti di età più giovane e che da poco si sono rivolti ai servizi (a questo riguardo, una psichiatra commenta: “La nuova generazione è quella più fastidiosa e complessa; quelli del passato erano più tranquilli, forse anche perché erano più tossici e si curavano da soli”) nei confronti dei quali è emersa un’emozione di paura quasi si trattasse di qualcuno che mette implicitamente in discussione quelle certezze nosografiche eziopatologiche andate consolidandosi nel tempo.

Procedure e collaborazione tra i servizi: luci e ombre

Dalla ricerca emerge che in nessuna delle Aziende coinvolte si è giunti – al giorno in cui è stato realizzato il *focus group* – alla definizione di un protocollo congiunto o di una modalità condivisa e minimamente formalizzata di presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi o per i quali un servizio necessita dell’intervento dei professionisti dell’altro ambito operativo.

Anche per quanto concerne la definizione del Piano terapeutico individuale, ciascun servizio definisce in autonomia l’intervento da proporre al paziente, senza una fattiva integrazione in fase progettuale; un minimo di collaborazione la troviamo nelle valutazioni periodiche sui casi in carico a entrambi i servizi, anche se in realtà non sempre si realizzano: in alcuni casi questo confronto non avviene, in altri vi sono gli incontri, ma a distanza di mesi, e solo in due equipe si assiste a uno scambio costante e fruttuoso.

La richiesta di valutare la collaborazione tra il proprio e l’altro servizio² ha fatto emergere come vi sia una scarsa conoscenza reciproca e una certa difficoltà ad incontrarsi e condividere progetti, linguaggi e procedure d’intervento. Tutto ciò non fa che aumentare i pregiudizi reciproci, ora su singoli professionisti, ora sulle modalità operative, e sul “l’uso difensivo della questione diagnostica da parte degli operatori che di volta in volta evidenziano gli aspetti patologici che individuano la competenza dell’altro servizio” (Bellio, 2005, p. 13).

Per gli operatori dei CPS nel rapporto con i colleghi dei SERD sembra prevalere una buona collaborazione e viene riconosciuta una specificità nella gestione dei pazienti. Per contro, viene evidenziato come l’elevato carico di lavoro (di cui si lamentano i colleghi delle dipendenze)³ porti in diverse situazioni a un allungamento dei tempi di presa in carico dei pazienti.

Inoltre la differente modalità di trattamento delle urgenze e di gestione dei pazienti – spesso la cartella viene chiusa e la presa in carico rinviata di alcuni mesi solo perché il paziente è demotivato oppure non assume più sostanze – rende difficile affrontare situazioni come quelle relative ai pazienti con doppia diagnosi.

Per quanto riguarda gli operatori dei SERD, pur riconoscendo che vi è una presa in carico comune dei pazienti con doppia diagnosi e disponibilità da parte dei colleghi dei CPS, sottolineano in maniera molto marcata le difficoltà di questa gestione condivisa dei pazienti, evidenziando il ruolo predominante del CPS nella presa

in carico con atteggiamenti di autoreferenzialità ed eccessiva medicalizzazione sia nel progetto che del paziente.

Quali azioni di miglioramento

Dai dieci gruppi di operatori sono emerse proposte e osservazioni che rappresentano uno stimolo fondamentale in questa fase di costruzione partecipata di un nuovo assetto istituzionale e funzionale dei servizi che rispondono a questa tipologia di utenza. Vediamoli, per punti:

- approfondire la conoscenza dell’altro servizio, sia degli operatori sia delle modalità d’intervento nel percorso di cura;
- organizzare percorsi di formazione in comune e condivisi;
- migliorare il rapporto di collaborazione tra gli operatori valorizzando tutte le figure professionali, sia quelle di area medica che socio-educativa;
- iniziare a stendere i Piani terapeutici individuali (PTI) in modo congiunto e integrato, con la creazione di equipe miste tra SERD e CPS;
- organizzare riunioni e momenti di discussione e scambio con l’altro servizio;
- migliorare la qualità della presa in carico condivisa del paziente associandola anche alla ricerca di nuovi approcci per l’aggancio e il mantenimento del percorso di cura;
- stendere e attuare un nuovo protocollo tra SERD e CPS, con la possibilità di creare un’unità operativa *ad hoc* per i pazienti con doppia diagnosi.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

In tutti i servizi del nostro campione i pazienti con doppia diagnosi si trovano in una posizione di scarso riconoscimento (se non di vera e propria stigmatizzazione) a fronte di una maggiore fragilità e solitudine dovute allo stato di comorbidità, palesando così la complessità della presa in carico e di un corretto percorso di cura, da parte degli operatori. Tutto ciò è riconducibile alle due dimensioni implicate nella doppia diagnosi, ovvero la patologia psichiatrica e l’abuso di sostanze, che già singolarmente evidenziano – e le metafore fornite dagli operatori dei servizi durante i *focus group* ci confortano in questo senso – quanto sia difficile operare in questo campo (Rigliano, Rancilio, 2003).

La doppia diagnosi rappresenta infatti una sfida per gli operatori sanitari sul piano epistemologico e psicopatologico, aprendo alla ricerca e sperimentazione di differenti paradigmi nei processi di cura, a fronte di un incremento di questa tipologia di utenza percepito nei

Note

- 2 Va precisato che tre equipe hanno dichiarato di avere collaborazioni stabili con più Servizi dell’altro ambito e che solo in un caso entrambi i Servizi hanno partecipato allo studio.
- 3 A questo riguardo, è noto che Servizi per le dipendenze stanno attraversando un periodo di grande difficoltà, legato alla costante carenza di personale, a fronte di mutate esigenze e competenze in campo di cura e prevenzione del fenomeno (D’Egidio, 2018).

servizi ambulatoriali che hanno partecipato all'indagine.⁴

I partecipanti allo studio hanno enfatizzato i cambiamenti intervenuti nel Sistema sanitario regionale lombardo, in particolare con la creazione dei Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze manifestando quelle resistenze e contrapposizioni da sempre presenti nel dialogo tra i servizi della Psichiatria e delle Dipendenze che rappresentano il riattivarsi negli operatori di primitive ansie psicotiche, persecutorie e depressive (Jaques, 1963).

A questo riguardo Nizzoli (2001, p. 85), facendo riferimento alla nascita in Regione Emilia-Romagna dei Dipartimenti aziendali di Salute mentale (DASM), sottolineava a suo tempo la necessità di "arginare il sentimento di depressione derivante dalla dispersione e dalla complessità con nuovi setting istituzionali integrativi".

In realtà ancora oggi assistiamo frequente-

mente a quello che Rigliano (2015) definisce il modello "ping-pong" e che gli operatori dei servizi hanno sintetizzato, con altrettanta efficacia, nello "scaricabarile" dell'utente. Si tratta di un grande deficit all'interno del sistema di cura: nel momento in cui un paziente viene "scaricato" da un servizio all'altro, si perde quella continuità terapeutica non solo auspicata dal legislatore,⁵ ma essenziale per questo tipo di patologia, lasciando il paziente e i suoi famigliari disorientati con il conseguente aumento del rischio *drop-out* in uno o in entrambe i servizi coinvolti.

La ricerca ha messo in luce, oltre a incoraggianti segnali di proficua collaborazione e integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri dedicati a questi pazienti, i principali elementi di criticità, su cui lavorare nel prossimo futuro: nel confronto tra CPS e SERD sembrano prevalere gli aspetti di diversità dei due servizi ambulatoriali, la mancanza di reciproca conoscenza circa le rispettive pratiche di lavoro e un rischio di prevaricazione e/o irrigidimento comunicativo a scapito della creazione di periodici momenti di incontro e scambio circa la gestione della presa in carico dei soggetti con doppia diagnosi che favoriscano la ricerca di punti di riferimento comuni e di pratiche da formalizzare, ad esempio, in protocolli d'intesa⁶ per la presa in carico condivisa dei pazienti.

CONCLUSIONI

La presa in carico del paziente con doppia diagnosi da parte dei servizi preposti resta un processo complesso e articolato con ampi margini di miglioramento per quanto concerne la qualità della cura di questo tipo di patologie.

Gli operatori dei servizi si trovano a vivere una situazione di grande confusione dovendo far fronte da un lato a processi istituzionali che mutano gli assetti organizzativi e dall'altro alle nuove richieste portate dai pazienti, di cui i servizi si sono resi sempre più consapevoli in questi ultimi anni. Psichiatria e Dipendenze sembrano essere poco attrezzati per affrontare queste problematiche "sia sul piano della preparazione culturale e dell'aggiornamento degli operatori, sia su quello dei dispositivi assistenziali e terapeutici, nonché normativi, cui questo tipo di utenti deve fare riferimento" (Clerici, 2007, p. 143).

I *focus group* hanno permesso ai partecipanti di prendere consapevolezza circa la presenza in ciascuno di loro "di uno schema di riferimento (insieme di esperienze, conoscenze e affetti con i quali l'individuo pensa e agisce) che acquista unità attraverso il lavoro di gruppo e che a sua volta produce in quel gruppo o comunità uno schema di riferimento operativo, sostenuto dal comune denominatore degli schemi precedenti" (Pichon-Riviere, 1985, p. 166).

Questa consapevolezza rappresenta l'elemento-base da cui partire nella prospettiva di una gestione condivisa del paziente con comorbidità, per giungere alla costruzione di uno schema di riferimento condiviso tra gli operatori e i servizi coinvolti.

Per fare ciò è necessario promuovere una formazione comune, oltre a costruire un sapere

Bibliografia

- Barbo M., "Stress e burn-out negli operatori: politiche e strategie di intervento nei servizi per le tossicodipendenze", *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLI, 1, 59-76, 2007
- Begarani M. et al., "Sperimentazione organizzativa nei processi di integrazione tra Ser.T, Psichiatria adulti e Comunità Terapeutica. Una esperienza innovativa nel Dipartimento di Salute Mentale di Parma", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXLI, 1, 127-147, 2017
- Bell L., "Respect and workplace options help retain aging nurses", *Nurs Manage*, 37-56, 2006
- Bellio G., "Doppia Diagnosi: dai problemi metodologici all'organizzazione dell'assistenza", *Noumen*, 31, 5-21, 2005
- Bignamini E. et al., "La valutazione diagnostica del paziente con comorbidità", in AA.VV. *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*, Editeam, Bologna, 2002
- Biondi F., Dimairo P. E., "La doppia diagnosi in una prospettiva istituzionale", *Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcolismo*, XXIV, 4, 33-37, 2001
- Carli R., Panizza M. R., *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*, Franco Angeli, Milano, 2004
- Clerici M., "Il fenomeno della 'doppia diagnosi'", *Quaderni italiani di psichiatria*, XXVI (4), 143-148, 2007
- D'Egidio P. F., "Per una riforma dei SERD bisogna fare leva sugli operatori", *Mission*, 49, 1-3, 2018
- Fioritti A., Solomon J., *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*, Franco Angeli, Milano, 2002
- Giampieri et al., "Doppia diagnosi e consumo di risorse sanitarie nel DSM. L'esperienza di Monza e Brianza", *Journal of Psychopathology*, 19, 199-207, 2013
- Jaques E., "Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali", in Klein M., Heimann P., Money-Kyrle R. (a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano, 1966
- Iannitelli A. et al., "Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche", *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 38 (3), 233-239, 2002
- Ilmarinen, J., "Aging and work: an international perspective", in Czaja S. J., Sharit J. (a cura di), *Aging and Work. Issues and implications in a changing landscape*, The Johns Hopkins University Press, 51-73, 2009
- Magnani A. et al., "Linee di indirizzo sulla cogestione dei pazienti in comorbidità per un disturbo psichiatrico e un disturbo da uso di sostanze", *Dal Fare al Dire*, 2, 13-20, 2017
- Ministero della Salute, Direzione generale della Digitalizzazione, del Sistema informativo sanitario e della Statistica, *Personale delle A.S.L. e degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati. Anno 2013*, Ufficio Statistica, Roma, 2017
- Nizzoli U., "Dipendenze Patologiche e Salute Mentale. Un approccio integrato tra bisogni clinici ed organizzativi", *Salute & Prevenzione*, 28, 75-90, 2001
- Pichon-Riviere E., *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*, Libreria Editrice Lauretana, Loreto (AN), 1985
- Rigliano P., *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Raffaello Cortina, Milano, 2015
- Rigliano P., Rancilio L., *Tossicomania e sofferenza psichica. Le buone prassi nella "doppia diagnosi"*, Franco Angeli, Milano, 2013

condiviso attorno ai problemi legati alla comorbidità tra disturbi mentali e disturbi connessi all'uso di sostanze, vada a disvelare quei processi collusivi (Carli, Paniccia, 2004) che connotano - e talvolta limitano - il lavoro istituzionale di cura.

Dal punto di vista clinico le principali problematiche che questi pazienti pongono a entrambe i servizi, con modalità differenti, riguardano: a) le difficoltà di gestione delle urgenze; b) la minor *compliance* ai diversi trattamenti proposti; c) le distorsioni nelle dinamiche istituzionali che vengono inevitabilmente a determinarsi a fronte dei comportamenti di questi pazienti; d) i vincoli normativi nella gestione dei trattamenti; e) la rigidità dei *setting* e l'autoreferenzialità.

Per far fronte a queste tematiche è necessario che il processo d'integrazione tra servizi psichiatrici e servizi per le dipendenze non si limiti alla mera applicazione d'indicazioni normative o procedurali, quanto piuttosto divenga condivisione convinta, ben organizzata e sperimentata da parte di tutte le equipe, di un modello di risposta alla domanda dei singoli utenti, delle loro famiglie e del contesto sociale di vita.

Clerici già dieci anni fa aveva ipotizzato obiettivi concreti da perseguire al fine di favorire il processo d'integrazione (Clerici, 2007), ma confrontandoli con gli esiti della nostra ricerca è evidente che molta strada resta ancora da percorrere.

La separatezza istituzionale e organizzativa tra Psichiatria e Dipendenze - che trova le sue radici in una differente cultura entro cui sono nate e sviluppate - ancora in parte presente in questo ambito, ha favorito e alimentato le distanze tra ambiti disciplinari e servizi che dovrebbero invece trovare nell'integrazione la principale modalità di risposta precoce ai problemi di salute mentale dei cittadini, nella consapevolezza che la scissione - anche quella organizzativa - è sempre patogena (Nizzoli, 2001).

Lo sviluppo di una cultura comune non può che arricchire i due servizi, evitando il rischio di un riduzionismo nosologico e di appiattare il trattamento sul controllo farmacologico, permettendo nel contempo di elaborare nuovi modelli di intervento, a fronte di bisogni espressi da questi pazienti che mal si adattano alle offerte attualmente messe in campo dal sistema di cura.

Come procedere in questa direzione? Da un lato Rigliano (2015) propone il modello della condivisione che prevede la creazione di un'équipe multidisciplinare il cui mandato istituzionale sia quello della diagnosi, presa in carico e cura dei pazienti con comorbidità.

Dall'altro Begarani et al. (2017) mettono in guardia dai rischi che istituire un'équipe dedicata può far correre: in primo luogo il rischio di interferire con il processo d'integrazione tra servizi, favorendo un processo di tacita - o forse



Andrea Costa

Psicosociologo, Docente di Metodi e tecniche dell'intervento educativo e Psicologia dei gruppi e dell'educazione presso l'Università degli Studi di Brescia, da anni lavora nel Dipartimento Salute mentale e Dipendenze dell'ASST "Carlo Poma" di Mantova.



Sara Bernardi

Educatrice professionale laureata in Educazione professionale all'Università degli Studi di Brescia, attualmente lavora presso la Comunità Minori dell'Istituto Palazzolo Suore delle Poverelle di Torre Boldone (BG).

nemmeno tanto tacita - delega a quei colleghi più disponibili nei confronti dei colleghi dell'altro servizio e di questa tipologia d'utenza; inoltre in questo modo si verrebbe ad istituire un nuovo ambito clinico iperspecialistico su questa tipologia d'utenza, con il conseguente rischio di reintrodurre degli elementi di separatezza nel sistema di cura.

La scelta operata da alcuni dei servizi che abbiamo consultato, di promuovere e favorire il lavoro in microequipe funzionali allo specifico paziente o a specifici progetti, senza che ciò comporti la perdita d'appartenenza al proprio gruppo di lavoro trova riscontro in altre esperienze già da tempo realizzate in Regione Emilia-Romagna (Nizzoli, 2001; Begarani et al., 2017) e ci sembra rappresenti una modalità gestionale che - almeno in questa fase storica - può meglio consentire l'evoluzione del processo di integrazione tra i servizi e la gestione di questi pazienti, senza per questo escludere la compresenza di entrambe le modalità (Clerici, 2007).

Il primo passo che i servizi sono chiamati a fare è quello di iniziare a istituire spazi d'incontro, confronto e costruzione di consenso tra i soggetti coinvolti, per cercare di dare risposte ad alcuni temi - Clerici (2007) li individua con estrema chiarezza - che diano la sensazione che quella della presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi sia una sfida che operatori e pazienti possono vincere, a partire da se stessi e dai propri vissuti di impotenza e inadeguatezza ad affrontare una questione che riassume in sé il paradigma della complessità nella medicina moderna. L

Note

- 4 Come ricorda Clerici (2007), dal punto di vista epidemiologico mancano dati aggiornati, che consentano di avere una mappa dei bisogni espressi nei territori considerati, specie per quanto concerne il fenomeno delle nuove sostanze d'abuso e dei nuovi stili di consumo.
- 5 Regione Lombardia, l.r. 29 giugno 2016 n. 15, "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".
- 6 Si tratta di un processo lungo ma sicuramente utile per costruire e far sedimentare negli operatori e nei gruppi di lavoro una comune cultura circa la presa in carico dei pazienti con comorbidità e individuare le migliori pratiche (Magnani A. et al., 2017).

TARIFFE DI ABBONAMENTO 2019

Enti pubblici e privati	€ 89,00
Associazioni di volontariato e Cooperative sociali	€ 69,00
Privati	€ 59,00
PRO	€ 99,00

ccp 36973204 • iban IT57 J076 0101 6000 0003 6973204 • www.prospettivesocialiesanitarie.it
via XX Settembre 24, 20123 Milano • tel. 02 46764276 • fax 02 46764312 • pss.abbo@irsonline.it

Passano gli anni,
ma certe cose rimangono
sempre uguali, per fortuna.

Campagna abbonamenti 2019

Da più di 45 anni, grazie al sostegno dei propri abbonati, *Prospettive Sociali e Sanitarie* è una voce critica e indipendente di analisi e commento a quanto avviene nelle politiche e nei servizi sociali e sanitari. Ma non è nostra abitudine sederci sugli allori: si è da poco conclusa la 3^a edizione del Premio *Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio*, e la collaborazione con welforum.it, ormai al suo secondo anno, continua a portare positivi risultati per la rivista. Siamo convinti della necessità di quanto facciamo e, per continuare a farlo, continuiamo ad aver bisogno del vostro sostegno.

PRO come prodotti

L'abbonamento PRO comprende anche l'accesso all'archivio *online* di oltre vent'anni di fascicoli arretrati, all'ultimo Quid Album e quelli in uscita nell'anno, nonché l'accesso in anteprima a novità e iniziative, sconti su corsi di formazione, ecc.

Prospettive
Sociali
e Sanitarie