



INDIRIZZI OPERATIVI DI COLLABORAZIONE TRA I SERVIZI DELLA PSICHIATRIA E DELLE TOSSICODIPENDENZE

Premessa

La comorbilità, o doppia diagnosi, è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico, in un determinato periodo di tempo»

Non tutti i pazienti che presentano oltre alla patologia da dipendenza anche un sintomo psicopatologico vanno considerati pazienti con doppia diagnosi e comunque è altissima la percentuale di pazienti psichiatrici con utilizzo saltuario o pregresso di sostanze d'abuso e non per questo sono da considerare con Disturbo da Dipendenza Patologica .

I criteri per la attribuzione dei compiti assistenziali tra i diversi servizi possono essere molteplici:

- *determinare la primarietà di un disturbo rispetto all'altro, tenendo comunque conto sia che entrambe le diagnosi potrebbero essere primarie, sia che potrebbe risultare di fatto impossibile giungere ad una conclusione;*
- *individuare la prevalenza di un disturbo sull'altro, ma anche qui si possono trovare difficoltà nel definire in un ordine gerarchico i segni e sintomi osservabili;*
- *definire una modalità di organizzazione dell'assistenza incentrata sui bisogni espressi dal paziente, rinunciando del tutto a determinare una competenza specifica e l'appartenenza ad uno dei due servizi.*

In relazione alle considerazioni di cui sopra la Direzione della Integrazione Socio sanitaria dell'ASUR ha istituito un Tavolo Tecnico, composto dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e delle Dipendenze Patologiche (DDP), finalizzato alla individuazione degli interventi organizzativi necessari a soddisfare i bisogni di assistenza propri della doppia diagnosi.

Il tavolo tecnico — negli incontri effettuati presso la sede ASUR nelle date: 6/6/2016;21/6/2016;12/7/2016; 2/11/2016 — ha sostanzialmente confermato (per come già espresso dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale e dal tavolo tecnico Regionale) che il modello integrato rappresenta la modalità di approccio ormai generalmente ritenuta più utile e funzionale.

Il concetto di doppia diagnosi intesa come comorbilità psichiatrico-tossicologica, necessità di un'operatività condivisa che, sulla base del riconoscimento, nel singolo individuo, di configurazioni psicopatologiche eterogenee e complesse, possa essere capace di una risposta "unitaria" attraverso l'integrazione degli interventi da parte delle varie figure professionali coinvolte.

Nel rispetto dei ruoli e delle competenze di ogni singolo servizio, si tratta quindi di studiare e realizzare sempre più valide modalità di collaborazione ed integrazione dei servizi stessi.

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Sede legale: Via Oberdan, 2 - 60122 Ancona (AN) C.F. e P.IVA 02175860424
tel. 071/2911531 fax 071/2911522 sito internet www.asur.marche.it

Risulta evidente che, se la presa in carico dei casi con doppia diagnosi viene fatta da un'unica équipe specializzata in questo settore (competente nel trattamento sia dei disturbi da dipendenza che dei disturbi mentali), il paziente riceverà una spiegazione della sua malattia ed una prescrizione terapeutica univoca e coerente piuttosto che un insieme contraddittorio di messaggi da parte di diverse équipe curanti.

Dunque, al fine di permettere e facilitare la gestione operativa di quei casi che presentino problematiche nella valutazione delle caratteristiche diagnostiche di ordine psicopatologico associate a comportamenti d'abuso, si è proceduto a definire ulteriormente le necessità organizzative secondo le seguenti indicazioni:

1. *Presa in carico*

La presa in carico di soggetti con caratteristiche di doppia diagnosi può avvenire presso i due servizi, sia su richiesta diretta dell'utente che su richiesta di invio di altre strutture sanitarie, sia, ancora, su segnalazione di Servizi Sociali o Forze Pubbliche.

Indispensabile l'esecuzione all'accesso del paziente dei test laboratoristici, fondamentali per la verifica della condizione di intossicazione, con eventuale primo trattamento delle criticità organiche presso lo stesso Pronto Soccorso (P.S.), per verificare la qualità clinica del disturbo manifestato (psichico primario o secondario) e per provvedere di conseguenza più congruamente agli eventuali problemi organici urgenti.

Accolta e decodificata la domanda, secondo le modalità specifiche e interne ad ogni servizio, nel caso si rilevi un sospetto di patologia che interessa anche l'altra struttura o, in caso di urgenza, si provvederà a richiesta di consulenza (da espletare in tempi brevi) al servizio competente; per i casi riconosciuti di doppia diagnosi si ritiene opportuno che i Dipartimenti individuino le modalità più adeguate a far risultare le consulenze e valutazioni di entrambi i servizi nelle rispettive cartelle cliniche (si considera utile che entrambi i servizi aprano una propria cartella clinica per i pazienti in doppia diagnosi, nella considerazione di dover e/o poter registrare anche interventi differenti da quelli in comune).

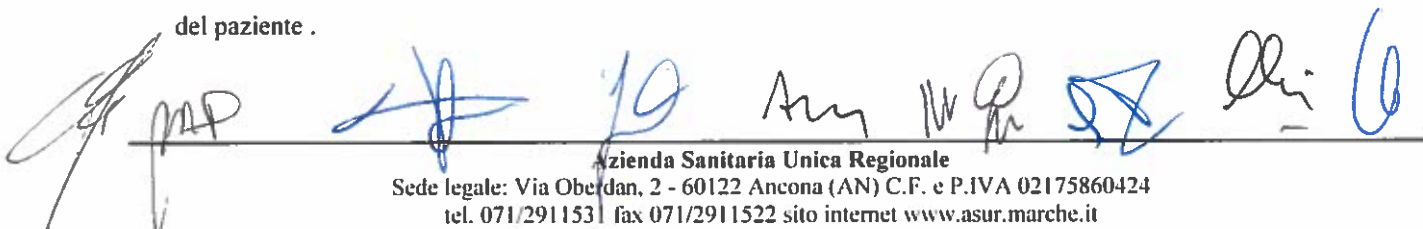
2. *titolarità del caso*

La scelta del servizio titolare dell'intervento è strettamente connessa alla definizione diagnostica, poiché una corretta diagnosi già individua il servizio che appare più appropriato a condurre in prima persona il piano di trattamento.

Il modello di presa in carico individuato e già in atto presso i due Servizi, prevede un sistema di consulenze reciproche tra i Servizi stessi laddove, in linea generale:

- *nei casi in cui la diagnosi deporrà per una maggior gravità degli aspetti legati alla tossicodipendenza il Servizio Territoriale Dipendenze patologiche (STDP) sarà il servizio titolare dell'intervento che si avvarrà di periodiche consulenze psichiatriche, da effettuarsi, se possibile, presso il STDP, altrimenti con l'invio del paziente al Centro Salute Mentale (CSM) di riferimento.*
- *nei casi di maggior gravità degli aspetti legati a disturbi psichiatrici, i pazienti verranno seguiti stabilmente presso il CSM, con consulenze periodiche del STDP.*

In ogni caso le consulenze effettuate nell'ambito di ciascun servizio debbono sempre risultare trascritte nella cartella clinica del paziente.



3. "MICRO-ÉQUIPE"

Si istituiranno "MICRO-ÉQUIPES" , una per ogni CSM (ex zona territoriale) , al fine di fronteggiare le situazioni psicopatologiche di rilevante comorbilità e spesso gravate da elevata problematicità sociale (situazioni dove sempre più difficile risulta l'individuazione delle specifiche competenze e quindi dei progetti terapeutico riabilitativo assistenziali necessari).

Le micro-équipe saranno composte da operatori del DSM e del DDP — nel numero di almeno un medico per servizio, ma senza esclusione delle altre figure professionali necessarie, scelti dai Direttori dei Dipartimenti (ciascuno per il contesto di competenza) — con funzioni trasversali quali:

- *la valutazione, presa in carico e gestione delle situazioni patologiche complesse (situazioni dove risultino presenti, in differente proporzione, sia la dimensione psichiatrica che la condizione di uso di sostanze – dipendenza);*
- *verifica e prevenzione di situazioni patologiche complesse a rischio;*

Tale organismo — nell'osservanza di dover provvedere ai livelli essenziali di assistenza secondo modelli di prestazioni individuali, congrue e continuative — deve evitare il pericolo che nella conflittualità delle competenze si produca una risposta inadeguata al disagio sia per mancata valutazione diagnostica che per gestione successiva.

Le micro-équipe in oggetto si costituiranno come dispositivi funzionali permanenti (in rappresentanza dei rispettivi Dipartimenti) con regolari incontri (almeno mensili) in grado di rilevare e valutare le problematiche eventuali e quindi i possibili interventi evitando il pericolo di trascurare le competenze necessarie.

4. Valutazione diagnostica

I due servizi, congiuntamente, inizieranno il loro percorso di valutazione diagnostica che si avvarrà dell'utilizzo di procedure e strumenti specifici propri di ciascun servizio.

Fino al completamento della valutazione e provvisoriamente il servizio inviante sarà considerato case manager che pertanto curerà che non si interrompa il percorso valutativo.

La fase di valutazione potrà prevedere una durata al termine della quale la micro-équipe nella prima riunione utile:

- *formulerà una diagnosi condivisa e formalmente sottoscritta; nel caso di mancato accordo sulla valutazione diagnostica si dovranno comunque registrare le rispettive valutazioni provvedendo ad un ulteriore approfondimento diagnostico da parte dei Direttori di Dipartimento o Responsabili di U.O.C.;*
- *definirà il servizio titolare dell'intervento (individuato sulla concordata prevalenza psicopatologica);*
- *definirà il piano di trattamento.*



5. gestione operativa del piano di trattamento

Il piano di trattamento può essere strutturato in base a due modalità di programmi terapeutici individuali principali:

• Programma ambulatoriale

La micro-équipe individuerà la tipologia, stabilendone gli obiettivi terapeutici e le prestazioni necessarie al loro raggiungimento.

Il programma terapeutico sarà presentato al paziente e sarà condotto dal servizio a cui è stata assegnata la titolarità del caso con la collaborazione del servizio consulente (per le competenze definite).

Ogni variazione o interruzione del trattamento prevista dal programma concordato sarà effettuata in équipe: fatta eccezione delle situazioni di urgenza e/o di quelle improcrastinabili.

Nell'eventualità in cui il soggetto interrompa il rapporto, ciò sarà comunicato subito all'altro servizio.

La micro-équipe deciderà, caso per caso, gli interventi da attivare per ricontattare il paziente, nel rispetto della normativa vigente.

Il Servizio che deteneva la titolarità clinica rimane come referente per eventuali nuovi interventi e nuovi contatti.

• Programma residenziale

Per l'inserimento in Comunità per pazienti con "Dual Diagnosis" la micro équipe:

- *individua la struttura più idonea per appropriatezza clinica ed economica;*
- *redige, congiuntamente con la struttura residenziale, il programma terapeutico-riabilitativo;*

Sarà cura del Servizio titolare curare i contatti con la struttura individuata.

Durante l'inserimento e per tutto il periodo di permanenza, gli operatori mantengono i contatti con il paziente anche attraverso visite periodiche di verifica presso la sede della comunità terapeutica in un'ottica di integrazione e per garantire un adeguato processo di reinserimento.

Appare chiaro che l'inserimento di un paziente "Dual Diagnosis" in un programma terapeutico residenziale e/o semiresidenziale, in quanto condiviso, debba essere autorizzato da entrambi i Direttori del Dipartimento (o Responsabili dell'U.O.C.).

Dunque, al fine di acquisire le necessarie autorizzazioni la micro-équipe provvederà a fornire, ai competenti uffici amministrativi, la "richiesta di inserimento" o meglio un documento condiviso (da allegare alla determina di autorizzazione) nel quale si dovrà specificare:

- a) *l'utilità e scopi ed in particolare le valutazioni cliniche e psicopatologiche che hanno portato a ritenere utile per il paziente l'inserimento in comunità terapeutica;*
- b) *le motivazioni della scelta di quella specifica struttura;*
- c) *il periodo di permanenza previsto;*
- d) *il costo del servizio previsto presso la struttura;*
- e) *la certificazione di accreditamento (o sostitutivi) della struttura individuata;*

il documento implica la mobilitazione del budget necessario agli inserimenti (le spese dell'inserimento in comunità per Doppia Diagnosi saranno ripartite equamente tra DDP e DSM nella misura del 50%) e di conseguenza dovrà essere debitamente sottoscritto da entrambi i Direttori dei Dipartimenti (o dai Responsabili del budget dell'U.O.C.).

6. MOMENTI FORMATIVI IN COMUNE AI DUE DIPARTIMENTI

Si è rilevato, dagli operatori di entrambi i Dipartimenti, come la definizione diagnostica del disturbo rappresentato dal paziente (dimensione psichica versus dipendenza) debba sempre individuarsi come processo dinamico che richiede tempo adeguato di osservazione e risulta comunque sempre suscettibile di revisione congruamente allo sviluppo del disturbo e quindi, a facilitazione di questa operatività comune, si ritiene necessaria la formulazione di almeno un programma di formazione congiunta all'anno, finanziato da entrambi i Dipartimenti.

7. INDICAZIONI OPERATIVE:

Nella collaborazione con altri referenti sanitari nelle situazioni di acuzie, che spesso si presentano come condizioni di emergenza ospedaliera, si rende indispensabile la strutturazione di procedure standard di valutazione diagnostica e di trattamento terapeutico che permettano una definizione clinica più accurata e certa delle problematiche organiche e psichiche del pz con successivo congruo programma di intervento.

Eguualmente urgente risulta verificare l'adeguatezza numerica e qualitativa dell'offerta riabilitativa presente per i pz con doppia diagnosi.

Verrà istituito un "Gruppo di lavoro Interdipartimentale" per la verifica e l'applicazione dei presenti indirizzi:

- 1) proposizione di protocolli operativi con i servizi dell'emergenza urgenza (Pronto Soccorso; Servizio 118; Medici di Base; Forze dell'Ordine).
- 2) Ricognizione dell'attuale offerta regionale per percorsi riabilitativo-residenziale dedicati alla doppia diagnosi e individuazione proposizione dei dispositivi utili all'implementazione ottimizzazione dell'offerta in oggetto

Si procederà alla valutazione delle attività richieste nel presente atto analizzando la presenza documentata di:

- progetti condivisi in una percentuale significativa dei casi esaminati e presi in carico in modo congiunto, e possibilità di quantificare annualmente la consistenza numerica dei casi presi in carico in modo congiunto;
- accordi con altri referenti sanitari, per l'assistenza ai casi di doppia diagnosi, presenti in ciascun territorio di riferimento.

Ancona; li 14 novembre 2016

Per il DSM A.V. n.1 

Per il DSM A.V. n.2 

Per il DSM A.V. n.3 

Per il DSM A.V. n.4 

Per il DSM A.V. n.5 

Per il DDP AV n.1 

Per il DDP AV n.2 

Per il DDP AV n.3 

Per il DDP AV n.4 

Per il DDP AV n.5  7/12/2016

