



# **Dai progetti ai Servizi: come costruire sinergie per la presa in carico del paziente con “doppia diagnosi” – Modelli d’integrazione**

Dr. Edoardo Cozzolino  
Direttore UOC Dipendenze  
ASST Fatebenefratelli Sacco - Milano  
Direttivo Nazionale FeDerSerD  
Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD  
Past President FeDerSerD Lombardia

# Un'integrazione che parte dalle Società Scientifiche (24/10/2017)



**CARTA DEI SERVIZI DEI PAZIENTI NELLE CONDIZIONI CLINICHE  
DI COMORBILITÀ TRA DISTURBI MENTALI E DISTURBI  
DA USO DI SOSTANZE E ADDICTION ("DOPPIA DIAGNOSI")**

# Un'integrazione che parte dalle Società Scientifiche

## **SUPERAMENTO DEL CONCETTO DI DOPPIA DIAGNOSI**

Si ritiene necessario superare, alla luce dello sviluppo delle conoscenze sul tema e della definizione di più appropriati criteri diagnostici, le definizioni del quadro clinico che rischiano di indurre una visione "frammentaria e segmentata per competenze" della stessa persona che ne è affetta. A tal proposito, l'evoluzione delle conoscenze disciplinari, l'esperienza clinica maturata dai professionisti e le storie dei pazienti impongono una necessaria evoluzione culturale nei diversi Servizi, a partire dalla condivisione di un diverso linguaggio.

# Un'integrazione che parte dalle Società Scientifiche

## DIAGNOSI E VALUTAZIONE DIAGNOSTICA MULTIDIMENSIONALE

I pazienti hanno diritto ad una valutazione diagnostica accurata, multiprofessionale e approfondita rispetto alle diverse aree funzionali. La persona è una ed indivisibile: l'approccio diagnostico deve pertanto essere integrato ed orientato a definire una valutazione specialistica interdisciplinare.



# Un'integrazione che parte dalle Società Scientifiche

## **PRESA IN CARICO INTEGRATA DA PARTE DEI SERVIZI**

I pazienti hanno diritto, in coerenza con la valutazione diagnostica effettuata, ad una presa in carico terapeutico-riabilitativa integrata da parte dei Servizi per le Dipendenze, dei Servizi Psichiatrici e dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Tale percorso di cura dovrà svilupparsi nel tempo in linea con la complessità e l'intensità del bisogno. All'interno di questa strategia risulta essenziale il seguente approccio:

- Case Manager unico, individuato nel Servizio il cui intervento è prevalente;
- Diagnosi integrata multimodale come prima fase della presa in carico;
- Gestione dei casi con periodici confronti in équipe integrata.

# Pro e contro

- ▶ Lo sviluppo su un percorso separato dalla Psichiatria ha reso possibile la nascita di una cultura delle Dipendenze autonoma e strutturata
- ▶ Ciò che è avvenuto è ormai compiuto e irreversibile: un processo d'individuazione dei Servizi per le Dipendenze dal punto di vista scientifico, metodologico, clinico e organizzativo
- ▶ All'interno di questo percorso lo sviluppo dell'intervento socio-sanitario in équipe integrata multiprofessionale, ha permesso la nascita di un modello d'intervento multimodale:
  - ▶ Patologie da «Disturbo da uso di ...»
  - ▶ Patologie internistiche
  - ▶ Patologie infettivologiche e a trasmissione sessuale (HIV e HCV)
  - ▶ Problematiche sociali, lavorative, di studio
  - ▶ Problematiche psicologiche e relazionali con la famiglia e il contesto esterno
  - ▶ Problematiche riabilitative ed educative
  - ▶ Prevenzione universale, selettiva e indicata





# Pro e contro

- ▶ Un modello d'intervento che evidenzia come l'attività complessiva dei SerD vada inquadrata anche nell'ambito della Sanità Pubblica oltre che, in una visione specialistica, in quella del Disturbo da uso di sostanze o di Dipendenza Comportamentale
  - ▶ Una cosa è curare il Disturbo da uso di ...
  - ▶ Altro e ben di più è curare la Patologia da Dipendenza, intesa come quella complessa dinamica patologica che si sviluppa tra assunzione di sostanze, marginalità, patologie correlate, patologie associate, problematiche sociali (economiche, lavorative, legali), problematiche psicologiche relazionali e affettive e i comportamenti devianti



# Le difficoltà nell'integrazione

- ▶ Non ci sono solo le resistenze individuali e di sistema
- ▶ Lessico comune (cosa vuol dire presa in carico?), pulizia delle previsualizzazioni, esplicitazione di cosa posso aspettarmi da te e tu da me
- ▶ La differenza tra i mandati istituzionali
- ▶ l'integrazione è desiderata da tutti, ma molti sono convinti che sia troppo onerosa (previsualizzazione):
  - ▶ Cose nuove da imparare
  - ▶ Ulteriori complessità da affrontare
  - ▶ Scarico di pazienti (?)
    - ▶ Risultato?: facciamo così: te lo mando e tu vedi





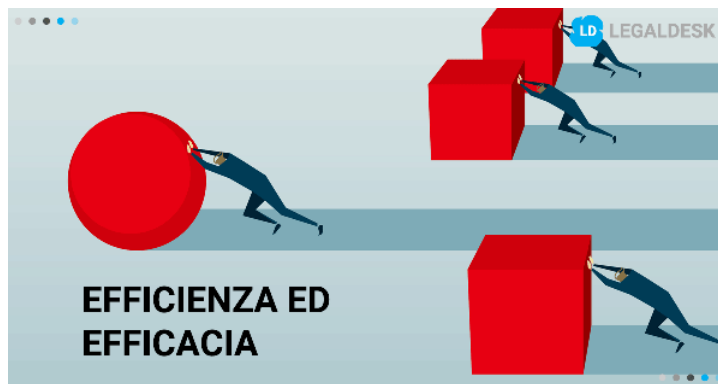
# Le difficoltà nell'integrazione

- ▶ La separazione tra l'area della Salute Mentale e quella delle Dipendenze data da moltissimi anni; questo ha generato sentimenti di sconforto, rinuncia, frustrazione in molti professionisti
- ▶ Il fatto che la Sanità sia da decenni a basso turn-over e che la popolazione professionale sia parallelamente invecchiata, non aiuta
- ▶ Un buon modo per rendere credibile per un'organizzazione il processo di cambiamento è puntare a una qualche forma di successo iniziale e visibile
- ▶ Una tattica di partenza è quella di ragionare su pazienti complessi già in carico alle varie UO
  - ▶ L'idea è che non arriva da nessuno un «paziente nuovo» ma che c'è l'opportunità di gestire i casi incrociando competenze diverse che rispondono sinergicamente a bisogni diversi
  - ▶ La situazione del paziente e della sua famiglia sono già «integrate» tra loro a generare situazioni complesse rispetto alle quali nessun Servizio ha tutte le competenze necessarie



# Oggi - spinte verso l'integrazione

- ▶ La clinica, con il suo esprimersi nel contesto socioculturale di riferimento, sollecita i paradigmi originari e spinge a modificarli, ad adottarne di nuovi
- ▶ Diagnosi precoce
- ▶ Aumentare l'efficacia degli interventi



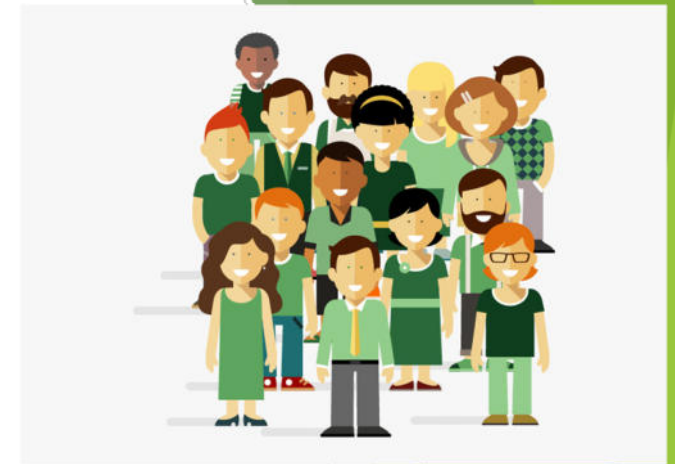
# Siamo nella stessa Azienda (a Milano dall'aprile 2017)

- ▶ Non solo, siamo nello stesso Dipartimento
- ▶ Cambiamento che coinvolge tutto il DSMD
- ▶ Valorizzare culture e paradigmi
- ▶ Mission comune fortemente orientata al territorio e all'intervento Socio Sanitario
- ▶ In una logica che vede ognuno di noi NON come portatore di nuovi problemi bensì di nuove soluzioni, integrando gli strumenti clinici e assistenziali specifici di ognuna delle aree coinvolte



# Multidisciplinari e integrati

- ▶ L'integrazione all'interno del DSMD è la prima da mettere in gioco (associandola a Consultori e Pediatria)
- ▶ L'appartenenza allo stesso Dipartimento crea un più ampio contesto clinico molto utile per affrontare sinergicamente gli aspetti psichici comorbili
- ▶ Tutto ciò senza nulla togliere alla specificità dell'intervento nelle Dipendenze, inteso come socio-sanitario, in cui la presenza di altre professioni e di medici con specialità dell'area internistica risulta prezioso e irrinunciabile rispetto alla multimodalità dell'intervento e alle patologie «organiche» concomitanti (vedi «caso» di alcuni concorsi per le Dipendenze in cui erano richiesti solo psichiatri)



# ASST Fatebenefratelli Sacco- primo step

- ▶ Ciò che era auspicato ha cominciato a realizzarsi: culture che si confrontano, eventi formativi in comune, gruppi di lavoro su prassi operative per la gestione dei pazienti complessi già in carico
- ▶ Aree di lavoro/confronto clinico con Consultori, CPS, NPIA e Pediatria per i casi in comune, a presa in carico multipla
- ▶ Individuazione di strumenti condivisi per l'inquadramento del paziente; nel caso dei minori:
  - ▶ La SCHEDA INTERSERVIZI strumento agile che accompagna il paziente nell'invio verso il SerD/NOA con una serie d'informazioni utili, compreso il punteggio del CRAFFT
  - ▶ CRAFFT (problema serio se almeno due sì):
    - ▶ CAR
    - ▶ RELAX
    - ▶ ALONE
    - ▶ FORGET
    - ▶ FRIENDS
    - ▶ TROUBLE



# Diagnosi precoce nei giovani

Necessario chiedersi verso quale direzione orientare la «diagnosi precoce»

- Verso un consumo di sostanze agli esordi? (focalizzando l'intervento nell'area specifica delle Dipendenze)
- Verso l'esordio di precoci quadri psicopatologici che potrebbero facilmente esitare in una comorbidità sulle Sostanze o esserle associato già in fase precoce



# Ambulatorio SMART - secondo step

## ► Diagnosi precoce

- Quadri psicopatologici all'esordio

## ► Sfida

- Creare nuovi contesti di lavoro, comuni e innovativi
- Promuovere e sviluppare l'integrazione inter-Servizi come strumento da opporre all'evoluzione negativa del paziente



# Ambulatorio SMART

- ▶ Ambulatorio per la Stadiazione delle Manifestazioni Affettive e loro Riconoscimento nel Tempo
- ▶ Servizio sovrazonale - consulenza di II° livello per l'effettuazione di diagnosi/stadiazione di persone a rischio o affette da disturbo affettivo
- ▶ Rivolto a ragazzi di età compresa tra i 12-21 anni
- ▶ Invio subordinato alla presenza di alcune condizioni (alterazione dell'umore, fattori di rischio di patologia affettiva, irritabilità, impulsività, disturbi del sonno, uso alcol/sostanze)
  - ▶ Prima visita (NPI o Psichiatra)
  - ▶ Visite Psicologiche
  - ▶ Visite Medico delle Dipendenze
  - ▶ Incontro di restituzione/relazione finale/programmazione controlli successivi



# Lo sviluppo successivo

- ▶ I primi due step avevano già permesso di raggiungere importanti risultati:
  - ▶ Incontro e osmosi tra le diverse culture disciplinari
  - ▶ Riduzione delle resistenze
  - ▶ Promozione di iniziative coerenti con il percorso d'integrazione intrapreso
  - ▶ Promozione di attività in aree di lavoro innovative e comuni
- ▶ Il passaggio successivo richiedeva un' «occasione» che desse la possibilità di fare un ulteriore passo avanti:
  - ▶ Ingaggio dei Servizi e non solo di singoli Professionisti in un'attività sia innovativa e comune ma anche rivolta a pazienti nuovi per tutte le Strutture coinvolte





# Sintesi

Per favorire il percorso d'integrazione, nella nostra esperienza, è stato utile avere una visione di medio periodo operando su un gradiente progressivo di complessità, rispettando i tempi dei Professionisti e dei Servizi per superare le iniziali resistenze e ingaggiarsi progressivamente. Sono stati fondamentali tre passaggi:

- ▶ **Rassicurare e aumentare la motivazione** puntando a obiettivi iniziali semplici, di facile raggiungimento
  - ▶ Non arrivano pz nuovi da nessuna parte, ognuno continua a lavorare come prima
  - ▶ Prassi operative per la gestione dei pazienti complessi già in carico
- ▶ **Creare nuovi contesti di lavoro**, comuni e innovativi
- ▶ Sviluppo di un'**integrazione complessa** che coinvolge direttamente i Servizi e non i singoli professionisti in un **contesto d'azione nuovo e su nuovi pazienti**



# Conclusioni



- ▶ Medicina e intervento sempre più «di sistema»
- ▶ Allontanarsi dalla visione verticale mono specialistica che presuppone lo spacchettamento del paziente e del suo quadro clinico in «parti» coerenti con il modello organizzativo tradizionale
- ▶ Integrare, contaminare, dare spazio alle contraddizioni → accettare sia la complessità dei pazienti che il poter essere sistemi di cura complessi, caratterizzati da numerosi elementi e interconnessioni, che co-evolvono con i fenomeni di cui si occupano
- ▶ La co-evoluzione (sopravvivenza → mantenimento di efficacia) richiede un cambiamento di paradigma
- ▶ Passare da un modello di gestione classico che punta alla stabilità (ridurre la complessità)
- ▶ A un modello di gestione complesso che punta all'elasticità (assorbire la complessità)



**Grazie per l'attenzione**

**[edoardo.cozzolino@asst-fbf-sacco.it](mailto:edoardo.cozzolino@asst-fbf-sacco.it)**