



**FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE**



L'integrazione dei percorsi diagnostico terapeutici nella comorbidità psichiatrica

Vincenzo Lamartora

**Membro Comitato Esecutivo e Direttivo Nazionale FederSerD
Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Napoli2Nord
Docente di Neuropsicoanalisi delle Dipendenze Patologiche (UniTo)
Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana**

Indice del PDTA

Premessa

Antecedenti storici

Epidemiologia della Doppia Diagnosi

Riferimenti alla Letteratura scientifica internazionale e nazionale

Analisi del contesto aziendale

Modalità operative

Fasi del programma d'intervento

Principi della presa in carico e dell'articolazione delle fasi del programma

Attivazione Percorso di Cogestione PDTA DD

Descrizione delle fasi

Matrice delle Responsabilità

Formazione

Diffusione

Monitoraggio e Valutazione

Revisione

Allegati

PREMESSA, 1

I servizi per le Dipendenze e per la Salute Mentale delle ASL Campane hanno aperto da lungo tempo un confronto intorno alla esigenza di mettere a punto una strategia comune per dare risposte integrate, adeguate e differenziate alle domande complesse che le persone adulte e/o minori, rivolgono ai due sistemi di servizi e interventi perché vivono, nel contempo, sofferenze e disagi riferibili alla salute mentale e alle dipendenze.

Nel corso degli anni è stata programmata una formazione comune ai due Dipartimenti che prevede anche supervisioni alle equipe dei Servizi per le dipendenze e della salute mentale finalizzate a individuare una prospettiva condivisa e integrata di diagnosi e di intervento.

Successivamente sono stati sottoscritti Protocolli di Collaborazione tra i due Dipartimenti. In particolare, un ultimo Protocollo indicava in modo più specifico le modalità di presa in carico e di messa a punto delle azioni integrate e personalizzate dei servizi, utilizzando una scheda di servizio comune quale strumento per facilitare tale orientamento e metodo di lavoro.

PREMESSA, 2

I Protocolli di Collaborazione tra Dipartimenti hanno fatto riferimento ai diversi modelli operativi riportati nella letteratura internazionale riconducibili a 3 diverse prospettive di trattamento per rispondere ai bisogni delle persone con una comorbidità (Mc Callum, et al., 2015; van Warne, et al., 2015; NICE guideline, 2016):

Sequenziale: le persone vengono seguite da un servizio alla volta (salute mentale o dipendenze) a seconda dei bisogni;

Parallelo: le persone vengono seguite sia dalla salute mentale che dai servizi per le dipendenze durante lo stesso periodo di tempo;

Integrato: un'unica equipe integrata tratta i bisogni relativi sia all' abuso di sostanze sia al disturbo mentale nello stesso setting.

In particolare:

- **nel trattamento sequenziale o seriale**, i disturbi psichiatrici e quelli derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti sono trattati consecutivamente e vi è scarsa comunicazione tra i servizi interessati. Di solito i pazienti vengono curati inizialmente per i problemi che presentano la maggiore gravità; una volta completato il trattamento, essi sono curati per gli altri problemi. Questo modello può portare però al passaggio dei pazienti da un servizio all'altro senza che nessuno di essi sia in grado di dare una risposta alle loro esigenze;
- **nel trattamento parallelo** gli interventi vengono realizzati nel medesimo tempo. I servizi per le dipendenze e della salute mentale sono in collegamento tra di loro, per fornire i servizi in maniera coerente. Le due esigenze terapeutiche vengono però spesso affrontate con approcci terapeutici e culturali diversi che possono entrare in conflitto compromettendo l'efficacia delle prestazioni a discapito degli utenti;
- **il trattamento integrato** viene realizzato secondo un programma integrato tra i servizi per la Salute mentale e per le Dipendenze, oppure all'interno di un programma o di un servizio ad hoc per la comorbidità. Viene evitata la sovrapposizione di interventi tra i due circuiti e vengono utilizzate le risorse professionali e strutturali di entrambi i servizi.

Ad ogni modo, il trattamento integrato è indicato come *gold standard* per la gestione della DD/Comorbidità, inteso come singolo piano di cura che comprenda sia la salute mentale che la dipendenza e l'abuso di droghe (Mason, et al., 2016), anche se ancora non c'è accordo su quale modello di trattamento integrato sia il migliore (Torrens, et al., 2012).

In questa logica è importante quanto sostiene l'Osservatorio Europeo sulle droghe e sulle Tossicodipendenze (EMCDDA) riguardo l'eziologia:

"Determinare l'eziologia della comorbidità può portare al tipico dibattito se sia nato prima l'uovo o la gallina. Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti non portano ad alcuna conclusione. I sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente" (EMCDDA 2004)".

Gli interventi, dunque, si collocano in un'area di confine tra i due sistemi di servizi. Si tratta di adottare una prospettiva che eviti di creare nuove etichette e di bloccare i servizi intorno alla definizione rigida e standardizzata delle competenze reciproche.

A tal fine anche le ipotesi diagnostiche devono rappresentare uno strumento di orientamento clinico-terapeutico senza diventare rigidi schemi che rischiano di far perdere di vista il paziente con le sue domande alle quali i servizi devono fornire risposte adeguate e personalizzate.

In questa cornice si iscrive il metodo di definizione del PDTA che si basa sulla valorizzazione delle esperienze già esistenti nelle AA.SS.LL. della Regione Campania.

Ciò può realizzarsi sia rilevando i punti di forza sia evidenziando i punti critici da riformulare, operando, nello stesso tempo, un confronto con le altre esperienze a livello nazionale e attraverso il dibattito che emerge dalla letteratura internazionale di settore.



L'integrazione dei percorsi diagnostico terapeutici nella comorbidità psichiatrica

Le strategie di intervento organizzate nel PDTA devono fare riferimento alle prospettive più efficaci che si sono manifestate all'interno delle due aree di servizi in Italia.

È necessario, a tal proposito recuperare e valorizzare, negli interventi con i pazienti comorbidi:

- le prospettive della recovery e dell'empowerment, ossia della valorizzazione delle risorse e competenze delle persone in carico;
- la prospettiva della Riduzione dei Danni e Limitazione dei Rischi;
- l'impegno di multi professionalità sia del Servizio pubblico sia del Terzo settore, che collaborano ai diversi livelli; l'uso integrato dei trattamenti sia farmacologici sia psicoterapici istituzionali.
- Importante è riproporre e consolidare la logica dell'accompagnamento, della presa in carico multidimensionale ossia dell'interesse verso la persona e il suo contesto di vita, individuando le risorse come le reti personali e sociali.

Antecedenti storici

Il termine "Doppia Diagnosi" rappresenta la traduzione italiana del termine anglosassone "dual disorder", utilizzato originariamente dagli psichiatri newyorkesi, George De Leon e Joel Solomon, per configurare una "sindrome o costruito sindromico"; è stato successivamente codificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico".

Per la formulazione della diagnosi prenderemo come riferimento due strumenti nosografici: la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD 10) che rappresenta la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V (DSM V) che rappresenta la classificazione dei disturbi psichiatrici dell'Associazione Americana di Psichiatria.

Riferimenti alla letteratura scientifica internazionale e nazionale

Tre studi condotti già negli anni '90 su larga scala nella popolazione generata degli Stati Uniti, l'ECA Survey, il National Comorbidity Survey (NCS) ed il National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES), hanno fornito alcune informazioni sull'epidemiologia della doppia diagnosi/comorbidità, mettendo in evidenza un'alta associazione tra i due tipi di disturbo psichiatrico e da dipendenza.

Un dato riassuntivo dei risultati di questi tre studi è dato dal calcolo comparativo della odds ratio (OR), che esprime la probabilità di un'associazione significativa, non casuale, tra disturbi da assunzione di sostanze ed altri disturbi psichiatrici.

La odds ratio è data dal rapporto tra le percentuali di associazione di un disturbo psichiatrico con un disturbo da uso di sostanze nella popolazione generata e la percentuale di incidenza dello stesso disturbo in assenza di un disturbo da uso di sostanze.

Tra i soggetti con una diagnosi psichiatrica è risultata una prevalenza nel corso della vita di disturbi da abuso di alcool o droghe del 29% (OR= 2,7). Viceversa, il 45% dei soggetti con tossicodipendenza o soggetti affetti da disturbo da uso di alcool sviluppa un disturbo mentale (OR= 2,9).

I primi dati relativi alla situazione italiana, rilevati tramite i risultati di studi condotti nei Ser.D e nelle Comunità Terapeutiche di tre città campione, Milano, Roma e Cagliari, hanno evidenziato che il rischio di sviluppare un disturbo mentale o di abuso di sostanze si potenziano a vicenda.

Il 35% di coloro che abusano di 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.

Per quanta riguarda, invece, la frequenza di patologie psichiatriche nei pazienti con problematiche di tossicodipendenza, i dati sono meno omogenei. A questo proposito, una recente revisione afferma che i disturbi reperiti più frequentemente nei pazienti in doppia diagnosi sono quelli psicotici (negli uomini) e dell'umore (nelle donne), senza trascurare, però, i disturbi di personalità e i disturbi d'ansia, sempre nell'associazione con l'abuso di sostanze.

Criticità riguardanti la Doppia Diagnosi

Dalla coesistenza temporale di due o più disturbi mentali e di disturbi da uso di sostanze, che possono influenzarsi in vario modo, deriva una grande varietà di condizioni.

Le persone con comorbidità soffrono di complicazioni sociali e relazionali che vanno ben oltre quelle dei pazienti con problematiche solo psichiatriche o solo di dipendenza, definendo, quindi, una situazione di particolare complessità non solo sul piano clinico e gestionale, ma anche su quello sociale, lavorativo, familiare e di relazione, tanto da essere definiti "pazienti multiproblematici".

Le difficoltà che i servizi hanno con questi pazienti comorbidi, sia per quanta riguarda l'inquadramento diagnostico sia per quanta riguarda gli interventi, sono evidenziate dalla disomogeneità delle modalità di approccio e di organizzazione dei Servizi. Infatti, i Servizi per le dipendenze e per la salute mentale interagiscono tra loro in vari modi, offrendo a volte interventi specialistici integrati e, più spesso, modalità di intervento parallele ma distinte l'una dall'altra, nella teoria e nella prassi.

In ambito diagnostico, inoltre, è frequente incontrare difficoltà nello stabilire la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi. Tra questi motivi possiamo menzionare l'utilizzo di modelli organizzativi e culturali divergenti e la presenza di pregiudizi, in entrambe le equipe dei due sistemi di servizi, verso i pazienti con comorbidità.

Analisi del contesto aziendale

Il territorio dell'A.S.L. NapolizNord si estende comprende l'intera area nord di Napoli, che include ben 32 Comuni, talvolta di grandi dimensioni, e si estende alle isole di Procida e Ischia.

L'assistenza sanitaria territoriale, che costituisce il primo livello di interazione del cittadino con il Servizio Sanitario Nazionale viene assicurata da 13 Distretti Sanitari di Base, che coincidono più o meno aggregati di 1 o più Comuni.

L'assistenza ospedaliera viene garantita da 5 Presidi Ospedalieri di cui due insulare e 3 territoriali: si tratta dei Presidi Ospedalieri di:

- Pozzuoli (DEA di II Livello)
- Giugliano in Campania
- Frattamaggiore
- Ischia
- Procida

Le UO di Salute Mentale e Dipendenze della ASL NapolizNord sono distribuite su tutto il territorio.

Principi del PDTA per la gestione del paziente affetto da comorbidità tossico-psichiatrica

Il presente PDTA prevede l'individuazione, da parte del responsabile delle UU.OO SerD/UOSM, della figura di un **referente** che prenderà in carico la richiesta di valutazione dell'utente interessato, effettuata dagli operatori dell'altro dipartimento attraverso la «scheda di presentazione», e che lo stesso delegato porterà all'attenzione del proprio responsabile di servizio.

Il referente PDTA di ogni servizio, quindi, avrà la funzione di curare e facilitare la collaborazione tra i sistemi di servizi dei due dipartimenti, contribuendo, nello stesso tempo, a garantire che tutti gli operatori delle diverse qualifiche professionali interessate, siano coinvolti attivamente nel processo di valutazione clinica e di presa in carico, anche in considerazione delle già esistenti relazioni terapeutiche nel caso in cui il paziente sia noto.

Nell'ambito della valutazione diagnostica e ai fini di un orientamento terapeutico e riabilitativo aderenti alle problematiche dell'utente, si considereranno *tutte le risorse a disposizione dei due sistemi di servizi*.

Per quanto riguarda *l'invio in una struttura residenziale accreditata per doppia diagnosi, la scelta della struttura sarà coerente con l'orientamento diagnostico rispetto al paziente comorbile in modo da scegliere la soluzione più aderente alla problematica ed alle esigenze espresse dall'utente*.

In particolare per l'invio di un utente in *una struttura accreditata per doppia diagnosi sarà necessario concordare un iter che preveda, in ogni caso, una certificazione diagnostica* sia della UOSM sia del Ser.D con l'eventuale indicazione rispettivamente del piano di trattamento con gli psicofarmaci e di quello con eventuali farmaci agonisti (metadone, levo metadone, buprenorfina) e/o con gli alcol mimetici e gli altri presidi farmacologici in uso per l'alcolismo e per le problematiche alcol correlate.

Sarà compito del Direttore del DSM e del Dipartimento Dipendenze:

- Seguire, facilitare e valutare in itinere il processo di attuazione del presente PDTA tra i due servizi;
- Convocare periodicamente incontri congiunti tra i Responsabili delle UOSM e delle UO Ser.D e delle altre strutture di servizio di riferimento, nell'ambito di tutte le rispettive articolazioni dipartimentali, finalizzati all'analisi degli *eventuali nodi problematici* che si saranno evidenziati nel corso della collaborazione tra i due sistemi di servizi, alla *individuazione di ipotesi di riadeguamento, implementazione e miglioramento* dell'attuazione del PDTA
- Promuovere ed implementare il lavoro di collaborazione e di condivisione delle strategie cliniche e di servizio attraverso *gruppi di lavoro misti* per l'approfondimento di specifiche questioni.
- Programmare ed implementare *incontri ed iniziative di formazione e di aggiornamento comuni* su tematiche di rilevanza clinica ed organizzativa;

- Promuovere *eventi pubblici di interesse culturale più ampio* tesi a diffondere una cultura critica nei confronti dei processi di stigmatizzazione e di emarginazione culturale e sociale tra la popolazione ed *facilitare processi di partecipazione degli utenti e della cittadinanza alla vita dei servizi pubblici*.
- Coinvolgere in modo attivo le *Agenzie e gli operatori del Terzo Settore* impegnati nei diversi servizi e strutture di tutte le aree di attuazione del presente PDTA DD con particolare riferimento alle attività dei gruppi di lavoro ed alla programmazione e partecipazione alle attività di formazione e degli eventi pubblici.
- Gli obiettivi ultimi di questo PDTA sono quelli di realizzare una rete di tutte le forze in campo (UOSM, SPDC, Ser.D, poli territoriali per il trattamento del DGA), le quali devono adottare una strategia diagnostico - terapeutica - assistenziale integrata, comune e condivisa.

Fasi del programma d'intervento

Al fine di valorizzare la specificità e la differenziazione delle competenze degli interventi e, di fatto, rendere possibile ed efficace l'integrazione delle stesse in un eventuale successivo lavoro congiunto, si premette che presso ciascun Servizio territoriale di entrambi i Dipartimenti al quale si sia rivolto inizialmente il paziente si effettueranno sia l'accoglienza sia la valutazione diagnostico - terapeutica per competenza, ognuno secondo le proprie modalità operative.

Sulla base di questa premessa metodologica, si prevede che il percorso dei pazienti con comorbidità tossico - psichiatrica si declini in fasi di intervento, intese come elementi costitutivi di un programma, che si svilupperanno sulla base del lavoro concreto realizzato dalle equipe di cogestione costituita dagli operatori dei servizi territoriali dei due Dipartimenti.

Si attiverà il percorso in fasi ogni volta che il Servizio di uno dei due Dipartimenti individuerà segni e/o sintomi riferibili a comorbidità come di seguito specificati:

Presenza di un disturbo da uso di sostanze (DUS) negli ultimi 12 mesi e presenza di almeno 5 criteri di un Disturbo Mentale Severo secondo il DSM V :

- **Schizofrenia o altro disturbo dello spettro schizofrenico negli ultimi 12 mesi**
- **Disturbo Bipolare negli ultimi 12 mesi**
- **Disturbo Depressivo Maggiore negli ultimi 12 mesi**
- **Disturbo di Personalità Grave (Cluster A e B) negli ultimi 12 mesi**
- **Disturbo da Stress Post Traumatico negli ultimi 12 mesi**
- **Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione negli ultimi 12 mesi**
- **Disturbo del Comp. Dirompente, del Controllo degli impulsi negli ultimi 12 mesi**

A tal proposito verranno utilizzati per la valutazione diagnostica e del funzionamento:

- **SCID-5 -CV (Structured Clinical Interview for DSM-5- Clinical Version)**
- **VGF, Valutazione Globale del Funzionamento**
- **CGAS Children's Global Assessment Scale**

Descrizione delle fasi

Fase I. Dopo aver effettuato l'accoglienza e la valutazione diagnostica per competenza, gli operatori del Servizio di uno dei due Dipartimenti a cui il paziente ha fatto accesso, avendo ipotizzato per lo stesso la presenza di comorbidità, compilano la scheda comune (SC presentazione) e attivano la procedura di invio per la prima valutazione del paziente con gli operatori di riferimento del Servizio dell'altro Dipartimento, che stabiliranno, in questa fase, un appuntamento programmato per l'utente.

È auspicabile che, tutte le volte che le esigenze del Servizio lo consentano, sin dal primo contatto, l'utente possa essere accompagnato da un operatore del Servizio Inviante. I Responsabili dei Servizi dei due Dipartimenti, o i loro delegati, si occuperanno di attivare la procedura di invio così come prevista dalla fase I.

Descrizione delle fasi

Fase II. Valutata la necessita di un percorso di cogestione, le mini equipe dei due Dipartimenti provvedono a incontrarsi entro 15 giorni per organizzare le modalità d'intervento e di presa in carico congiunti (SC presa in carico) e ad individuare all'interno dell'equipe di cogestione un operatore (case manager) di riferimento del percorso a fasi del paziente.

Naturalmente, nel caso in cui il paziente sia già stato preso precedentemente in carico presso uno dei Servizi dei due Dipartimenti, in questa fase, si terrà conto in primo luogo delle conoscenze acquisite dal Servizio che ha già in carico la persona e delle relazioni terapeutiche eventualmente già in corso.

Fase III. L'equipe di cogestione, sulla scorta della valutazione dell'età, dello stato di salute, del funzionamento, delle risorse personali, familiari e sociali del paziente, e considerando la disponibilità di risorse delle diverse strutture e professionalità dei due Dipartimenti, individuerà una prima ipotesi di percorso che si configurerà come risposta complessa ed articolata alle esigenze del paziente.

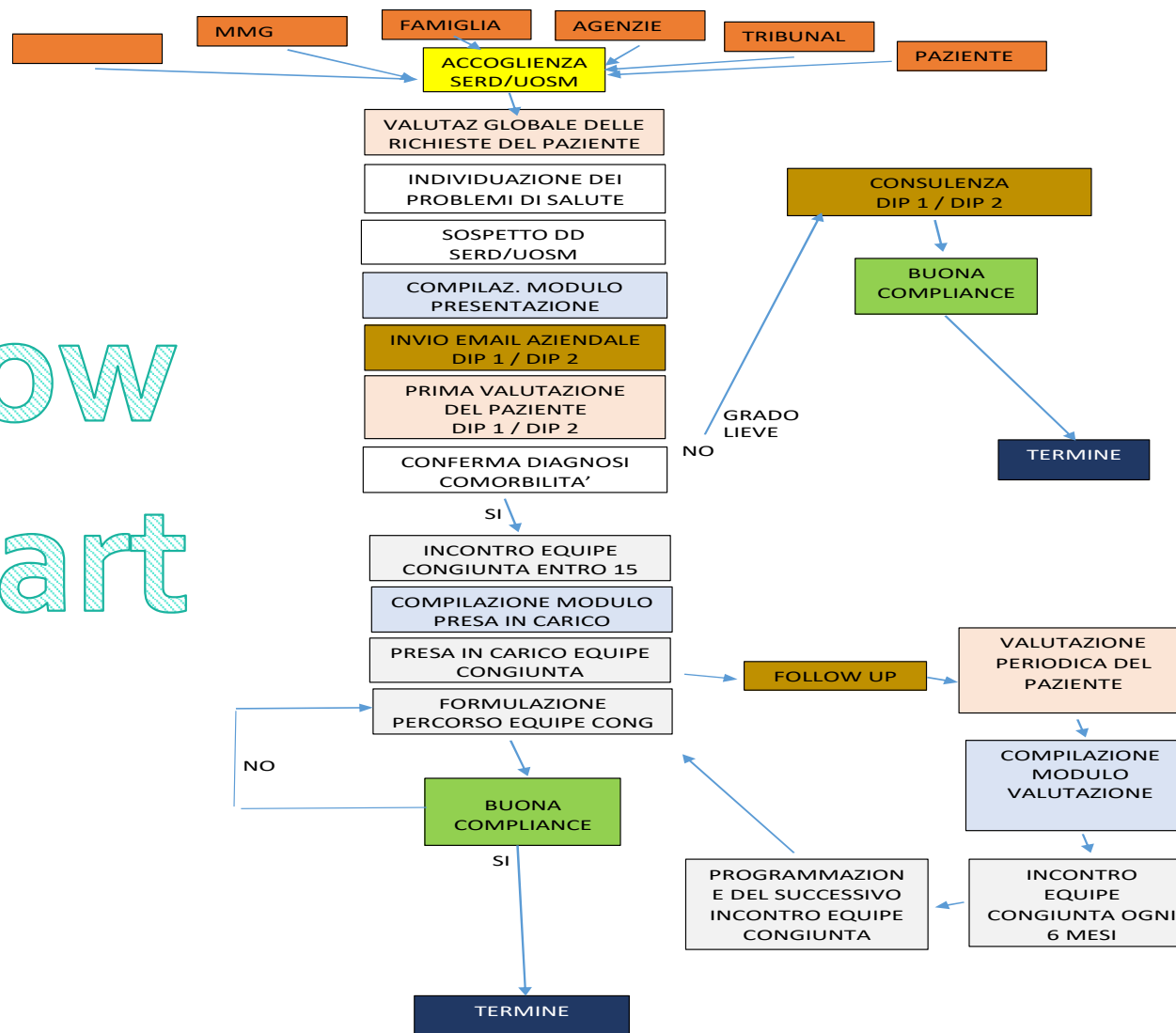
Fase IV. L'equipe di cogestione stabilirà, di volta in volta, la periodicità degli incontri di verifica, valutazione ed eventuale rimodulazione del percorso del paziente. A tale scopo verrà utilizzata la scheda di presa in carico congiunta (SC presa in carico) utile a monitorare l'evoluzione del paziente e ad individuare i punti di forza e i punti critici del percorso.

Il case manager, già individuato nell'equipe di cogestione, avrà cura di sostenere la continuità e la regolarità del percorso, concordando incontri e contatti periodici tra gli operatori dell'equipe di cogestione.

Ogni sei mesi dall'attivazione sarà effettuata una valutazione complessiva del percorso diagnostico - terapeutico del paziente.

L'integrazione dei percorsi diagnostico terapeutici nella comorbidità psichiatrica

Flow
chart



Formazione

La presentazione del PDTA «Gestione del paziente con comorbidità tossico – psichiatrica» a tutti gli operatori interessati è a cura del gruppo di lavoro che ha redatto il documento.

L'organizzazione di percorsi formativi e informativi del PDTA «Gestione del paziente con comorbidità tossico – psichiatrica» è a cura dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.

Monitoraggio e Valutazione

I Direttori del Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze sono responsabili del monitoraggio periodico del percorso; i Direttori/Responsabili delle UU.OO. sono responsabili di vigilare la corretta applicazione del PDTA.

Al fine di verificare l'appropriatezza del percorso, evidenziare e apportare specifici miglioramenti, vengono definiti i seguenti **INDICATORI** per valutare l'efficienza e la riproducibilità della attivazione del PDTA nei servizi:

L'integrazione dei percorsi diagnostico terapeutici nella comorbidità psichiatrica

indicatori

INDICATORI DI PROCESSO:	FONTI DEL DATO
N° di riunioni di equipe gestione PDTA DD effettuate per ciascun paziente ogni 6 mesi/ N° totale di riunioni programmate	Verbale Equipe di gestione
N° di pazienti arruolati nel percorso dall'equipe gestione / N° totale di pazienti valutati con sospetto di comorbidità tossico - psichiatrica	Scheda Allegato 1 Scheda Allegato 2

INDICATORI DI ESITO:	FONTI DATO
N° di eventi critici (TSO/overdose/reato) nel corso di 6 mesi dalla presa in carico nel percorso PDTA DD/ N° totale di pazienti inseriti nel percorso PDTA DD	Cartella clinica
N° di pazienti che abbandonano il percorso di gestione a 6 mesi/ N° totale di pazienti inseriti nel percorso di gestione PDTA DD	Scheda Allegato 2

Allegato 2

Scheda di Presa in Carico

Verbale di riunione		

Presenti	Assenti	Firma

Prossima data d'incontro _____

CRITICITÀ E QUESTIONI DI CUI PRENDERE COSCIENZA E DA AFFRONTARE:

- 1) Equazione personale e motivazione degli operatori, ovvero: come perfezionare il percorso formativo degli operatori che vorranno essere inseriti nei Servizi per le dipendenze: occorre probabilmente fare una preliminare selezione psicoattitudinale degli operatori: modello IPA? Modello Francia? Modello Shanti?
- 1) Nella selezione del personale da avviare ai SerD occorre mettere anche la questione MORALE: occorre cioè tendere a selezionare gli operatori in modo meritocratico, poiché un operatore assunto senza merito sarà sempre un operatore che non apprende, chiuso alle innovazioni, chiuso al gioco di squadra, poco produttivo e demotivato;
- 1) Necessità di nuove figure professionali che sappiano leggere e affrontare la nuova società, e i nuovi fenomeni sociali che agiscono come determinanti nello sviluppo della personalità dipendente o votata all'abuso: penso agli esperti della comunicazione, agli esperti di social media, ai sociologi della famiglia e dei modelli pedagogici, eccetera
- 1) Responsabilità dei Direttori Generali e loro eterogeneità: occorre mettere a fuoco quale parte di responsabilità hanno i direttori aziendali e agire affinché anche i direttori generali promuovano criteri meritocratici e evidence based, alla base delle loro scelte istituzionali e delle loro scelte a riguardo dei servizi delle dipendenze..

L'integrazione dei percorsi diagnostico terapeutici nella comorbidità psichiatrica

Dott. Vincenzo Lamartora

vincenzo.lamartora@aslnapoliznord.it

Cell: 339.3324710

Grazie per l'attenzione