



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Le problematiche assistenziali nei
soggetti affetti da doppia diagnosi:
una revisione della letteratura**

Relatore:

Dott. Francesco Galli

Francesco Galli

Tesi di Laurea di:

Riccardo Latini

Riccardo Latini

Correlatore:

Dott.ssa Comparcini Dania

Dania Comparcini

A.A. 2018/2019

INDICE

1. INTRODUZIONE	2
1.1. Background	11
2. OBIETTIVO DELLO STUDIO	14
3. MATERIALI E METODI	15
3.1. Disegno dello studio	15
3.2. Identificazione del problema	15
3.3. Fase di ricerca	16
3.4. Criteri di inclusione	16
3.5. Criteri di esclusione	16
3.6. Strategia di ricerca	16
3.7. Fase di valutazione dei dati	19
3.8. Fase di analisi e preparazione dei dati	19
4. RISULTATI	20
4.1. Caratteristiche degli studi inclusi	20
4.2. Principali problematiche evidenziate dagli studi selezionati	21
5. DISCUSSIONE	32
5.1. Implicazioni per la pratica clinica	34
5.2. Limiti	35
6. CONCLUSIONE	36
BIBLIOGRAFIA	38

1. INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce con il termine “Doppia Diagnosi” la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico».¹

Nella pratica clinica i soggetti con disturbi da uso di sostanze vanno incontro anche a tassi elevati (dal 40 al 68%) di disturbi psichiatrici non organici con difficoltà di distinzione fra disturbi psichiatrici primari e secondari all'abuso di sostanze;² anche nei servizi psichiatrici si riscontrano tassi elevati di pazienti portatori di un disturbo psichiatrico che in concomitanza presentano una anamnesi positiva per assunzione di sostanze d'abuso. Tale constatazione fa sorgere sistematicamente il “dubbio diagnostico”, quale rappresenta un disturbo primario e quale secondario; infatti stabilire con certezza la tipologia del disturbo primario è importante per la formulazione di una corretta diagnosi, per il riconoscimento dei meccanismi patofisiologici, ma soprattutto per la terapia e la prognosi di questi soggetti multiproblematici.³ Le diagnosi vengono effettuate con i due diversi sistemi nosografici, reciprocamente convertibili, l'International Classification of Diseases (ICD) e il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).⁴

L'ICD classifica la doppia diagnosi all'interno del gruppo diagnostico dei “Disturbi mentali e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive”. Nell'ICD la copresenza tra malattia mentale e assunzione di sostanze viene definita sulla base di un principio organizzatore di tipo eziopatogenetico; in questo caso l'assunzione di sostanze viene considerata primaria e il disturbo psicopatologico secondario. Con questa tipologia di descrizione l'ICD permette di avere l'impostazione precisa di ogni caso di comorbidità, ma pone due problemi; da un lato viene stabilito a priori un rapporto di causalità tra assunzione di sostanze e quadro psicopatologico, quando a volte potrebbero non essere correlate; dall'altro l'abuso o la

¹ Hall W., Burns L., Lynskey M. & Teesson M. What is comorbidity and why does it matter? In National comorbidity project. *Commonwealth Department of Health and Aged Care*. 2001; **5** (2): 11–7.

² Babor T., Campbell R., Room R. & Saunders. Lexicon of alcohol and drug terms. *World Health Organization*. 1994; **1** (1): 1-65.

³ Watts M. Management of severe mental illness and substance misuse. *Nurs Times* 2007; **103**(14):28-29.

⁴ Jané-Llopis E & Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2006; **25**(6): 515–36.

dipendenza da sostanze non è di per sé considerato come un disturbo psichiatrico indipendente, a prescindere dai quadri psicopatologici che ad esso possono accompagnarsi.⁵

Il sistema diagnostico-nosografico dettato dal DSM, invece, ci presenta un diverso inquadramento della doppia diagnosi, che viene inserita nella categoria generale dei “Disturbi correlati a sostanze”.⁶

Questa definizione allargata include in pratica ogni sostanza suscettibile di indurre alterazioni cognitive (alcol compreso). Nell’ambito della doppia diagnosi il DSM ne distingue tre tipologie, e di conseguenza tre tipi di pazienti con doppia diagnosi, sulla base dei rapporti primario o secondario che si instaurano tra disturbo mentale e tossicodipendenza:

Pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicodipendenza secondaria (self-medication)

Fanno parte di questo gruppo soggetti in cui lo sviluppo della tossicodipendenza è dovuto al “fenomeno dell’automedicazione”, cioè l’abuso di sostanze è finalizzato a “medicare” i sentimenti di angoscia e di frammentazione psicotica o il senso di vuoto depressivo. Questi pazienti assumono determinate sostanze nel tentativo di lenire disturbi umorali di tipo prevalentemente disforico o depressivo o livelli di ansia troppo elevati. Riguardo questa ipotesi viene riscontrata una più alta frequenza di comportamenti dipendenti in soggetti che hanno vissuto traumi precoci di tipo sessuale (abusi e incesti) e che sono incapaci, vista la gravità dello stress subito, di parlarne e di riferirne i contenuti emozionali correlati. Da un altro punto di vista, il ricorso all’abuso di sostanze da parte di soggetti con disturbi psichiatrici, potrebbe essere spiegato alla luce dell’ipotesi di una maggiore vulnerabilità, legata ad una presumibile “debolezza strutturale”, dei giovani pazienti psicotici, i quali non riuscirebbero a far fronte alle normali richieste dell’ambiente in cui vivono facendogli provare una sensazione di inadeguatezza che purtroppo essi non sono in grado di affrontare e dalla quale cercano di sfuggire in modo “artificiale” riversando le loro ansie e paure nelle illusioni create dall’abuso di alcool, droga o farmaci. Per includere i soggetti in questa categoria devono essere rispettati criteri temporali, causali, sintomatologici e familiari.

⁵ Munro A., Watson H.E. & McFadyen A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2007; **44**(8):1430-1438.

⁶ Borge L., Angel O.H. & Røssberg J.I. Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study of interdisciplinary collaboration. *Issues Ment Health Nurs.* 2013; **34**(4):229-39.

Pazienti con tossicodipendenza primaria e disturbo psichiatrico secondario

Si inseriscono in questa categoria episodi acuti riferibili ad intossicazione e astinenza oppure quadri clinici conseguenti ad un uso cronico della sostanza (come demenza alcolica).

Pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicomania primaria

Questa terza categoria, la più rara riscontrabile nei casi pratici, comprende la coesistenza, nello stesso individuo, di quadri di tossicodipendenza e di disturbo psichiatrico completamente indipendenti.⁷

In Italia emerge una problematica molto importante a livello istituzionale per quanto riguarda la presa in carico dei soggetti con “doppia diagnosi”, infatti il trattamento del disturbo mentale avviene generalmente nei servizi psichiatrici che, spesso, è separato dai servizi che si occupano dei trattamenti di soggetti con dipendenza da sostanze; questa divisione genera una situazione di carenza di stime certe sui casi di “doppia diagnosi”.⁸

Per quanto riguarda l’Eziologia si distinguono due aspetti: la Vulnerabilità genetica(The Super-sensitivity Theory) e l’ipotesi dell’Automedicazione(Self-medication Hypothesis). Da un lato esiste una fragilità individuale che porta all’abuso e/o dipendenza da sostanze condizionata da determinanti biologici cerebrali, simile a quella che ritroviamo per altri disturbi psichiatrici, anche se mediata da circuiti e da sistemi recettoriali diversi; questa vulnerabilità si baserebbe su determinanti genetiche che modificherebbero la struttura e la funzionalità di alcuni circuiti neuronali unitamente all’azione di altre determinanti quali stress e fattori socio-ambientali. La vulnerabilità genetica, a probabile trasmissione poligenica, si esprime attraverso la labilità regolatoria dei sistemi sottocorticali di rinforzo mediata dai sistemi della dopamina, degli oppioidi e dei glucocorticoidi. Gli studi effettuati sulle famiglie, su gemelli e sui figli adottivi, hanno confermato la trasmissione genetica, già dimostrata negli studi con gli animali domestici, della “tendenza all’abuso/dipendenza da sostanze” che si riscontra più frequentemente sui figli di pazienti che hanno già manifestato più marcate inclinazioni all’abuso di sostanze in genere.⁹

⁷ Hamilton I. Substance use 2: nursing assessment, management and types of intervention. *Nurs Times*. 2009; **105**(2):14-17.

⁸ Iannitelli A., Castra R. & Antenucci M. Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche. *Ann Ist Super Sanità* 2002; **38**(3):233-239.

⁹ Maheshwari S.K., Gupta S. & Sharan P. Medication non-compliance and substance abuse in schizophrenia. *Nurs J India*. 2009; **100**(9):201-203.

Per quanto riguarda l'ipotesi dell'automedicazione la doppia diagnosi in questo caso sarebbe una conseguenza di un tentativo di automedicazione improprio, esso prevede che un paziente psichiatrico assuma delle sostanze al di fuori di una prescrizione medica per alleviare i sintomi che il suo disturbo comporta. Questa situazione porta alla ricorrente assunzione della sostanza fino a determinare un disturbo da uso di sostanze (più frequentemente una vera e propria intossicazione e/o dipendenza) in comorbidità al disturbo psichiatrico di base. Il modello dell'automedicazione può essere visto su tre livelli:

1. Primo livello

Si basa sulla rigida divisione tra stati di inibizione e di iperattivazione del SNC, in base alla quale un'iperattivazione potrebbe indurre l'assunzione di sostanze ad azione sedativa (eroina, alcool) e, invece, un abbassamento dell'attività nervosa potrebbe portare all'assunzione di sostanze stimolanti (cocaina, anfetamine).

2. Secondo livello

A livello neurobiologico si ipotizza che il comportamento di ricerca e di assunzione di una determinata sostanza sia motivato dalla carenza di un analogo endogeno presente fisiologicamente nel SNC, in questo caso compare una funzione compensatoria di tale sostanza. Gli oppiacei come l'eroina possono rientrare nel modello della "Self-medication" soprattutto nei disturbi dell'umore (sia di tipo depressivo, sia maniacale, sia misto). Il ricorso a sostanze psicostimolanti come la cocaina e le amfetamine può trovare spiegazione nell'utilizzo auto-terapeutico durante stati depressivi dove ci sia un'ipofunzione dei sistemi dopaminergici e noradrenergici. Il modello dell'automedicazione può essere applicato anche alle sostanze ad azione diretta o indiretta sul sistema GABA (neurotrasmettitore del nostro corpo), che nei casi di disturbi d'ansia risulta deteriorato; in questo caso sostanze come le benzodiazepine sono considerate il trattamento auto-terapeutico di elezione ed è frequente anche l'utilizzo di alcool. Le assunzioni multiple, in particolar modo quelle che vedono come sostanze più usate eroina, cocaina, alcool e benzodiazepine, possono essere causate, secondo questa teoria, dai disturbi di personalità dove la compromissione a livello affettivo è maggiore.

3. Terzo livello

Si basa sull'ipotesi dell'imprinting implicando la possibilità che un evento di separazione o perdita, avvenuto in una fase di evoluzione del cervello, abbia influenzato il normale sviluppo di alcuni sistemi biologici recettoriali (in particolare modo quelli per oppioidi). Questo si tradurrebbe in una difficoltà ad effettuare stabili legami di attaccamento e in un importante livello di sofferenza soggettiva comune a questa

difficoltà. L'assunzione di oppioidi da soli o insieme ad altre sostanze compenserebbe questo deficit funzionale.¹⁰

Il modello dell'automedicazione promuove l'ipotesi che le sostanze d'abuso non siano scelte alla cieca, bensì esiste un preciso collegamento tra la sostanza usata e la sintomatologia della malattia psichiatrica. Molti studi infatti, hanno rivelato che droghe e alcol vengono utilizzati per alleviare sintomi extrapiramidali causati dai farmaci neurolettici oppure stati di ansia, irrequietezza, agitazione.¹¹

Tuttavia i dati che abbiamo non indicano una specifica relazione tra le sostanze usate e diagnosi specifiche. Alcune revisioni della letteratura riportano che alcuni pazienti affetti da patologie come ad esempio la schizofrenia preferiscono assumere droghe che li stimolano come cocaina e anfetamine, le quali eliminano i sintomi negativi (apatia, abulia, appiattimento affettivo) rispetto a quelle che principalmente hanno effetti sedativi (oppiacei e alcol). Le altre principali motivazioni che inducono gli individui con doppia diagnosi a fare uso di droghe o alcol sono:

- bisogno di sentirsi accettati, sentirsi bene;
- ragioni sociali (essere appartenenti al gruppo, facilitare l'interazione);
- incrementare il piacere, le emozioni e l'energia;
- parlare molto per potersi relazionare con gli altri;
- aumentare la concentrazione.

Gli effetti ottenuti dall'assunzione di droghe o alcool si sono dimostrati spesso opposti alle grandi aspettative che i pazienti si erano immaginati e che speravano di ottenere. Per esempio il bisogno di ridurre i sintomi positivi (allucinazioni, deliri) e di sentirsi bene hanno indotto molti all'uso di sostanze, le quali però hanno solo portato ad un peggioramento della sintomatologia, spingendo il paziente a cercare un'ulteriore via di fuga dalla nuova situazione portandolo in una spirale infinita dalla quale difficilmente si riesce ad uscire.¹²

¹⁰ Munro I. & Edward K.L. Ment Health Mental illness and substance use: an Australian perspective. *Nurs.* 2008; **17**(4):255-260.

¹¹ Watts M. High expressed emotion, severe mental illness and substance use disorder. *J Nurs*, 2007; **16**(20):1259-1262.

¹² Tiet Q.Q. & Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp.* 2007; **31**(4):513-536.

I primi dati epidemiologici internazionali risalgono alla prima metà degli anni '90 negli Stati Uniti dove il “National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program” ha intervistato 20.291 persone ottenendo dati di particolare rilevanza:

- 17% della popolazione generale presenta un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS)
- 29% dei soggetti con almeno un disturbo mentale ha un DUS in comorbidità
- 24% dei soggetti con un DUS ha un disturbo dell'umore in comorbidità
- 27% dei soggetti con depressione ha un DUS in comorbidità
- 56% dei soggetti con un disturbo bipolare ha un DUS in comorbidità
- 47% dei soggetti con schizofrenia ha un disturbo da uso di sostanze in comorbidità.¹³

I primi dati relativi alla situazione italiana, rilevati tramite gli studi di Clerici e dei suoi collaboratori nei primi anni '90, condotti nei servizi per le Dipendenze Patologiche e nelle Comunità Terapeutiche di tre città campione (Milano, Roma, Cagliari) hanno evidenziato che il rischio di sviluppare una malattia mentale o di abuso di sostanze si potenziavano a vicenda; quindi per quella popolazione a rischio la presenza di una delle due problematiche poteva essere la causa o la conseguenza della problematica opposta.¹⁴

Un altro studio italiano, condotto negli stessi periodi di tempo da Pozzi e i suoi collaboratori, sui soggetti con “doppia diagnosi” evidenzia che il 35% di coloro che abusano sostanze riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo dell'umore e, viceversa, il 32% di coloro che hanno un disturbo affettivo e il 47% di coloro che hanno un disturbo schizofrenico presentano anche abuso di sostanze.¹⁵

Anche in Europa i dati relativi alla “doppia diagnosi” sono in linea con quelli italiani; infatti in uno studio svolto in Germania, nel 2004, è emerso che circa il 45% dei soggetti presentava comorbidità tra un problema di abuso di sostanze e almeno un altro disturbo psichiatrico;¹⁶ mentre in Francia, nel 2005, Lèpine e i suoi collaboratori hanno rilevato che il 26% degli uomini

¹³ Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. & Goodwin F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and drug abuse. Results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; **264**(19): 2511-2518

¹⁴ Clerici M., Carta I. & Cazzullo CL. Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of italian narcotic addict. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 1989; **24**(8):219-226.

¹⁵ Pozzi G., Tacchini G., Di Giannantonio M. & Tempesta E.. Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews. *Minerva Psichiatria*. 1995; **36**(3):139-54.

¹⁶ Jacobi C., Hayward C., De Zwaan M., Kraemer H.C. & Agras W.S. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*. 2004; **130**(2): 19-65.

e il 67% delle donne diagnosticate per disturbo da uso di alcool presentava anche un disturbo mentale in comorbidità.¹⁷

Negli stessi anni in Italia, è stato condotto il PADDI study (Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy), uno studio trasversale che ha coinvolto 77 Dipartimenti di Salute Mentale italiani, riportando dati epidemiologici molto interessanti. Si evidenzia che la prevalenza dei pazienti con doppia diagnosi è del 30% circa e di questi l'80% è di sesso maschile e con età media di 42 anni. La diagnosi psichiatrica più frequente è il disturbo di personalità (37%), seguita da psicosi schizofrenica (31%), psicosi affettiva (17%), disturbo nevrotico (9%) e altre diagnosi (6%); invece la sostanza di abuso o di dipendenza maggiormente utilizzata è l'alcool (dei quali il 63% dei pazienti è inoltre dipendente da almeno un'altra sostanza), seguita da cannabis e cocaina.¹⁸

L'approccio e l'atteggiamento riguardo il trattamento della doppia diagnosi si sta però evolvendo, soprattutto negli ultimi anni, sia per una maggiore cognizione del problema sia per il maggior numero di ricerche condotte, con la messa in pratica di nuove metodologie di trattamento multidisciplinare ed integrato, che comprendano quindi sia la malattia psichiatrica propriamente detta che la tossicodipendenza. Oltre agli interventi farmacologici, i trattamenti dei soggetti con doppia diagnosi prevedono interventi comportamentali sulla base di tre diverse strategie, il **supporto motivazionale**, la **comunità terapeutica** e la **terapia di gruppo**.

Il supporto motivazionale è la terapia essenziale della dipendenza, la cui efficacia è stata dimostrata sia nei casi di abuso d'alcol e droghe. Durante il suo percorso terapeutico il paziente attraversa varie fasi, pertanto il supporto motivazionale adottato dagli operatori si deve adeguare alla fase che l'individuo sta percorrendo.¹⁹

Per permettere la realizzazione di questi interventi personalizzati si devono tenere in considerazione le fasi proposte nel modello "Transteorico del Cambiamento", il quale descrive in che modo gli individui modificano un problema oppure acquisiscono un comportamento positivo. Questo schema è stato applicato in vari ambiti in cui si è resa necessaria una modifica

¹⁷ Lépine J.P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Nègre-Pagès L., Nachbaur G. & Gaudin A.F. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale*. 2005; **31**(2): 182-194

¹⁸ Clerici M., Carrà G., Segagni G., Sciarini, P., Borrelli P. & Popa I. Epidemiological study on the comorbidity between mental disorders and disorders related to use of substances (drugs and/or alcohol) in the Italian Mental Health Departments. *Italian Psychiatric Notebooks*. 2006; **25**(7): 161-164.

¹⁹ Hamilton I. Ensuring integrated treatment for people with mental health and substance use problem. *Nurs Times*. 2010; **106**(2): 12-15.

comportamentale di certi individui (es. gestione dello stress, controllo del peso corporeo). Il modello “Transteorico del Cambiamento” si basa sul cambiamento intenzionale che si focalizza sul processo decisionale dell’individuo; vengono presi in esame emozioni, cognizioni e comportamenti, basati sul concetto di “stadio”, in quanto il cambiamento è un processo che si compie nel tempo.²⁰

Questa strategia permette a chi si prende cura dei pazienti con doppia diagnosi di rimanere più legati nel tempo e di sviluppare una maggiore empatia rispetto ai soliti approcci utilizzati comunemente per la gestione della dipendenza da sostanze. Questo modello non fa distinzioni su quanto le persone siano pronte a questo importante cambiamento: esso per ogni individuo progetta interventi appropriati in base ai diversi stadi in cui ognuno di loro si può trovare. Come risultato si osserva un’alta partecipazione da parte dei pazienti e degli operatori alle iniziative che si avvalgono di tale modello. Infatti esso è stato sviluppato per creare degli interventi che vanno incontro ai bisogni specifici dei soggetti coinvolti, alla partecipazione attiva del paziente e l’assunzione di responsabilità da parte di quest’ultimo per imparare le tecniche di autocontrollo per evitare futuri abusi. Per questo motivo il tasso di abbandono durante il processo di cambiamento è molto ridotto.²¹

La comunità terapeutica viene definita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) una istituzione configurabile come un’organizzazione la cui principale finalità è la modificazione del comportamento e il recupero di persone deviate dalla norma sociale. Il principio su cui si basa la cura è lo stretto rapporto che si stabilisce fra il personale e gli utenti che partecipano al lavoro e alle svariate attività della comunità, contribuendo inoltre alle decisioni che li riguardano.²²

Il compito della comunità è di indurre nella persona un modo di agire, di fare, diverso, ciò al fine di far accettare poi il sistema di convinzioni e di valori entro cui le sue azioni si esplicano e si riflettono. Il cambiamento dell’atteggiamento dell’individuo preso in considerazione, da solo, non è indice di trasformazione della persona bensì conduce il soggetto nella giusta direzione di un processo sociale e di una cultura della comunità. Quando all’interno di questa

²⁰ Aschbrenner K. A., Cai S., Grabowski D. C., Bartels S. J. & Mor, V. Medical comorbidity and functional status among adults with major mental illness newly admitted to nursing homes. *Psychiatric Services*. 2011; **62**(9), 1098.

²¹ Teesson M. & Proudfoot H. Comorbid mental disorders and substance use disorders: epidemiology, prevention and treatment. Canberra: Australian Government. *Department of Health and Ageing*; 2003.

²² Prochaska J.O., Velicer W.F. & Di Clemente C. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*. 1997; **12**(3):38-48.

realtà ci si trova di fronte al comportamento problematico della persona, la cultura della comunità guida, motiva e richiede agli utenti e agli operatori, di esporsi e di assumere di fronte ad esso un atteggiamento finalizzato a produrre un cambiamento.²³

Una struttura o un reparto vengono definiti “Comunità terapeutica” in base a dei criteri, dei principi, che tutt’oggi rappresentano degli elementi discriminanti, essi sono: la democratizzazione, il comunalismo, la tolleranza ed il confronto con la realtà. Per democratizzazione si intende il principio vero e proprio di una democrazia, dove nessuno prevale sull’altro. Lo scopo è quello di responsabilizzare ogni componente di questa realtà attraverso decisioni assembleari e multidisciplinari. Per comunalismo si intende la vera e propria condivisione da parte di staff e residenti di tutti i luoghi e occupazioni collettive. Il componente di questa realtà, che esso faccia parte dello staff o dei residenti, viene valutato dal punto di vista “grupale” e tutta l'enfasi terapeutica si basa sul “fare con il paziente” piuttosto che sul “fare al paziente”, come in ospedale. La tolleranza viene definita come la flessibilità e l'accettazione dei comportamenti devianti da parte di tutti. La struttura comunitaria in questo caso è vista come terreno per rivivere sentimenti e comportamenti appresi nel passato in contesti poco favorevoli allo sviluppo psicologico e maturativo del soggetto. Si permette in questo modo al residente di rivivere i personaggi del mondo dei suoi oggetti interni con i quali le cose andarono male “sul teatro della comunità”. La struttura quindi deve essere organizzata in modo tale che tutti i suoi componenti riescano a tollerare un'ampia gamma di comportamenti ansiogeni, che sembrano devianti secondo le norme più comuni. In base poi alle risposte da parte degli altri a tali comportamenti emergono i problemi di tutti. Con il “confronto con la realtà” si intende quel “modo di agire” che ha lo scopo di contrastare la tendenza a distorcere la percezione della realtà, che hanno spesso gli individui che vivono all’interno di una comunità, a negarla o a ritirarsi dalle proprie difficoltà a relazionarsi con gli altri. Per mettere in pratica questo metodo bisogna relazionarsi sempre in maniera diretta e "col cuore in mano" in modo di fornire un continuo riscontro del comportamento dei singoli individui così come sono visti dagli altri; Il tutto viene effettuato nell'ambito di un orientamento positivo e verso il futuro, nonostante la tendenza costante, di parecchi, alla demoralizzazione che accompagna l'esperienza della malattia.²⁴

²³ Marini M., Schnornberger T.M., Brandalise G.B., Bergozza M. & Heldt E. Quality of life determinants in patients of a Psychosocial Care Center for alcohol and other drug users. *Issues Ment Health Nurs.* 2013; **34**(7): 524-530.

²⁴ Pearce S. & Pickard H. How therapeutic communities work: specific factors related to positive outcome, *sage journals.* 2013; **59**(7): 636-645.

La terapia di gruppo è una forma di terapia in ambiente psichiatrico dove l'intervento clinico, in questo caso, viene effettuato in un "setting" gruppale. In questa realtà viene distinta una figura, che ovviamente non prevale sugli altri ma essenzialmente conduce ed organizza gli incontri, il conduttore, che spesso è un operatore o più di uno nel caso la terapia debba essere integrata da più discipline. Per far sì che il trattamento avvenga nel migliore dei modi esistono delle norme che vanno rispettate da tutti i componenti. Queste norme rispecchiano non solo le regole di comportamento da adottare durante gli incontri di gruppo ma anche le aspettative implicite ed esplicite dei membri su come dovrebbero funzionare gli incontri stessi. Illustrando queste determinate norme in modo chiaro e conciso fin dalla formazione del gruppo o meglio ancora nei colloqui preparatori all'ingresso degli individui in struttura è possibile creare una sorta di "ponte" tra i pensieri "fantastici" del paziente e la realtà, ottenendo così una diminuzione dell'ansia e il timore presenti al primo approccio.²⁵

In generale le norme regolamentano: la frequenza, la puntualità, l'espressione libera, la riservatezza e l'astinenza colloquiale (si evitano distrazioni). Il valore del "gruppo" per i pazienti con doppia diagnosi è fondamentale, i partecipanti una volta che si relazionano con altri individui con problemi simili, non si sentono più soli. Il fatto di avere esperienze in comune con gli altri fa da rinforzo per il senso di appartenenza al gruppo e diminuisce la percezione dell'isolamento. Nel gruppo è fondamentale il senso dell'accettazione, ogni partecipante dovrebbe sentirsi accettato da tutti in modo da rafforzare l'autostima che a sua volta sprona ad un cambiamento ed a un miglioramento personale.²⁶

1.1. Background

Il trattamento di questa particolare tipologia di soggetti è complicato, perché a causa di problematiche istituzionali non ci sono ancora realtà ben organizzate in cui vengono trattati questi pazienti in maniera simultanea e con team multidisciplinari ben addestrati; quindi gli interventi si limitano in modo specifico ad una delle due diagnosi e si passa poi a quella successiva una volta risolta la prima (quella che secondo il giudizio clinico viene ritenuta più importante). Inoltre questi pazienti hanno spesso situazioni familiari, lavorative ed abitative

²⁵ Fries H.P. & Rosen M.I. The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *Psychiatr Nurses Assoc.* 2011; **17**(1): 45-50.

²⁶ Cleary M., Hunt G.E., Matheson S. & Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *J adv Nurs.* 2009; **65**(2): 238-258

instabili, comportamenti violenti nei confronti dei caregeaver e degli operatori, scarsa compliance e tendenza a comportamenti suicidari. Hanno perciò più problemi in più aspetti della loro vita, con costi per se stessi e per la collettività ragionevolmente più alti.²⁷

Attualmente la problematica della doppia diagnosi ha riscontrato parecchio interesse da parte dei ricercatori, infatti in letteratura esistono molti studi che indagano questo particolare aspetto, di fronte alla sempre più frequente diagnosi di comorbidità. Alcuni studi presenti in letteratura infatti, propongono addirittura di variare il termine “paziente con doppia diagnosi” in “multiproblematico”.²⁸

Questi soggetti, infatti, soffrono di ulteriori problematiche, a livello sociale e relazionale che vanno oltre quelle dei pazienti psichiatrici o dei tossicodipendenti, definendo quindi una situazione di particolare complessità non solo sul piano strettamente clinico, ma anche su quello sociale, lavorativo, familiare e di relazione. I pazienti con doppia diagnosi hanno infatti un decorso più “torbido”, dal punto di vista clinico, e una prognosi peggiore con maggiore probabilità di complicazioni, quali:

- ripetuti ricoveri ospedalieri,²⁹
- minore adesione ai trattamenti,³⁰
- disturbi dell’umore, comportamenti violenti, alterazioni del comportamento,³¹
- vagabondaggio e/o incarcerazione, suicidio e gravità dei sintomi depressivi.³²

Altri studi dimostrano che i pazienti affetti da doppia diagnosi dato il loro stile di vita “a rischio” hanno una probabilità maggiore di contrarre malattie come HIV o epatiti.³³

²⁷ Neville K. & Roan N. Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medicalsurgical patients with substance abuse/dependence.. *J Nurs Adm.* 2014; **44**(6): 339-346.

²⁸ Verde L., Moccia E. & Riccio M. Oltre la doppia diagnosi: la gestione del paziente multiproblematico nel Servizio per le Tossicodipendenze. Case management e lavoro di rete in un caso clinico. *collana Dipendenze. Strumenti psicosociali* 2010; **31**(9): 19-24.

²⁹ Adams M.W. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008; **15**(2): 101-108.

³⁰ Baker K.D., Lubman D.I. & Cosgrave E.M. Impact of cooccurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *Aust NZJ Psychiatry.* 2007; **41**(11): 896-902.

³¹ Ogloff J.R., Lemphers A & Dwyer C. Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: prevalence and implications for services. *Behav Sci Law.* 2004; **22**(4): 543-562

³² Schmidt L.M., Hesse M. & Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia – a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15-years. *Schizophr Res.* 2011; **130**(1-3): 228-233.

³³ Ngwena J. HIV/AIDS awareness in those diagnosed with mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011; **18**(3): 21

Se da un lato è stato ampiamente studiato il concetto di soggetto multiproblematico, dall'altro pochi studi hanno affrontato le problematiche assistenziali, pochi ricercatori infatti hanno esplorato il punto di vista degli infermieri che si occupano di assistere questi soggetti multiproblematici; per questo motivo lo scopo di questa tesi è quello di revisionare gli studi disponibili in letteratura sulle problematiche percepite dagli infermieri riguardo questa particolare situazione assistenziale.

2. OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo principale di questa revisione della letteratura è quello di indagare gli aspetti più importanti della doppia diagnosi, analizzando nello specifico il ruolo e le difficoltà dell'infermiere nella gestione di questa tipologia di soggetti.

L'obiettivo secondario invece consiste nel riconoscere l'importanza di un training specifico e mirato in grado di aumentare conoscenze, competenze e abilità degli operatori nella presa in carico di soggetti con doppia diagnosi.

3. MATERIALI E METODI

3.1. Disegno dello studio

È stata realizzata una revisione della letteratura sulla “doppia diagnosi”, concentrando l’attenzione sulle problematiche assistenziali che gli infermieri riscontrano nell’approccio a questi particolari soggetti. La revisione è stata condotta seguendo l’approccio metodologico di Whittemore e Knaf. Per la stesura di una revisione integrativa, infatti, si utilizza un metodo specifico che riassume la letteratura empirica e teorica per arrivare ad una maggiore comprensione di un particolare fenomeno o di un problema di salute. L’approccio di Whittemore e Knaf permette di includere diverse metodologie di ricerca (sperimentale e non sperimentale), includendo sia studi qualitativi che quantitativi per contribuire così alla presentazione di diverse prospettive del fenomeno in questione e che è stato ritenuto importante per la scienza e la pratica infermieristica.³⁴

3.2. Identificazione del problema

Questa prima fase corrisponde con l’identificazione chiara del problema su cui si focalizza la revisione e la definizione dello scopo della stessa. L’obiettivo di questa revisione integrativa è quello di fornire informazioni più aggiornate sugli aspetti più importanti della doppia diagnosi, approfondendo nello specifico il ruolo e le difficoltà dell’infermiere nella presa in carico di soggetti con doppia diagnosi; pertanto, la ricerca è stata guidata da alcuni quesiti che hanno portato all’identificazione di tali aspetti:

- Quali sono le principali problematiche evidenziate dagli infermieri che operano con soggetti affetti da doppia diagnosi?
- Quanto è importante una formazione specifica per gli infermieri nella presa in carico di soggetti con doppia diagnosi?

³⁴ Whittemore R. & Knaf K. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*. 2005; **52**(5): 546-553.

3.3. Fase di ricerca

La seconda fase del processo di revisione è la fase di ricerca dei dati nella letteratura che descrive le strategie utilizzate per ottenere le evidenze rilevanti in letteratura riguardanti il tema di interesse. Gli studi sono stati selezionati a partire dai titoli e dagli abstract verificando poi che il loro contenuto fosse pertinente al quesito di ricerca secondo criteri di inclusione ed esclusione prestabiliti.

3.4. Criteri di inclusione

Sono stati inclusi tutti articoli disponibili in full text, riguardanti studi pubblicati in lingua inglese o italiana negli ultimi venti anni; i quali trattassero il tema proposto e, nello specifico, le problematiche assistenziali dei pazienti con doppia diagnosi.

3.5. Criteri di esclusione

Non sono stati presi in considerazione tutti quegli articoli che trattavano in modo generale l'argomento della doppia diagnosi, senza riferimenti ai problemi di natura assistenziale. Sono stati esclusi inoltre tutti gli studi i cui abstract non fornivano informazioni specifiche relative ai quesiti di ricerca. Con l'utilizzo degli appositi "filtri", sono stati esclusi tutti gli articoli che avessero come soggetti bambini o adolescenti o che avessero data di pubblicazione troppo remota (maggiore di venti anni).

3.6. Strategia di ricerca

Da settembre a ottobre 2019 sono state effettuate ricerche tramite PubMed nel database elettronico di MEDLINE.

La ricerca iniziale è stata condotta utilizzando termini MeSH quali "Dual Diagnosis", "Comorbidity", "Nurse" combinati tra loro tramite operatori booleani (AND – OR – NOT), e ha identificato 631 articoli.

Successivamente sono stati aggiunti e combinati tra loro tramite gli operatori booleani altri termini MeSH come "Mental Disorders", "Substance-related Disorders" e "Comorbidity", attraverso i quali è stato possibile restringere ulteriormente la ricerca e identificare 103 articoli. Impostando, poi, i limiti alla ricerca definendo l'arco temporale di studi pubblicati negli ultimi 20 anni sia in lingua italiana che inglese sono stati raggiunti 73 articoli. Di questi sono stati letti tutti i titoli e gli abstract per determinarne la pertinenza con l'obiettivo della revisione e con i criteri di inclusione, pertanto, sono stati esclusi tutti gli articoli non aderenti all'obiettivo di

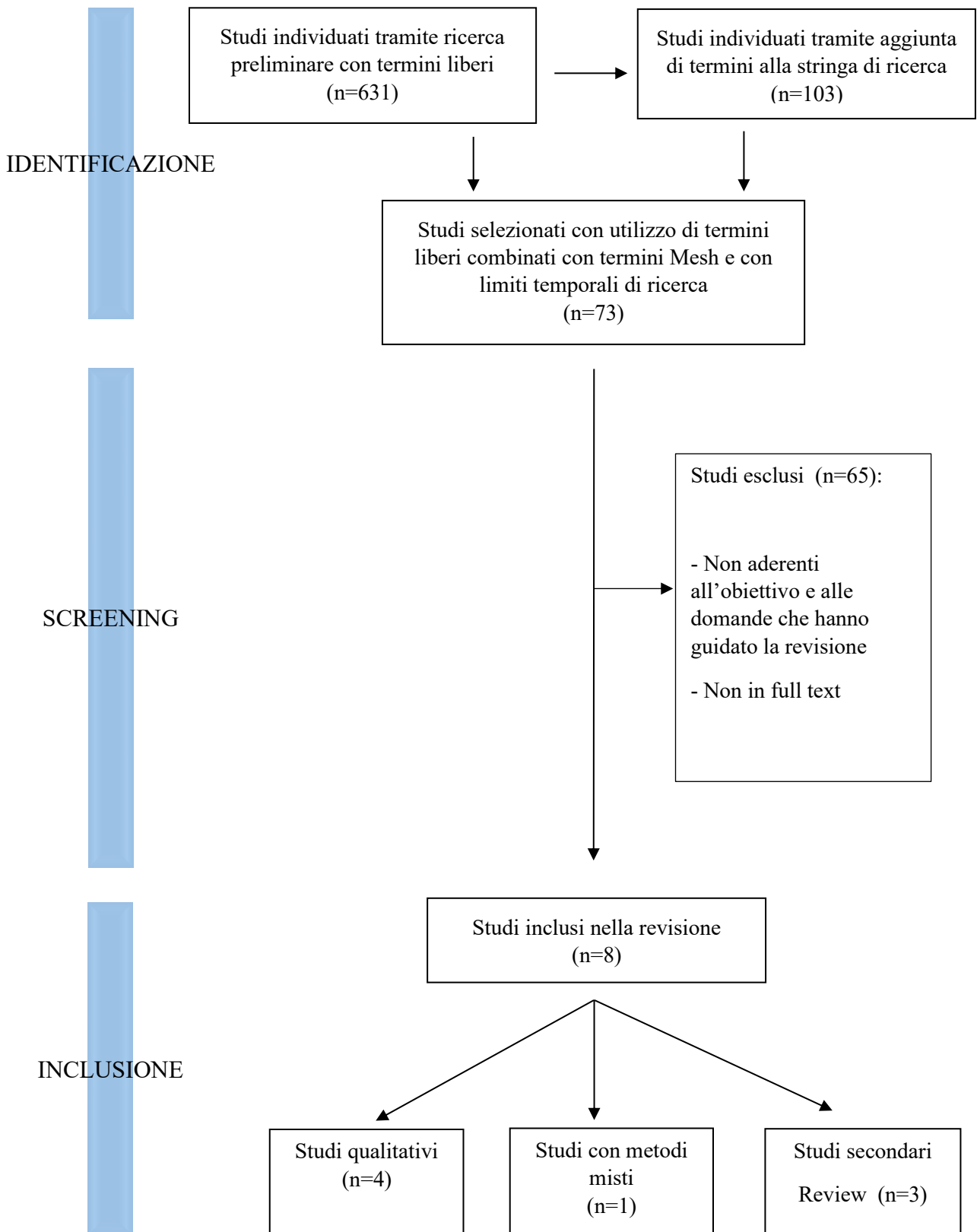
studio e non disponibili in full text (n=65), arrivando ad identificare 8 articoli principali. Sono stati quindi inclusi nella revisione finale 8 articoli dei quali 4 sono studi qualitativi, 1 è stato condotto con metodo misto e 3 sono revisioni di studi qualitativi.

La Tabella 2 mostra le stringhe di ricerca utilizzate e la Figura 2 il processo di selezione degli studi.

Tabella 2. Stringhe di ricerca per l'identificazione degli studi nei database consultati

Stringhe di ricerca	Medline
(dual diagnosis AND comorbidity AND nurse)	n. 631
(mental disorders AND comorbidity OR dual diagnosis AND nurse)	n. 179
("Mental Disorders"[Mesh] AND "Comorbidity"[Mesh]) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND nurs*	n. 103
("Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh] OR "dual diagnosis"[All Fields]) AND ("Mental Disorders"[Mesh]) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND nurs*	n. 73

Figura 2. PRISMA Flowchart: processo di identificazione e selezione degli studi inclusi



3.7. Fase di valutazione dei dati

Nella stesura di revisioni integrative, il processo di valutazione della qualità è molto complesso e non esistono linee guida o gold standard per effettuarne la conduzione. In accordo con il metodo integrativo di Whitemore e Knalf, l'inserimento di diverse fonti di dati all'interno di una revisione integrativa, includendo quindi la letteratura qualitativa, quantitativa e con metodi misti, rende il processo di valutazione degli studi molto più complesso e può fornire poco valore.³⁵

Quindi la valutazione della qualità della letteratura non è ritenuta necessaria, pertanto in questo studio, la valutazione degli studi non è stata effettuata. Tutti gli studi che hanno soddisfatto i criteri di inclusione sono stati trattati equamente nel determinare il loro contributo a questo lavoro.

3.8. Fase di analisi e preparazione dei dati

Durante la fase di analisi dei dati, le fonti sono state organizzate, classificate e sintetizzate in una conclusione integrata riguardo il problema di ricerca in fase di studio.

La fase finale del processo di stesura di una revisione integrativa consiste nella presentazione dei dati. Il ricercatore fornisce dettagli espliciti di ciascuna delle fonti ed espone le prove a sostegno delle conclusioni finali della revisione.

Dopo aver sintetizzato le informazioni principali di ciascuno studio in esame, è stata fornita una sintesi narrativa delle conclusioni definitive su ciò che si conosce riguardo la doppia diagnosi e le problematiche assistenziali che gli infermieri sono costretti ad affrontare.

³⁵ Robinson J., Gott M. & Ingleton C. Patient and family experiences of palliative care in hospital: what do we know? An integrative review. *Palliative medicine*. 2001; **28**(3): 18-33.

4. RISULTATI

4.1. Caratteristiche degli studi inclusi

Nella revisione sono stati inclusi 8 articoli, dei quali quattro di tipo qualitativo,^{36,37,38,39} tre revisioni di studi qualitativi^{40,41,29} e uno studio condotto con metodo misto.⁴²

Gli studi sono stati condotti in Gran Bretagna, Svezia, Finlandia ed Australia. Tutti gli studi revisionati sono caratterizzati da interviste condotte agli infermieri di salute mentale, o in certi casi anche ad altro personale sanitario come ad esempio medici o assistenti sociali, quest'ultime sono strutturate in modo tale da estrapolare dall'esperienze degli operatori quali sono le complicanze che essi incontrano quando effettuano assistenza ai pazienti affetti da doppia diagnosi. In secondo luogo viene esplorata anche una visione futura dell'assistenza, viene chiesto ai professionisti, a fronte degli ostacoli descritti, quali sono i suggerimenti e/o le soluzioni che potrebbero colmare questa "piaga" dell'assistenza in salute mentale.

³⁶ Searby A., Maude P. & McGrath I. The Experiences of Clinicians Caring for Older Adults with Dual Diagnosis: An Exploratory Study. *Issues Ment Health Nurs.* 2017; **38**(10): 805-811.

³⁷ Sorsa M., Gracen T., Lehto J. & Astedt-Kurki P. A Qualitative Study of Barriers to Care for People With Co-Occurring Disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017; **31**(4): 399-406.

³⁸ Wedell K. & Skarsterche I.O. Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol ab.use in a general psychiatric setting. *Issues Ment Health Nurs.* 2007; **28**(10): 1125-40.

³⁹ Coombes L. & Wratten A. The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007; **14**(4): 382-92.

⁴⁰ Canaway R. & Merkes M. Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Aust Health Rev.* 2010; **34**(3): 262-268.

⁴¹ Edward K.L. & Munro I. Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *Int J Nurs Pract.* 2009; **15**(2): 74-79.

⁴² Howard V. & Holmshaw J. Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010; **17**(10): 862-72

4.2. Principali problematiche evidenziate dagli studi selezionati

Dalla revisione di questi studi sono emerse diverse complicanze o problematiche di tipo assistenziale evidenziate dagli infermieri e sono state raggruppate in 8 aree problematiche:

1. Difficoltà nel definire e comprendere la diagnosi clinica

Dagli studi revisionati è emerso che gli infermieri trovano molta difficoltà a comprendere il vero significato del termine “doppia diagnosi” e l’utilità del termine stesso, poiché quest’ultimo assume significati diversi che variano da un professionista all’altro.^{38,40}

Inoltre i professionisti, con le conoscenze che possiedono, non sono in grado di dare delle priorità alle problematiche che incontrano ed addirittura nelle realtà meno aggiornate non sono nemmeno in grado di distinguerle.^{38,40,41,29}

2. Difficoltà relative all’accertamento

In quasi tutti gli studi revisionati è stata riscontrata una difficoltà nell’accertamento del paziente con doppia diagnosi, questo per due motivi principali:

Il primo è legato alla mancanza di mezzi adeguati per effettuare un corretto accertamento infermieristico.^{36,39,41}

L’unico strumento a disposizione degli infermieri infatti è un questionario; questo questionario però oltre a dare una visione solamente generale del paziente utilizza domande e parole “scomode” che portano solo atteggiamenti negativi e di sfiducia da parte dei pazienti.³⁷

il secondo problema, invece, è correlato all’abuso di sostanze stesso, infatti molti pazienti per timore di essere giudicati nascondono i loro vizi, nonostante, a volte, gli stati di intossicazione siano evidenti. Il problema più grave però è che a causa di questa negazione del vizio da parte dei pazienti, gli infermieri spesso trascurano la problematica della sostanza e danno più peso a quella relativa alla salute mentale.³⁹

3. Difficoltà di approccio ed interazione terapeutica

Come dimostrano più studi questa problematica è dovuta principalmente al soggetto con doppia diagnosi ed alla qualità dei servizi. Lavorare con i pazienti affetti da doppia diagnosi è stato definito dagli infermieri come duro e frustrante. Tale frustrazione è dovuta ai lenti progressi dei pazienti stessi che, nonostante le enormi quantità di risorse utilizzate, impiegano tanto tempo per raggiungere gli obiettivi. Inoltre l’approccio terapeutico è ostacolato dalla difficoltà riscontrata nel creare un rapporto di fiducia solido e duraturo.^{36,37,38,41,29,42,36,29}

Riguardo il paziente con doppia diagnosi, tutti gli studi hanno dimostrato che il motivo principale per cui impiega tanto tempo per migliorare è la sua poca motivazione.^{36,37,38,39,40,41,29,42}

È stato rilevato che un importante ostacolo alla continuità terapeutica è rappresentato, spesso, dagli atteggiamenti minacciosi ed aggressivi dei pazienti.^{36,37,40,29,42}

Riguardo invece la qualità dei servizi offerti, è stata riscontrata una mancanza all'interno dei reparti di protocolli e/o procedure che stabiliscano come approcciarsi in maniera efficace a questi pazienti, questo difetto comporta inevitabilmente a numerose riospedalizzazioni, ricadute, risposte negative ai trattamenti e non aderenze terapeutiche.^{36,38,29,42}

4. Difficoltà di approccio e intervento sulla famiglia

Le problematiche dei pazienti affetti da doppia diagnosi relative alla famiglia sono molto importanti ma spesso vengono trascurate. Infatti solo due studi trattano di questo delicato argomento. Lo studio di Sorsa e dei suoi collaboratori ha riscontrato un ostacolo, da non sottovalutare, relativo alla presenza di figli all'interno del nucleo familiare del paziente, un genitore affetto da doppia diagnosi infatti non può far fronte alle innumerevoli richieste di un figlio e ciò comporta in maniera considerevole un peggioramento del percorso terapeutico.³⁷

Lo studio di Edward e Munro, invece, si concentra maggiormente sugli aspetti "socio-familiari" descrivendo realtà in cui i pazienti con doppia diagnosi hanno talmente tanti problemi finanziari, dovuti spesso ai debiti nati dall'utilizzo delle sostanze, che non riescono più a garantire un tetto alla propria famiglia, ciò comporta spesso ad atteggiamenti illeciti e illegali che compromettono l'intero approccio terapeutico.⁴¹

5. Difficoltà relative alla collaborazione tra servizi

Tutti gli infermieri sottoposti alle interviste hanno riportato tra le problematiche principali la mancanza di collaborazione tra i servizi di trattamento della salute mentale e dell'abuso di sostanze.^{36,37,38,39,40,41,29,42}

Lo studio di Coombes e Wratten ipotizza che la causa di questa mancanza di collaborazione sia dovuta alla riluttanza degli altri servizi nell'essere coinvolti nella cura dei pazienti con doppia diagnosi: le organizzazioni infatti esitano a fornire le risorse necessarie ai servizi che trattano questi pazienti a causa della cattiva reputazione che macchia quest'ultimi, i pazienti affetti da comorbidità infatti sono definiti "impossibili da ospitare e da trattare".³⁹

Un'altra causa che spiega la mancata collaborazione dei servizi è quella relativa alla mancanza di risorse, sia in termini di carenza di personale sia di risorse economiche.³⁷

6. Difficoltà relative al coordinamento delle cure

Questa area problematica si riferisce al mancato trattamento simultaneo e coordinato dei pazienti con doppia diagnosi che hanno bisogno di più cure. Più studi infatti riportano che i professionisti non riescono a definire con chiarezza “chi si prende cura di chi”.^{37,39}

Questo problema è dovuto alla mancanza di un “network”, una rete integrata di collegamenti, che garantisca la continuità assistenziale e terapeutica, spesso ciò è dovuto al fatto che la “rete” non è pianificata insieme al diretto interessato e quindi risulta inefficace.^{38,40}

Riguardo quest’area problematica vengono trattati due aspetti molto interessanti: quello della legalità e quello dell’etica. Lo studio di Howard ha evidenziato, infatti, che una frequente barriera all’assistenza è determinata dal fatto che spesso gli infermieri si trovano coinvolti o sono testimoni di atteggiamenti illeciti da parte dei pazienti, questo comporta in loro molta ansia e un senso di preoccupazione tale da rischiare di compromettere l’intero approccio terapeutico.⁴²

Riguardo l’etica invece, Wedell e Skarsterche hanno evidenziato che spesso gli infermieri si ritrovano ad effettuare test ed esami di laboratorio su ordine medico senza il consenso del paziente, ciò va contro tutti i principi morali e deontologici e seppur fatto con buon senso rappresenta un ostacolo da non trascurare.³⁸

7. Difficoltà di collaborazione tra membri della stessa equipe

Molti studi hanno evidenziato che la mancata collaborazione tra membri dello stesso team multidisciplinare rappresenta uno degli ostacoli più frequenti nell’assistenza ai pazienti con doppia diagnosi. Questa problematica è dovuta principalmente agli atteggiamenti negativi e stereotipati che spesso gli operatori hanno nei confronti dei soggetti che assistono.^{36, 29, 41}

Più studi, inoltre, testimoniano che le diverse filosofie di pensiero riguardo il trattamento di questi pazienti portano ad atteggiamenti di sfiducia tra membri della stessa equipe, ciò comporta inevitabilmente ad un’assistenza inefficace.^{40,41}

8. Bisogno di conoscenze e nuove abilità

Una problematica riportata da tutti i partecipanti agli studi riguarda la mancanza di formazione adeguata al trattamento dei pazienti con doppia diagnosi.^{36,37,38,39,40,41,29,42}

Secondo lo studio di Searby il problema della doppia diagnosi è ancora sottovalutato e per questo motivo non vengono impiegate risorse per la formazione degli infermieri di salute mentale.³⁸

Nella pratica molti professionisti hanno testimoniato il fatto che la metodologia usata fino ad allora per l’assistenza era stata modellata esclusivamente dall’esperienza.

Autore (anno) Titolo Rivista Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati principali	Conclusioni
Searby A et al (2017) The experiences of clinicians caring for older adults with dual diagnosis: an exploratory study. <i>Issues Ment Health Nurs</i> Australia	10 Operatori Sanitari (sei infermieri, due assistenti sociali, un terapeuta occupazionale e uno psicologo)	Studio Qualitativo Caratterizzato da interviste verbali semi-strutturate	1. Esplorare le esperienze dei professionisti che hanno fornito assistenza all'interno di una comunità che tratta la comorbidità 2. Valutare le problematiche tipiche dei pazienti più anziani (> 65 anni)	1. Problematiche riguardo la valutazione del paziente con doppia diagnosi; 2. Problematiche relative alla formazione; 3. Problematiche relative all'approccio al paziente con doppia diagnosi; 4. Problematiche relative alla collaborazione dei servizi;	- Implementazione di uno strumento di screening per una valutazione concordata ed efficace; - Organizzazione di percorsi terapeutici di riferimento, per ogni tipologia di doppia diagnosi - Favorire la cooperazione tra i servizi di salute mentale e di abuso di sostanze; - Aumentare le conoscenze specifiche degli operatori attraverso percorsi di formazione specifici - Adattare le strutture presenti ad un afflusso sempre maggiore di pazienti con doppia diagnosi più anziani.

Autore (anno) Titolo Rivista Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati principali	Conclusioni
<p>Sorsa M. et al (2017)</p> <p>A qualitative study of barriers to care for people with co-occurring disorders.</p> <p><i>Arch Psychiatr Nurs</i></p> <p>Finlandia</p>	<p>Professionisti sanitari. (n=104)</p>	<p>Studio qualitativo.</p> <p>interviste verbali e telefoniche ad operatori sanitari (infermieri)</p>	<p>1. Descrivere il punto di vista degli operatori sanitari riguardo le persone con problemi di salute mentale e consumo di sostanze concomitanti.</p> <p>2. Elencare le barriere per un'assistenza efficace</p>	<p>Sono state descritte 12 categorie principali di barriere relative all'assistenza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivazione del paziente 2. Problemi concomitanti (di natura sociale e familiare) 3. Scelte improprie nell'utilizzo dei servizi 4. Barriere correlate al personale (atteggiamenti negativi e sfiducia) 5. Esigenza di modifica delle organizzazioni 6. Conoscenza e formazione 7. Mancanza di modelli di lavoro personalizzati (che si adattano allo "stadio" del paziente) 8. Ostacoli relativi all'organizzazione e alla prioritizzazione dei servizi 9. Responsabilità dell'intero sistema di inclusione o esclusione dei clienti 10. Accesso limitato alle cure 11. Carenza di risorse 12. Comprensione del problema del paziente e impostazione degli obiettivi 	<p>-Tutti gli operatori che lavorano in un contesto in cui si gestiscono persone affette da comorbidità dovrebbero esaminare tutte le possibili barriere e trovare soluzioni insieme ai pazienti, integrando la prospettiva del soggetto in ogni fase del processo.</p> <p>-La chiave del successo del trattamento di questa particolare tipologia di pazienti è un approccio multi-agenzia in cui tutti i servizi interessati collaborano, con input costanti dagli utenti stessi, per identificare i percorsi di cura migliori.</p>

Autore (anno) Titolo Rivista Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati principali	Conclusioni
<p>Wedell K &Skarsterche I (2007)</p> <p>Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting.</p> <p><i>Issues Ment Health Nurs</i></p> <p>Svezia</p>	<p>11 infermieri (nove donne e due uomini, con una esperienza lavorativa che varia dai 1 ai 38 anni)</p>	<p>Studio qualitativo descrittivo effettuato tramite delle interviste verbali</p>	<p>Descrivere le esperienze vissute dagli infermieri psichiatrici nel prendersi cura dei pazienti affetti da doppia diagnosi (in particolare dei pazienti affetti da depressione e abuso di alcol in questo caso)</p>	<p>Nello studio vengono individuate tre categorie principali di problematiche nell'assistenza ai pazienti con doppia diagnosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. livello di cooperazione con i pazienti 2. Continuità della cura e trattamento (collaborazione dei servizi) 3. Ostacoli relativi all'abuso di sostanze 	<ul style="list-style-type: none"> - La relazione basata sulla fiducia e la cooperazione con i pazienti è fondamentale ed è alla base di ogni tipologia di approccio alla comorbidità - Gli infermieri hanno bisogno di un maggior livello di formazione - Formazione di un "forum multidisciplinare" dove tutti gli esperti possono riportare le difficoltà incontrate e dove soprattutto possono concordare un approccio coerente - I medici di queste realtà dovrebbero collaborare stipulando insieme agli altri professionisti protocolli e/o procedure che tutelino gli operatori - Gli infermieri sono invitati ad utilizzare le migliori prove e ricerche disponibili, da fonti credibili, per trattare i pazienti con doppia diagnosi

Autore (anno) Titolo Rivista Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati principali	Conclusioni
<p>Coombes L & Wratten A.J (2007)</p> <p>The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study.</p> <p><i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i></p> <p>Gran Bretagna</p>	<p>7 infermieri di salute mentale di comunità. (tre uomini e quattro donne)</p>	<p>Studio Qualitativo</p> <p>Approccio Fenomenologico</p> <p>Caratterizzato da interviste verbali</p>	<p>descrivere l'esperienza vissuta degli infermieri di salute mentale di comunità che lavorano con persone affette da doppia diagnosi.</p>	<p>In questo studio sono stati evidenziati 13 problematiche principali relative a tre temi principali: (1) difficoltà nella definizione e nella comprensione del concetto di doppia diagnosi; (2) ostacoli che si incontrano quando si lavoro con pazienti che hanno una doppia diagnosi; (3) difficoltà nel lavorare con altre agenzie e organizzazioni</p>	<p>Dallo studio vengono formulate delle raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - concordare una definizione comune di doppia diagnosi - introdurre uno strumento di screening affidabile che permetta di individuare soggetti a rischio precocemente - aumentare il livello di formazione a tutti i livelli della salute mentale e dell'assistenza sociale

Autore (anno) Titolo Rivista Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati principali	Conclusioni
Canaway R & Merkes M (2010) Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. <i>Aust Health</i> Australia	52 studi qualitativi	Revisione di studi qualitativi	Delineare la complessità e gli ostacoli concettuali e pratici associati al trattamento della comorbilità e all'impatto della separazione dei settori della salute mentale (MH) e dell'abuso di sostanze (AOD), nell'ambito dell'assistenza infermieristica	Lo studio ha evidenziato come ostacoli all'assistenza: 1. la separazione tra il servizio di salute mentale e il servizio delle tossicodipendenze 2. Bassi livelli di collaborazione e motivazione da parte dei pazienti 3. Atteggiamenti negativi del personale 4. Basso livello di formazione degli operatori 5. assenza o inadeguatezza di strumenti di screening e linee guida	Lo studio suggerisce l'adozione di un testo/glossario, al cui interno vengono riportate terminologie, strumenti di screening e linee guida condivisi da tutti i servizi in modo da far fronte alla problematica della disomogeneità di quest'ultimi. Inoltre lo studio suggerisce l'attuazione di corsi specifici per gli infermieri per far fronte alla problematica delle carenti conoscenze in ambito di comorbilità

Autore (anno) Titolo Rivista Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati principali	Conclusioni
Edward & Munro (2009) Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. <i>Int J Nurs Pract</i> Australia	185 studi qualitativi	Revisione di studi qualitativi	<ul style="list-style-type: none"> - Determinare quali sono le barriere per una corretta pratica infermieristica relativa ai pazienti con doppia diagnosi - Presentare suggerimenti per la pratica infermieristica con riferimento al trattamento dei pazienti con doppia diagnosi 	<p>Le problematiche riscontrate relative ai pazienti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemi familiari, senz'altro - Problemi di relazione interpersonale; - Isolamento/esclusione sociale; - Problemi finanziari; - Comportamenti aggressivi a rischio, - Ricadute - Mancanza di motivazione - Difficoltà nel costruire un rapporto di fiducia <p>E in problematiche relative ai servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non ci sono ancora sistemi o strutture formali per l'erogazione dei servizi simultaneamente; - Gli infermieri non hanno abilità nel rilevamento, nella conoscenza e nell'individuazione della doppia diagnosi - Non esistono strumenti di screening nel processo di valutazione; - I medici di salute mentale o di AOD hanno differenti filosofie di trattamento, - Difficoltà nel comprendere il concetto vero e proprio di doppia diagnosi; 	<p>lo studio per far fronte a questi ostacoli ha individuato 5 suggerimenti principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Struttura centrale, in cui viene garantita l'integrazione dei servizi - Utilizzo di protocolli e percorsi terapeutici, per l'assistenza condivisa - Utilizzo di strumenti di screening che permettono una valutazione chiara e immediata - Sensibilizzazione e formazione riguardo l'acquisizione di competenze. - Utilizzo di linee guida volte a migliorare l'assistenza delle persone con doppia diagnosi.

Autore (anno) Titolo Rivista Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati principali	Conclusioni
Adams MW. (2008) Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> Gran Bretagna	18 studi qualitativi	Revisione di studi qualitativi	<ul style="list-style-type: none"> - Accertare gli atteggiamenti e le percezioni dei professionisti della salute mentale nei confronti della comorbidità - valutare l'efficacia dei sistemi di servizio e le conoscenze e abilità personali nel fornire interventi efficaci. 	Tre categorie di problemi chiave segnalati nella revisione: 1. atteggiamenti e percezioni verso la comorbidità (atteggiamenti negativi/giudicatori da parte del personale); 2. percezione negativa dei sistemi di servizio (mancanza di strutture o risorse per il trattamento della comorbidità, nelle zone rurali i servizi sono sottosviluppati); 3. carenza di conoscenze e abilità personali (formazione inadeguata e obsoleta)	<ul style="list-style-type: none"> - l'infermiere è la più importante disciplina all'interno della forza lavoro della salute mentale. - I servizi di salute mentale dovrebbero sviluppare sistemi/reti di supporto con altri servizi che si occupano di comorbidità. - Si consiglia una adeguata formazione per il personale: specifica per il paziente con comorbidità - Si consiglia un perfezionamento della fornitura dei servizi, in modo tale da raggiungere anche i pazienti più lontani e/o più delicati.

Autore (anno) Titolo Rivista Paese	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati principali	Conclusioni
Howard V & Holmshaw (2010) Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> Gran Bretagna	84 infermieri sottoposti ad un questionario, 10 infermieri a cui è stata posta un'intervista	Metodo di ricerca misto - quantitativo (questionari) - qualitativo (interviste)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificare i temi chiave dell'approccio multidisciplinare - esplorare gli ostacoli e le esperienze che gli infermieri hanno incontrato durante la loro esperienza nel trattamento della comorbidità 	Dalla ricerca quantitativa è emerso che la porzione di infermieri che ha avuto una formazione sul trattamento della comorbidità (40,5%) riporta un atteggiamento meno negativo nei confronti dei tossicodipendenti con di conseguenza un feedback positivo da parte di quest'ultimi. Dalla ricerca qualitativa sono emerse diverse problematiche: 1. i pazienti che abusano di sostanze sono poco collaboranti/pericolosi 2. all'interno del team emerge insoddisfazione e sfiducia reciproca 3. mancanza di esplorazione dell'esperienza del paziente 4. mancanza di chiarezza a livello protocolli e procedure di trattamento 5. ansia per gli aspetti della legalità 6. mancanza di strutture di supporto nel processo decisionale relativo all'uso di sostanze 7. bisogno di una maggiore formazione	Lo studio conclude definendo tre raccomandazioni principali: 1- sviluppare un programma di formazione che copra tutti gli aspetti della comorbidità 2- rivedere e migliorare le reti dei servizi di supporto interaziendali e multidisciplinari 3- formazione di un "team di doppia diagnosi"

5. DISCUSSIONE

La revisione di questi studi porta alla luce risultati molto interessanti e permettono di delineare le problematiche principali dell'assistenza ai soggetti che presentano un disturbo psichiatrico e in concomitanza una anamnesi positiva per assunzione di sostanze d'abuso. Dalla revisione sono state riscontrate diverse problematiche, delle quali la più rilevante riguarda la poca motivazione al cambiamento dei pazienti affetti da doppia diagnosi; i quali sono talmente abituati al loro stile di vita che lo considerano normale e non si impegnano a raggiungere gli obiettivi prefissati insieme al personale sanitario.

Alla base del percorso ci deve essere un minimo di motivazione, trovare sempre nuovi approcci e strategie per lavorare con questi pazienti è estenuante e pertanto gli operatori si sentono impotenti.³⁶

Inoltre gran parte dei soggetti abbandonano le cure e preferiscono rinchiudersi in sé stessi continuando ad auto-medicarsi con le sostanze e gli infermieri trovano difficile far comprendere ai pazienti che l'abuso della sostanza si tratta di un problema grave e che devono lasciarsi aiutare.²⁹

Un'altra problematica evidenziata riguarda la mancanza di collaborazione tra i servizi di trattamento della salute mentale e quelli dell'abuso di sostanze. Nei contesti organizzativi non esistono ancora realtà in cui vengono trattati questi pazienti in maniera simultanea e con dei team multidisciplinari adeguatamente addestrati, di conseguenza gli interventi si limitano in modo specifico ad una delle due diagnosi e si passa poi a quella successiva una volta risolta la prima.^{37,38}

La terapia ideale invece consisterebbe in un trattamento parallelo da parte dei servizi, in cui il paziente riceve cure contemporaneamente nell'ambito della salute mentale e in quello dell'abuso di sostanze.³⁸

Questo problema deriva spesso dalla mancanza di risorse e dalla riluttanza dei servizi coinvolti, che considerano i pazienti con doppia diagnosi una perdita di tempo e denaro.^{36,39,40,29}

Infine una problematica importante risulta essere quella relativa alla mancanza di formazione da parte degli infermieri. Infatti con la sola formazione accademica di base l'infermiere non si sente pronto alle complicate esigenze terapeutiche ed assistenziali che presenta un soggetto affetto da doppia diagnosi. Le lacune relative alla mancanza di formazione sono differenti in base al servizio in cui gli infermieri operano, nell'ambito della salute mentale infatti le carenze di formazione e conoscenze riguardano soprattutto le sostanze di abuso e le loro complicanze, in particolare la loro farmacodinamica, gli effetti collaterali, gli antidoti e le posologie; invece, per gli infermieri afferenti ai servizi

che trattano l'abuso di sostanze, le carenze di formazione si evidenziano nelle terapie relazionali e comportamentali.³⁶

La tipologia del soggetto multiproblematico è molto complessa e senza una adeguata preparazione si rischia che vengano sottovalutati alcuni bisogni assistenziali, in grado di compromettere una valida ed efficace pianificazione.²⁹

Per garantire un'assistenza efficace ai soggetti multiproblematici è necessario affrontare diversi ostacoli, tra cui la difficoltà di collaborazione tra membri della stessa équipe. Questa mancata collaborazione è dovuta agli atteggiamenti di sfiducia e alle diverse filosofie di trattamento spesso contrastanti tra i vari operatori sanitari, infatti all'interno di una équipe per il trattamento della doppia diagnosi esistono diverse figure professionali, tra cui medici, psicologi, infermieri ed assistenti sociali, e se non c'è collaborazione tra i membri della stessa équipe, l'assistenza risulta inefficace.³⁸

Ci sono poi aspetti legati alla legalità che preoccupano spesso gli operatori, come evidenziato nello studio di Wedell e Skarsterche, molti operatori hanno riferito di essere stati coinvolti o testimoni di atteggiamenti illeciti da parte dei pazienti e di non essere tutelati da questo punto di vista.³⁸

Per quanto riguarda l'aspetto etico, gli infermieri intervistati nello studio di Howard e Holmshaw hanno riferito che spesso si trovano ad effettuare test ed esami di laboratorio su ordine medico ma senza il consenso del paziente, questo anche se fatto con buonsenso non è ritenuto accettabile e deontologicamente corretto.⁴²

Una tematica importante riguarda l'ambito sociale e familiare di questa categoria di soggetti, che spesso a causa delle loro abitudini vanno incontro a problemi finanziari e addirittura alcuni sono senza tetto; questo comporta problematiche sociali e dispendio di risorse importanti.⁴⁰

Lo studio di Wedell e Skarsterche riporta come problema principale la difficoltà nel costruire un rapporto di fiducia con il paziente affetto da doppia diagnosi. Il percorso terapeutico del paziente con comorbidità non consiste mai in un approccio unidirezionale ma in un coinvolgimento totale del paziente che permetta di raggiungere gli obiettivi impostati insieme al personale, ciò è possibile solo dopo aver costruito un saldo rapporto di fiducia tra paziente ed operatore.³⁸

Inoltre una volta costruito il rapporto di fiducia, capita spesso che gli infermieri non sono in grado di valutare quando trattare l'argomento della dipendenza con il paziente, senza innescare una sensazione accusatoria, ciò è molto complicato e può comportare alla rottura della relazione di fiducia.³⁷

Dalla revisione degli studi emergono inoltre altre problematiche riguardanti la difficoltà nel definire e comprendere il concetto di doppia diagnosi, infatti come viene descritto nello studio di Canaway e Merkes questo termine nell'ambito della salute mentale descrive la coesistenza di problema psichiatrico e di abuso di sostanze, ma molto spesso assume significati diversi che variano da un professionista all'altro, rendendo difficile la collaborazione e la comprensione fra membri dell'equipe.⁴⁰

Una complicanza riscontrata tratta le difficoltà nell'accertamento, infatti, effettuare un accertamento mirato e completo con i pazienti con doppia diagnosi è molto complicato, pur essendo una componente essenziale per la cura di quest'ultimi. Gli infermieri riportano una mancanza di strumenti di screening, linee guida e mezzi per la classificazione standardizzati e condivisi che possono aiutare nella fase di accertamento.^{29,37,38}

Un ostacolo all'accertamento è rappresentato anche dalla negazione del vizio da parte di pazienti e, quindi, gli infermieri spesso trascurano la problematica della sostanza e danno più peso a quella dell'ambito della salute mentale.

5.1. Implicazioni per la pratica clinica

Dalla revisione degli studi sono emerse numerose raccomandazioni e consigli molto utili nella pratica clinica e assistenziale. Da un lato emerge la mancanza di strumenti di screening, protocolli e procedure che permettano di valutare e trattare correttamente il paziente, pertanto, come suggerito da diversi studi presi in considerazione, i medici che lavorano nei servizi di salute mentale o per il trattamento dell'abuso/dipendenza di sostanze, dovrebbero, in collaborazione con gli infermieri e gli altri professionisti interessati, stipulare strumenti di screening che permettano di valutare e studiare il paziente, procedure e protocolli che tutelino i lavoratori e modalità di approccio concordate in modo da uniformare l'assistenza e renderla più comprensibile ed efficace.^{37,40,36,38,41,42}

Emerge anche la necessità di organizzazione percorsi terapeutici specifici, per ogni tipologia di soggetto affetto da doppia diagnosi in modo da non trascurare dettagli importanti legati al trattamento della patologia.³⁶

La raccomandazione principale, che emerge dagli studi selezionati, è quella riferita alla collaborazione tra i servizi di trattamento della salute mentale e di trattamento dell'abuso di sostanze.^{36,37,40,29,41}

In riferimento alla formazione degli operatori che operano in tali contesti, tutti gli studi revisionati propongono di aumentare le conoscenze specifiche degli operatori attraverso precorsi di formazione e di aggiornamento specifici, in grado di colmare le carenze relative al trattamento del disturbo mentale e dell'abuso di sostanze.^{36,37,38,39,40,41,29,42}

Nel caso dell'approccio interdisciplinare viene consigliato di formare un forum multidisciplinare dove tutti gli esperti possono riportare le difficoltà incontrate e dove soprattutto possono confrontarsi e concordare approcci coerenti alla gestione di questi pazienti.^{37,41,36}

In particolare, uno studio sostiene una teoria in grado di migliorare l'assistenza, che consiste nella formazione di un gruppo interdisciplinare chiamato "team doppia diagnosi", in cui partecipano tutti i professionisti sanitari interessati nel trattamento dei pazienti con comorbidità (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali), con lo scopo di affrontare meglio ogni problematica correlata a questi soggetti multiproblematici.⁴¹

Per quanto riguarda la definizione di "doppia diagnosi" viene suggerito di concordarne una unica e di riportare quest'ultima in un testo di riferimento, una sorta di glossario, dove verranno inserite anche tutte le terminologie, gli strumenti e le linee guida concordate dalla collettività, in modo da uniformare l'assistenza.^{39,40,38}

5.2. Limiti

I risultati di questa revisione vanno considerati tenendo conto dei limiti degli studi inclusi, riguardanti principalmente la qualità metodologica ed il campione.

La ridotta numerosità campionaria degli studi presi in esame rende il campione scarsamente rappresentativo della popolazione generale e, pertanto, i risultati sono difficilmente generalizzabili. Altri limiti presenti negli studi sono dati dalla mancanza di ricerche di elevata qualità metodologica e dall'utilizzo di mezzi di valutazione dei risultati spesso discontinui e differenti tra uno studio e l'altro, riducendo l'uniformità della valutazione della revisione.

6. CONCLUSIONI

La revisione di questi studi qualitativi ha portato all'identificazione delle principali barriere relative all'assistenza dei pazienti con doppia diagnosi con lo scopo di contribuire a migliorare l'offerta di servizi in una direzione più olistica e incentrata sul paziente. Le principali problematiche riscontrate sono legate alle difficoltà nella comprensione del concetto di doppia diagnosi, nell'approccio al soggetto multiproblematico, dovuta principalmente alla scarsa motivazione al cambiamento e dagli atteggiamenti negativi e stereotipati degli operatori.

La mancanza di collaborazione tra i servizi di trattamento della salute mentale e i servizi di trattamento dell'abuso di sostanze, causata principalmente dalle problematiche istituzionali e dalla riluttanza dei servizi nel trattare questi soggetti, la difficoltà nel formare un rapporto di fiducia solido e duraturo nel tempo che rimane lungo tutto il percorso terapeutico e la mancanza di formazione da parte degli operatori, in termini di sostanze d'abuso e terapie relazionali, risultano problematiche importanti riferite da tutti gli infermieri intervistati^{37,39,29,42}

Spesso gli infermieri si trovano di fronte ad una bilancia in cui su un piatto viene posto il problema dell'abuso di sostanze o di salute mentale e nell'altro il rapporto di fiducia formato, non è semplice ponderare gli interventi o semplicemente capire quando parlare di argomenti più "scomodi" dato che un passo falso potrebbe portare alla rottura del rapporto di fiducia appena formato e compromettere tutto il lavoro fatto fino a quel momento.⁴¹

Questa condizione inoltre è ulteriormente complicata dalla mancanza di protocolli, procedure e linee guida che tutelino il lavoratore e che soprattutto permettano di effettuare assistenza in maniera efficace.⁴³

Il fenomeno della doppia diagnosi (o comorbidità psichiatrica) ha attratto, in questi ultimi anni, un notevole interesse da parte di ricercatori e professionisti sanitari, ma attualmente l'impatto sulla pratica clinica e nello specifico le problematiche relative all'assistenza non sono stati ancora considerati, senza contare che non è ancora stato attuato un approccio integrato della patologia. Infatti la visione della doppia diagnosi come due problematiche distinte è il primo ostacolo allo sviluppo di un corretto approccio sanitario.⁴⁴

⁴³ Crawford V., Crome I.B. & Clancy C. Co-existing problems of mental health and substance misuse (Dual Diagnosis): a literature review. *Drugs Educ Prev Pol.* 2003; **10**(1): 1-74.

⁴⁴ Morojele N.K, Saban A. & Seedat S. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2012; **25**(3): 181- 186.

È tempo per gli infermieri psichiatrici di cogliere l'opportunità e di sviluppare il loro ruolo nell'ambito di malattie mentali e nell'abuso di sostanze, dato che rappresentano la maggiore forza lavoro nella sanità e soprattutto sono la figura che si trova nella posizione migliore per fornire un'assistenza integrata ai pazienti con doppia diagnosi.

BIBLIOGRAFIA

1. Hall W., Burns L., Lynskey M. & Teesson M. What is comorbidity and why does it matter? In National comorbidity project. *Commonwealth Department of Health and Aged Care*. 2001; **52**(2): 11–7.
2. Babor T., Campbell R., Room R. & Saunders. Lexicon of alcohol and drug terms. *World Health Organization*. 1994; **1**(1): 1-65.
3. Watts M. Management of severe mental illness and substance misuse. *Nurs Times* 2007; **103**(14): 28-29.
4. Jané-Llopis E. & Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2006; **25**(6): 515–36.
5. Munro A., Watson H.E. & McFadyen A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2007; **44**(8): 1430-1438.
6. Borge L., Angel O.H. & Røssberg J.I. Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study of interdisciplinary collaboration.. *Issues Ment Health Nurs*. 2013; **34**(4): 229-39.
7. Hamilton I. Substance use 2: nursing assessment, management and types of intervention. *Nurs Times*. 2009; **105**(2): 14-17.
8. Iannitelli A., Castra R. & Antenucci M. Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche. *Ann Ist Super Sanità* 2002; **38**(3): 233-239.
9. Maheshwari S.K., Gupta S. & Sharan P. Medication non-compliance and substance abuse in schizophrenia.. *Nurs J India*. 2009; **100**(9): 201-203.
10. Munro I. & Edward K.L. Ment Health Mental illness and substance use: an Australian perspective. *Nurs*. 2008; **17**(4): 255-260.
11. Watts M. High expressed emotion, severe mental illness and substance use disorder. *J Nurs*, 2007; **16**(20): 1259-1262.
12. Tiet Q & Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis : a review. *Acohol Clin Exp*. 2007; **31**(4): 513-536.
13. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. & Goodwin F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and drug abuse.

- Results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; **264**(19): 2511-2518
14. Clerici M., Carta I. & Cazzullo C.L. Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of italian narcotic addict. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 1989; **24**(8): 219-226.
 15. Pozzi G., Tacchini G., Di Giannantonio M. & Tempesta E. Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews. *Minerva Psichiatria*. 1995; **36**(3): 139-54.
 16. Jacobi C., Hayward C., De Zwaan M., Kraemer H.C. & Agras W.S. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*. 2004; **130**(2): 19-65.
 17. Lépine J.P, Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Nègre-Pagès L, Nachbaur G & Gaudin AF Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale*. 2005; **31**(2): 182-194
 18. Clerici M., Carrà G., Segagni G., Sciarini, P., Borrelli P. & Popa, I. Epidemiological study on the comorbidity between mental disorders and disorders related to use of substances (drugs and/or alcohol) in the Italian Mental Health Departements. *Italian Psychiatric Notebooks*. 2006; **25**(7): 161-164.
 19. Hamilton I. Ensuring integrated treatment for people with mental health and substance use problem. *Nurs Times*. 2010; **106**(2): 12-15.
 20. Aschbrenner K. A., Cai S., Grabowski D. C., Bartels S. J. & Mor, V. Medical comorbidity and functional status among adults with major mental illness newly admitted to nursing homes. *Psychiatric Services*. 2011; **62**(9): 1097-1099.
 21. Teesson M. & Proudfoot H. Comorbid mental disorders and substance use disorders: epidemiology, prevention and treatment. Canberra: Australian Government. *Department of Health and Ageing*; 2003.
 22. Prochaska J.O, Velicer W.F & Di Clemente C. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*. 1997; **12**(3): 38-48.
 23. Marini M., Schnornberger T.M., Brandalise G.B., Bergozza M. & Heldt E. Quality of life determinants in patients of a Psychosocial Care Center for alcohol and other drug users. *Issues Ment Health Nurs*. 2013; **34**(7): 524-530.

24. Pearce S. & Pickard H. How therapeutic communities work: specific factors related to positive outcome, *sage journals*. 2013; **59**(7): 636-645.
25. Fries H.P. & Rosen M.I. The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *Psychiatr Nurses Assoc*. 2011; **17**(1): 45-50.
26. Cleary M., Hunt G.E., Matheson S. & Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; **65**(2): 238-258
27. Neville K. & Roan N. Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence.. *J Nurs Adm*. 2014; **44**(6): 339-346.
28. Verde L., Moccia E. & Riccio M. Oltre la doppia diagnosi: la gestione del paziente multiproblematico nel Servizio per le Tossicodipendenze. Case management e lavoro di rete in un caso clinico. *collana Dipendenze. Strumenti psicosociali*. 2010; **31**(9): 19-24.
29. Adams M.W. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008; **15**(2): 101-108.
30. Baker K.D., Lubman D.I. & Cosgrave E.M. Impact of cooccurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *Aust NZJ Psychiatry*. 2007; **41**(11): 896-902.
31. Ogloff J.R., Lemphers A. & Dwyer C. Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: prevalence and implications for services. *Behav Sci Law*. 2004; **22**(4): 543-562.
32. Schmidt L.M., Hesse M. & Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia – a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15-years. *Schizophr Res*. 2011; **130**(1-3): 228-233.
33. Ngwena J. HIV/AIDS awareness in those diagnosed with mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011; **18**(3): 213-220
34. Whittemore R. & Knafl K. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*. 2005; **52**(5): 546-553.
35. Robinson J., Gott M. & Ingleton C. Patient and family experiences of palliative care in hospital: what do we know? An integrative review. *Palliative medicine*. 2001; **28**(3): 18-33.

36. Searby A., Maude P. & McGrath I. The Experiences of Clinicians Caring for Older Adults with Dual Diagnosis: An Exploratory Study. *Issues Ment Health Nurs.* 2017; **38**(10): 805-811.
37. Sorsa M., Gracen T., Lehto J. & Astedt-Kurki P. A Qualitative Study of Barriers to Care for People With Co-Occurring Disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017; **31**(4): 399-406.
38. Wedell K. & Skarsterche I.O. Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues Ment Health Nurs.* 2007; **28**(10): 1125-40.
39. Coombes L. & Wratten A. The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007; **14**(4): 382-92.
40. Canaway R. & Merkes M. Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Aust Health Rev.* 2010; **34**(3): 262-268.
41. Edward K.L. & Munro I. Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *Int J Nurs Pract.* 2009; **15**(2): 74-79.
42. Howard V. & Holmshaw J. Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010; **17**(10): 862-72
43. Crawford V, Crome I.B. & Clancy C. Co-existing problems of mental health and substance misuse (Dual Diagnosis): a literature review. *Drugs Educ Prev Pol.* 2003; **10**(1):1-74.
44. Morojele N.K., Saban A. & Seedat S. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2012; **25**(3):181- 186.

Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato nella stesura di questa tesi con suggerimenti, critiche ed osservazioni: a loro va la mia gratitudine, anche se a me spetta la responsabilità per ogni errore contenuto in questa tesi.

Ringrazio anzitutto il professor Galli Francesco, Relatore, e la dottoressa Comparcini Dania, Correlatore: senza il loro supporto e la loro guida questa tesi non esisterebbe.

Un ringraziamento particolare va a tutti i futuri colleghi che ho incontrato in questo percorso e che mi hanno sostenuto ed incoraggiato a proseguire in questo percorso.

Infine vorrei ringraziare chi più di tutti mi è rimasto sempre accanto, soprattutto nei momenti difficili, mia sorella Martina, i miei genitori, i miei amici, la mia famiglia e la mia fidanzata Sofia.

A tutti voi GRAZIE