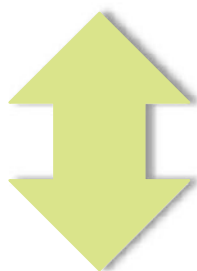




Per una medicina del
territorio da rifondare



**PDTA PER LA GESTIONE
EMERGENZIALE DEI
PAZIENTI
AFFETTI DA DOPPIA
DIAGNOSI**



1. Titolo, descrizione e gruppo di lavoro

Descrizione sintetica

Gruppo di lavoro

2. Informazioni relative al documento

Periodo di validità e revisione

Obiettivi

Ambito di applicazione

Terminologia e abbreviazioni

3. Contenuti del Documento

Generalità

Il quadro epidemiologico in Italia

Ruolo della diagnosi precoce della comorbidità e della prevenzione,

L'attività diagnostico e terapeutica descritta nel presente PDTA,

Attività (Descrizione della sequenza della attività necessarie per soddisfare il raggiungimento dell'obiettivo. In risposta alle domande: cosa, chi, come, quando, dove, perché e con quali strumenti)

Strutture e Servizi che costituiscono i nodi (ossia i punti di erogazione) della rete, attraverso i quali si sviluppa il percorso di cura (Pronto Soccorso, Ambulatorio SerD, SPDC, Strutture Residenziali post acuzie, ecc.),

Modalità di passaggio da un nodo all'altro della rete,

Flow Chart

Responsabilità (matrice delle responsabilità per una visione d'insieme schematica)

4. Strumenti di Gestione del documento

4.3 Modalità di implementazione (Indicazione delle modalità di diffusione ed eventuale distribuzione controllata del documento. Descrizione delle modalità utilizzate per favorire l'applicazione della procedura, es. incontri, attività formative, etc),

5. Bibliografia

1) TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER I PAZIENTI CON DOPPIA DIAGNOSI AFFERENTI NEI SERVIZI DI EMERGENZA OSPEDALIERA – PS -

1. Descrizione sintetica

Il PDTA PER I PAZIENTI CON DOPPIA DIAGNOSI AFFERENTI NEI SERVIZI DI EMERGENZA OSPEDALIERA – PS – intende definire i percorsi e i professionisti della ASL Napoli2Nord che interverranno nella gestione del paziente addicted o con doppia diagnosi che accedono ai Pronto Soccorsi di Pozzuoli e Frattamaggiore.

2. Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo	firma
A. Cucciniello	Dipartimento di Salute mentale	Direttore	
V. Lamartora	Dipartimento dipendenze Patologiche	Direttore	
E. Morrone	Ambulatorio Inter-Dipartimentale di Doppia Diagnosi	Referente	
L. Reccia	UOC Laboratorio Analisi Tossicologiche di Frattamaggiore	Direttore	
L. Langella	UOC 118 ed Emergenza Territoriale	Direttore	
F. Pallotta	CT “La Scheggia” di Varcaturò	Direttore	
A. Marvasio	UOC Pronto Soccorso Ospedale S. Giovanni di Dio Frattamaggiore	Direttore	
F. Numis	UOC Pronto Soccorso Ospedale S. M. delle Grazie Pozzuoli	Direttore	

INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 *Periodo di validità e revisione (01.05.2021 - 01.05.2022)*

La revisione del presente documento è prevista entro un anno dalla data di emissione.

In caso di mutate esigenze dell'Azienda o nuove necessità organizzative oppure in presenza di nuove evidenze in letteratura può essere effettuata una revisione in tempi più brevi.

Il coordinatore del Gruppo di Lavoro assicurerà la revisione del presente documento. Il presente documento è comunque valido sino alla rimozione dalle aree di pubblicazione informatica.

<i>Revisione</i>	<i>Data Emissione</i>	<i>Modifiche apportate</i>
0	01.10.2021	Trattandosi di prima stesura non sono presenti modifiche

2. Obiettivi

I principali obiettivi della stesura del **PDTA PER I PAZIENTI CON DOPPIA DIAGNOSI AFFERENTI NEI SERVIZI DI EMERGENZA OSPEDALIERA – PS** - sono:

- 1) Definire un percorso di cura per i pazienti addicted o con doppia diagnosi afferenti in PS in modo che si possano evitare accessi inappropriati in PS o in modo che si possano gestire appropriatamente gli utenti afferiti per giusta causa in PS o negli altri dipartimenti interessati da questo PDTA;
- 2) Il miglioramento delle capacità di diagnosi da parte dei sistemi di cura, ossia maggior riconoscimento dei DUS da parte del Dipartimento di Salute Mentale e del DM da parte del Dipartimento Dipendenze Patologiche; maggiore conoscenza della DD da parte dei Servizi dell’Emergenza;
- 3) Il miglioramento degli interventi assistenziali dei pazienti con DD, per lo meno di quelli che presentano una maggiore problematicità di bisogni clinici e psicosociali, tale da rendere necessaria una presa in carico complessiva e unitaria da parte di una équipe interdisciplinare con competenze specifiche;
- 4) La definizione operativa nel PDTA dei pazienti in DD “complessi” da avviare a una specifica équipe funzionale interdipartimentale, denominata “Gruppo interdipartimentale Doppia Diagnosi”, per la formulazione diagnostica e il successivo trattamento, finalizzato a ottimizzare i processi di cura, evitando nel contempo la segnalazione dei casi che, pur essendo costituiti da soggetti affetti da entrambe le problematiche cliniche – DUS e DM- potrebbero continuare ad essere gestiti dai rispettivi Servizi – DDP e DSM – seppure in un’auspicabile ottica di maggiore integrazione e cooperazione;
- 5) Affrontare la problematica della DD nelle sue principali declinazioni:
 - a) Pazienti cronici che determinano un carico sociale importante sia da un punto di vista dei costi (terapie, ricoveri, e così via) che dell’impegno delle strutture;
 - b) Pazienti che esordiscono con le problematiche correlate al DUS e DM in età adolescenziale o giovane età.

3.Ambito di applicazione (Identificazione delle funzioni e/o delle attività, e/o le articolazioni organizzative in cui il documento deve essere utilizzato; es. Struttura Complessa, Dipartimento, Azienda Ospedaliera, tipologia pazienti, etc.).

Il documento costituisce una guida al percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti affetti da doppia diagnosi che afferiscono all'attenzione dei Medici della Medicina Generale, dei PLS, degli Specialisti ospedalieri, degli specialisti del SERD o della PSICHIATRIA e del Pronto Soccorso della ASL Napoli2Nord

4.Terminologia e abbreviazioni (Spiegazione dei principali termini adottati e legenda delle sigle utilizzate all'interno del documento).

Glossario.

Acronimi:

<i>Abbreviazione</i>	<i>Descrizione</i>
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale emergenziale per Pazienti con doppia diagnosi

3.1 Generalità (Breve descrizione del problema, contesto e motivazioni che inducono alla stesura della procedura)

Il termine Doppia Diagnosi (D.D.) 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 come *coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico*.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la **Comorbidità o Doppia Diagnosi** la coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive ed un altro disturbo psichiatrico.

Per la formulazione della diagnosi sono disponibili due strumenti nosografici: la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD10), che rappresenta la classificazione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, e il DSM V, che rappresenta la classificazione dell’American Psychiatric Association.

Epidemiologia della Doppia Diagnosi

L’Epidemiological Catchment Area Survey, il National Comorbidity Survey e i National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, studi condotti in USA sulla popolazione generale utilizzando sistemi diagnostici standardizzati, hanno permesso di ottenere le prime informazioni di rilevanza internazionale sull’epidemiologia della doppia diagnosi, mettendo in evidenza un’alta associazione tra i due tipi di disturbo.

Tra i soggetti affetti da malattia mentale è risultata una prevalenza di disturbo di sostanze stupefacenti ed alcool del 29% (OR=2,7). Viceversa, il 45% di tossicodipendenti 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 studi in Ser.D. e 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.

Un gran numero di pubblicazioni successive, a livello internazionale, ha permesso di approfondire le conoscenze, ancora oggi parziali, su questa

peculiare comorbidità, indicando come la sostanza d'abuso che più di frequente si associa a patologia psichiatrica sia l'alcool, seguita da cannabis e cocaina.

Per quanto riguarda, invece, la frequenza di patologie psichiatriche nei pazienti con Addiction, 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, in particolare del cluster B, e i disturbi d'ansia.

Alcuni studi hanno indagato le caratteristiche sociodemografiche dei pazienti con doppia diagnosi, concordando nel definire il paziente multiproblematico come in prevalenza un soggetto di sesso maschile, giovane, disoccupato e di basso livello culturale.

Tra i fattori di rischio più rilevanti, la classe sociale di appartenenza della famiglia di origine, la familiarità per addictive behaviors ed anamnesi positiva per atti criminosi.

Diversi studi, infine, hanno indicato come l'uso di sostanze abbia un'influenza negativa sulla malattia mentale. I pazienti con doppia diagnosi hanno infatti un decorso più "torbido" dal punto di vista clinico, oltre ad una prognosi peggiore, con maggiore probabilità di complicazioni (ricoveri ospedalieri ripetuti, minor compliance ai trattamenti, peggior risposta ai neurolettici, maggior compromissione cognitiva, maggior prevalenza di sintomi positivi, disturbi dell'umore, comportamenti violenti, alterazioni del comportamento, tentativi suicidari e gravità dei sintomi depressivi).

Inoltre, i pazienti con Dual Disorder tendono ad essere parte di una popolazione più giovane, che esordisce ad un'età inferiore e a presentare importanti problematiche di ordine psicosociale. Le principali tendenze attuali indicano un maggior accostamento dei giovani all'alcool e uno sviluppo di modelli di consumo "ad alto rischio", come l'abuso e i binge drinking soprattutto da parte degli adolescenti e dei giovani adulti, così come il consumo simultaneo di sostanze psicotrope, in particolare cocaina, cannabinoidi, benzodiazepine ed alcool. I giovani presentano un maggior grado di vulnerabilità a danni psichici, emotivi, sociali causati dal consumo.

Il rapporto tra addiction e disturbi mentali va assumendo maggior rilievo per vari fattori, l'evoluzione nel consumo di sostanze psicoattive con l'evoluzione sul mercato degli NPS (Novel Psychoactive Substances), le diverse modalità d'uso di sostanze più "tradizionali" come oppioidi ed alcool, il crollo del prezzo di molte sostanze d'abuso, in primis la cocaina, la nascita di nuovi canali di diffusione, quale internet, la crescita delle condotte di poliabuso, fenomeni, questi, che hanno in vario modo facilitato l'accesso alle sostanze d'abuso,

ampliandone il mercato e favorendone anche l'assunzione da parte di persone con disabilità psichica, che avrebbero normalmente avuto maggior difficoltà a procurarle.

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. Il definirsi di una condizione di particolare complessità, infatti, deriva da problematiche altresì sociali e relazionali, oltre che psicopatologiche e additive, che caratterizzano questi soggetti. La difficoltà che i servizi hanno nell'inquadrare e intervenire su tali pazienti è sottolineata dalla grande varietà di modalità di approccio e di organizzazione dei Servizi nei vari paesi del mondo. Servizi per le dipendenze e servizi psichiatrici interagiscono tra loro in vario modo, offrendo a volte interventi specialistici integrati e, più spesso, come in Italia, modalità di intervento parallele ma distinte l'una dall'altra, sia dal punto di vista formale che pratico. Tali modalità di approccio si iscrivono in maniera altrettanto variegata nei diversi sistemi sanitari (pubblici e privati) e di assistenza sociale. In ambito diagnostico è frequente incontrare difficoltà nel diagnosticare la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi. Tra questi possiamo individuare l'abitudine a diagnosticare il disturbo che si presenta più frequentemente in ambito clinico, la scarsa diffusione di operatori con esperienza in entrambi gli ambiti di indagine, la sottovalutazione dell'importanza della diagnosi in psichiatria, la frequente comparsa durante l'intossicazione e l'astinenza da sostanze di sintomi psichiatrici, l'appartenenza di alcuni sintomi alle due classi di disturbi (apatia, disforia, astenia, turbe del sonno, crisi d'ansia acute), la scarsa abitudine a collaborare dei Servizi durante il processo diagnostico, spesso molto lungo. In molti casi si può solo prendere atto che due diagnosi coesistono in un soggetto a un definito punto della sua storia.

Analisi del contesto

L'ambito territoriale dell'A.S.L. NA2 Nord è costituito dalla zona continentale nord e nord-ovest della provincia di Napoli, confinante con la provincia di Caserta, e dall'area insulare di Procida ed Ischia. Sul territorio completamente conurbato gravitano 32 comuni con una popolazione residente al 1.01.2015 di 1.052.107 abitanti, distribuiti in 411,43 Km² di superficie. L'analisi demografica dell'ASL Napoli 2 Nord evidenzia la presenza di centri abitati di grandi dimensioni caratterizzati da una popolazione estremamente giovane e con tassi di natalità ben più alti di quelli della media nazionale

Dall'analisi dei dati in nostro possesso, possiamo osservare un numero maggiore di decessi nel sesso maschile. Il 59.3 dei decessi totali avviene nei > 74 anni. In tutte le fasce prevale la mortalità maschile, ad eccezione della fascia 0-14anni e nella fascia > 74, in cui si osserva un aumento della mortalità femminile che è uguale al 33.8% del totale dei decessi, rispetto quella maschile che è del 25.4%.

Per quanto concerne la distribuzione per causa di morte e classe d'età dei decessi dei residenti nel territorio della ASL Napoli 2 Nord

Nel cluster Disturbi Psichici (Codici ICD-IX 290-319) nel 2016, nella fascia d'età che va da 0 a 14 anni è risultato 0, da 15 a 64 anni è risultato 6, oltre i 64 anni è di 96, per un totale decessi di 102.

I rilievi epidemiologici relativi all'utenza dei servizi che si occupano di disturbi mentali e abuso di sostanze permettono di evidenziare i seguenti trend:

- aumento del consumo di cocaina e dei soggetti poliabusatori, compreso l'alcool;
- abbassamento dell'età d'esordio della sperimentazione di sostanze;
- aumento del fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico.

L'attuale organizzazione aziendale dei Servizi di afferenza della popolazione con doppia diagnosi comprende: un Dipartimento Dipendenze Patologiche, a cui afferiscono tre U.O.C. Ser.D. e, in particolare, presso la U.O.C. Ser.D. di Pozzuoli, un Ambulatorio di Doppia Diagnosi dipartimentale, che accoglie pazienti addicted in comorbidità psicopatologica inviati dalle tre U.O.C. Ser.D. e dalla U.O.S.M. di afferenza; un Dipartimento di Salute Mentale, con una U.O.S.D. **Comorbidità Psichiatrica** presso Spdc del P.O. di Pozzuoli.

L'assistenza alle persone con restrizione della libertà è garantita dal servizio Tutela della Salute in carcere che opera nell'Istituto Penitenziario di Pozzuoli.

Criticità riguardanti l'accesso di pazienti affetti da DD afferenti al Pronto Soccorso

La criticità maggiore per il pronto soccorso sta nel dover accogliere e trattare una certa quantità di accessi inappropriati di tipo psichiatrico, tossicologico o comorbido.

- 1) Per il Pronto Soccorso, una prima criticità sta nell'affollamento delle sale di attesa e dei posti letto in emergenza, questo già in condizioni "normali": figuriamoci in una situazione pandemica come quella attuale, in cui alle criticità di sovraffollamento e inappropriato accesso si devono aggiungere le necessità legate alla separazione dei pazienti COVID o sospetti tali da tutti gli altri che accedono al Pronto soccorso.

- 2) Una seconda criticità riguarda la gestione del paziente dopo che questi è stato trattato sintomatologicamente per le sue intossicazioni da sostanze. L'intervento del Pronto Soccorso è complicato dalla necessità di dover ottenere il consenso informato al fine di poter procedere con analisi ematiche o biologiche per comprendere le sostanze di abuso utilizzate dall'utente. Normalmente, quando il paziente è lucido, vigile e collaborativo, questo consenso viene dato ed è possibile procedere alla determinazione tossicologica urinaria o ematica. Questa titolazione avviene grazie a macchinari propri del Laboratorio di analisi tossicologiche di Frattamaggiore o, in casi limitati, grazie a appositi stick multisostanza di cui il PS dispone. È chiaro che per fare una diagnosi tossicologica accurata il PS deve avere a disposizione:
- Un apparecchio POINT TO CARE, per la determinazione rapida su saliva o goccia di sangue di 7 sostanze di abuso (le più frequentemente usate)
 - Un apparecchio spettrometrico per la determinazione delle sostanze usuali e non (NPS) su matrice cheratinica
- 3) Una volta gestito il paziente consenziente, il Pronto soccorso ha una terza criticità: quella di non “perdere” il paziente, ovvero quella di coinvolgere altri Servizi come i SerD e le UOSM per “agganciare il paziente” mentre è ancora in PS e tentare di inserirlo nell'alveo degli interventi appropriati di tipo ambulatoriale. Per questa ragione questo PDTA prevede l'intervento di uno specialista SERD “reperibile” e/o di uno specialista Psichiatra “reperibile”. Questo reperibile verrebbe chiamato su una linea telefonica dedicata dal PS e in breve tempo raggiungerebbe il PS, dove il paziente è già stato testato e diagnosticato. Prima della dimissione, l'intervento del reperibile serve ad agganciare il paziente. L'intervento del reperibile SerD è garantito dal lunedì al sabato mattina, nelle ore di servizio del SerD.
- 4) Durante il week end, ovvero il sabato pomeriggio, la domenica e durante le notti, il PS, una volta accolto l'utente, sceglierà di dimetterlo (se lucido e non consenziente ad altro trattamento), oppure di trattenerlo per il tempo del Week end presso il reparto SPDC – se il paziente manifesta sintomi di agitazione e confusione dalla patologia psichiatrica di base – oppure presso la CT La Scheggia – se il paziente comorbido manifesta segni psichiatrici indotti dall'assunzione di sostanze di abuso.

Tutte queste possibilità sono fotografate dalla FLOW CHART di cui appresso.

Strutture e Servizi che costituiscono i nodi (ossia i punti di erogazione) della rete, attraverso i quali si sviluppa il percorso di cura (Pronto Soccorso, SPDC, Ambulatorio SerD, Strutture Residenziali post acuzie).

Le strutture e i Servizi della Rete sono i seguenti:

- a) **Servizio SerD.** I SerD di Pozzuoli, Casavatore e Giugliano sono la sede nella quale vengono effettuate l'accoglienza dell'utente dipendente, la stesura e/o la revisione del suo PTI, e dove vengono realizzati tutti i colloqui clinici con gli utenti residenti.
- b) **SPDC Psichiatria.** È il Reparto ospedaliero dove vengono ricoverati gli utenti in fase di scompenso tossicologico e psicopatologico. Il ricovero può essere non programmato – quando afferente dal Pronto Soccorso – ovvero programmato, quando scaturisca dalla successione dei processi di lavoro del presente PDTA.
- c) **UOSD di Doppia Diagnosi.** È il Servizio afferente al DDP della ASL Napoli 2 Nord che accoglie i pazienti che vi si rivolgono ad accesso diretto, oppure anche coloro che afferiscono agli altri Servizi dell'Azienda.
- d) **Pronto Soccorso:** è il servizio di Urgenza al quale afferiscono tutti i soggetti affetti da dipendenze patologiche e/o scompensati dal punto di vista psichiatrico, che non hanno potuto essere inviati in modo coordinato e programmati ai reparti ospedalieri o ai servizi ambulatoriali della ASL Napoli2nord. Il PS è uno dei nodi principali della rete, dal quale il paziente, a seconda della diagnosi specialistica di dimissione, viene avviato ai diversi Servizi Ospedalieri e Territoriali.
- e) **Il Servizio di Emergenza Territoriale 118 (UOC) è il servizio aziendale deputato al primo soccorso del paziente prima del suo accesso in Pronto Soccorso.** E' il Servizio che interviene per strada o a domicilio e effettua una prima identificazione, una prima diagnosi e spesso un primo trattamento del paziente.

- f) **Laboratorio di Tossicologia di Frattamaggiore.** Situato nell'Ospedale San Giovanni di Dio, provvederà a processare i campioni biologici provenienti dai PS di Pozzuoli e Frattamaggiore, oltre che quelli provenienti dal SPDC, da una UOSM o da un SerD.
- g) **Comunità terapeutica "La Scheggia", sita in Vacraturo.** Si tratta di una delle Comunità residenziali che insistono sul territorio della Ns ASL Napoli2Nord. È una CT terapeutica, che possiede 5 posti letto accreditati per l'accoglienza di utenti affetti da "doppia diagnosi". La CT La Scheggia dedicherà un posto letto al PDTA EMERGENZA, di modo che i pazienti comorbidi, giunti in PS e trattati, se impossibilitati a rientrare al proprio domicilio per ragioni cliniche o congiunturali, vengono ospitati durante la notte o il week end in Ct, fino a quando il reperibile del SerD non si rechi in CT per "agganciare il paziente" e ricondurlo nell'alveo degli interventi ambulatoriali del SerD.
- h) **Distretti Sanitari:** si tratta dei consultori distrettuali presenti sul territorio dove gli operatori (Psicologo e Assistente Sociale) possono ricevere il paziente e i suoi familiari.
- i) **Ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.** Ciascuno dei colleghi MMG e PLS, nella sua attività ambulatoriale sul territorio, svolge le seguenti azioni:
- j) * accoglie la domanda di aiuto di un utente minorenne e/o di un suo familiare; * gli illustra le offerte terapeutiche presenti sul territorio della ASL, le strategie di cura e i Servizi cui indirizzarsi;
* si mette in contatto con il Servizio Specialistico, in modo da presentargli l'utente in oggetto e l'invio al Servizio.
* in fase di follow up, il Servizio specialistico invia al collega MMG/PLS una copia – autorizzata dal paziente – del PTI, in modo tale che il MMG possa monitorare lo svolgimento del PTI, l'aderenza del paziente allo stesso e la sua compliance coi Servizi.
- k) * Il MMG è coinvolto in tutte le azioni di informazione e prevenzione delle dipendenze che i Servizi metteranno in essere, di modo tale da parteciparvi attivamente. Saranno coinvolti anche nella formazione degli operatori sulle dipendenze giovanili, e sulle campagne di distribuzione

alla popolazione di materiale informativo sul fenomeno delle dipendenze minorili.

Passaggio da un nodo all'altro della rete.

Il passaggio dell'utente da un nodo all'altro della rete avverrà secondo le modalità previste dal presente PDTA, avvalendosi di strumenti per la valutazione diagnostica e di modulistica appropriata alla segnalazione o all'invio dell'utente da un Servizio all'Altro (vedi allegati).

4. AZIONI SPECIFICHE (CHI FA COSA)

Per ciò che attiene ai rispettivi impegni, nel PDTA è previsto che:

- 1) il DSM** metterà a disposizione un posto letto, rispettivamente negli SPDC di Pozzuoli e Frattamaggiore, dedicato al paziente psicotico che giunge in PS per assunzione drogastica di sostanze psicoattive in condizioni di scompenso e agitazione. Il ricovero dedicato “coprirà” la notte e/o il week end, fino a quando è prevista la consulenza dello specialista del SerD che provvederà alla valutazione del paziente e alla presa in carico ambulatoriale;
- 2) il 118** effettuerà l'intervento di primo soccorso in raccordo con il medico del DDP e/o del DSM – grazie alla linea dedicata in possesso a questi specialisti, che saranno reperibili, ognuno per i propri turni, e assisteranno i colleghi del 118 nella corretta individuazione e gestione del paziente soccorso.
- 3) I Pronto Soccorsi (Pozzuoli e Frattamaggiore)** gestiranno la fase acuta dell'accettazione del paziente addicted o comorbidito giunto in PS. Inoltre, si incaricheranno di chiamare, su una linea dedicata, il medico del DDP che si recherà in PS per fare consulenza e aggancio del paziente.
- 4) Il DDP** metterà a disposizione, dal lunedì al sabato mattina, un medico che, quando chiamato dai PS, si recherà in loco per effettuare una consulenza e tentare l'aggancio del paziente;
- 5) Il Laboratorio Analisi Tossicologiche** metterà a disposizione il proprio know how per il processamento di campioni di matrice capillare e/o sierologica e/o urinaria prelevati nei Servizi in cui il paziente è affetto;
- 6) La CT doppia diagnosi “La Scheggia” di Varcaturò** – già accreditata per 5 posti di “doppia diagnosi” - metterà uno dei suoi posti letto a disposizione del paziente addicted giunto in PS. Il ricovero dedicato “coprirà” la notte e/o il week end, fino a quando è prevista la consulenza dello specialista del SerD che provvederà alla valutazione del paziente e alla presa in carico ambulatoriale

il PDTA prevede quindi 5 possibilità:

- 1) un paziente addicted o comorbido giunge in PS dal lunedì al sabato mattina: il PS effettua il suo intervento di disintossicazione o rianimazione, e prima della dimissione chiama il DDP che invia il proprio medico in PS, per effettuare l'aggancio del paziente e ricondurlo nell'ambito della presa in carico da parte del SerD
- 2) Un paziente tossico o comorbido giunge in PS di notte o durante il week end. In questo caso, si aprono tre vie:
 - a) Il paziente, dopo essere stato trattato dal PS, rifiuta il consenso a ricevere un ricovero o una consulenza da uno specialista del SERD. In tal caso, paziente rientra al proprio domicilio;
 - b) Il paziente addicted giunto in PS è conosciuto o valutato come già affetto da psicosi e attualmente in fase di scompenso psicotico a causa della assunzione di droghe, ed esprime il proprio assenso a farsi trattare: in questo caso, se il paziente è dimissibile torna a casa ma viene indirizzato al SerD il lunedì mattina. Al contrario, se non è dimissibile, viene trattenuto in uno degli SPDC, e il lunedì mattina la referente del Servizio di DD del DDP lo va a visitare, per poi decidere su se e quando sia possibile la presa in carico anche da parte del SERD;
 - c) Il paziente tossico giunto in uno dei PS è conosciuto o valutato come un soggetto addicted che ha manifestato una psicosi chimica: in questo caso se il paziente è dimissibile e motivato verrà rinvio a casa e indirizzato al SerD il lunedì mattina. Se il paziente è dimissibile ma instabile, a rischio di ricaduta o in crisi psicologica, verrà ricoverato presso la CT La Scheggia fino al lunedì mattina, quando il medico del SerD lo visiterà per decidere se e quando prenderlo in carico. Se, in ultimo, invece, il paziente non è dimissibile perché ancora compromesso nelle due funzioni cardio respiratorie, egli verrà trattenuto presso il PS fino al lunedì mattina, quando il medico del SerD lo raggiungerà in PS per visitarlo e "agganciarlo".

NB: il PDTA in questione non riguarda la gestione del paziente addicted e/o comorbido da parte del Servizio 118, poiché le problematiche legali e mediche, con tali pazienti e in setting non controllati (strada, parchi, ecc.) non garantiscono le condizioni migliori perché uno specialista del DDP o del DSM possa intervenire proficuamente.

La ASL Napoli2nord, ovvero il suo DDP, provvederà a partecipare alla spesa del ricovero effettuato presso la CT La Scheggia.

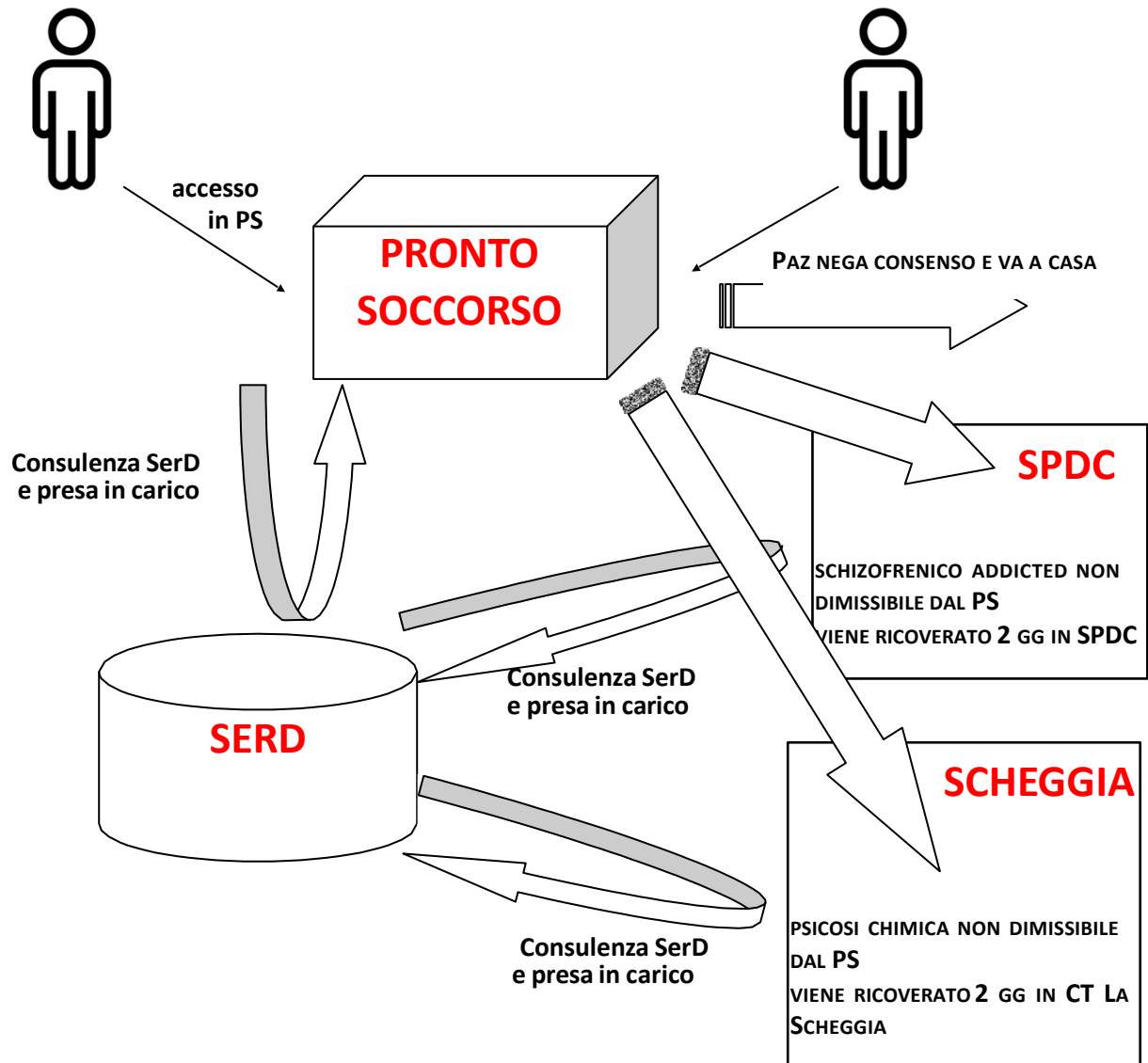
La ASL Napoli2Nord provvederà ad acquistare per i PS un apparecchio POINT TO CARE per la diagnosi rapida della sostanza di abuso del paziente giunto in PS (€ 25.000,00 cadauno)

Il Laboratorio analisi di Frattamaggiore provvederà a lavorare i campioni di matrice cheratinica che il PS dovesse prelevare al paziente, consenziente o in coma, per l'analisi di sostanze non conosciute, ovvero di NPS non rilevate dall'apparecchio point to care.

FLOW CHART

Paz afferente dal lun al sab mattina

Paz afferente di notte o nel week end



5. BIBLIOGRAFIA

1. G. De Leon. Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community. *Journal of Psychoactive Drugs*;
2. J. Solomon. Doppia Diagnosi. Personalità/Dipendenze;
3. Babor T., Campbell R., Room R., et al. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization;
4. UNODCCP, Demand reduction: a glossary of terms, Nazioni Unite: New York;
5. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*
6. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al.. Lifetime and 12-month prevalence of DSM IV R Psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.
7. Carrà, Giuseppe; Scioli, Rosangela; Barale, Francesco **Un servizio di consultazione per la comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze**. – Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, Genova 28-30 novembre 2000
8. Cazzoli, Cinzia **La diagnosi nelle tossicodipendenze e individuazione del percorso riabilitativo**. – Pagina Internet: Progetto regionale dipendenze Regione Emilia Romagna
9. Clerici, Massimo **“Doppia diagnosi”: realtà clinica o artefatto nosografico. Modelli e tecniche di trattamento della tossicodipendenza in comorbidità psichiatrica**. – Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, Genova 28-30 novembre 2000
10. Diotallevi, G. ... [et al.] **Percorsi e luoghi di “confine” dei pazienti in trattamento metadonico**. – Pagina internet: Psychomedia
11. Floriani, Giorgio **Doppia diagnosi comorbidità**. – Genova, Normalarea, 2008 - Pagine Internet: normalarea.com
12. Gatti, Riccardo C. **La “doppia diagnosi” è più o meno di una diagnosi?** - Droganet, 2002
13. Marenmani, Iero ... [et al.] **Disturbo bipolare e abuso di sostanze. Una doppia diagnosi con substrato comune?** – In “Giornale italiano psicopatologie”, n. 11/2005
14. Marenmani, Iero; Canoniero, Stefania ; Tagliamonte, Alessandro **Mantenimento metadonico: dosaggio di stabilizzazione in pazienti con comorbidità psichiatrica**. – In “Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo”, anno XXI, 1999, n. 2
15. Meini, M. ; Capovani, B. ; Moncini, M. **Comorbidità nei disturbi da uso di sostanze**. – In “Giornale italiano di psicopatologia”, Vol.7, dicembre 2003

16. Mirandola, Maurizio **Doppia diagnosi: quando il problema non è solo la droga.** –
Pagina internet: www.ristretti.it
17. Perugi, Giulio **Il problema della doppia diagnosi: fra psichiatria e medicina delle tossicodipendenze.** – CdS, 28.12.2006
18. Serpelloni, Giovanni ; Bricolo, Francesco ; Clerici, Massimo **La comorbidità psichiatrica nei soggetti con disturbi correlati all'uso di cocaina.**