



FASI DEL PERCORSO

Inquadramento diagnostico:

Per confermare la doppia diagnosi ci si avvale di una approfondita valutazione preliminare effettuata presso i vari servizi coinvolti: CSM, Ser.D., NPI.

Il paziente che accede ad uno dei suddetti servizi, successivamente ad un primo colloquio di accoglienza, viene sottoposto a visita medico-psichiatrica (con eventuale prescrizione di esami ematochimici e tossicologici), a valutazione sociale e a valutazione psicologica tramite colloquio clinico e l'ausilio di scale e strumenti testologici.

Per i minori viene garantita una approfondita valutazione bio-psico-sociale dell'ambiente e della famiglia, coinvolta attivamente nel percorso diagnostico e di cura.

Qualora il sospetto diagnostico venga confermato, l'équipe multidisciplinare si riunisce per l'elaborazione di un Progetto Terapeutico Assistenziale Individualizzato (PTAI) da condividere con il paziente e/o con la famiglia o l'esercente la responsabilità genitoriale nel caso di minori.

Trattamento:

Il trattamento può essere sia di tipo *ambulatoriale* sia *residenziale*.

Il trattamento ambulatoriale, secondo il PTAI prevede:

- colloqui motivazionali effettuati presso i Ser.D.;
- visite medico-psichiatriche di controllo effettuate presso i CSM, i Ser.D. e gli ambulatori di neuropsichiatria infantile (NPI) con eventuale prescrizione farmacologica di farmaci antipsicotici, stabilizzatori dell'umore, ansiolitici, antidepressivi e anti-craving;
- monitoraggio tossicologico presso i Ser.D.;
- colloqui sociali effettuati presso i CSM e Ser.D.;
- colloqui di sostegno psicologico, psicoterapia individuale, familiare o di coppia effettuati presso i CSM, gli ambulatori di Psicologia Clinica, i Ser.D. ognuno per le proprie competenze;
- interventi di parent training familiare presso la NPI;
- colloqui psicologici e psicoterapia ai minori

Il trattamento residenziale si propone quando si riscontra che il trattamento ambulatoriale non sia sufficiente a determinare una condizione di stabilità.

Consiste, pertanto, nell'inserimento del paziente in comunità a doppia diagnosi, percorso condiviso dal paziente stesso su proposta dell'équipe multidisciplinare.

La struttura più idonea al caso viene individuata dal Responsabile dell'unità operativa SPARS (struttura psichiatrica per attività residenziale e semiresidenziale) dopo la ricezione di una accurata relazione effettuata dal case manager, su proposta dell'équipe multidisciplinare. La proposta viene condivisa con i direttori o responsabili dei servizi coinvolti.

Durante tutto il percorso di trattamento di tipo ambulatoriale vengono forniti interventi strutturati mirati alla prevenzione di ricadute, alla rivalutazione dei casi trattati e alla verifica del PTAI mediante riunioni dell'équipe multidisciplinare. In caso di inserimento comunitario l'andamento del percorso è valutato sulla base delle relazioni periodiche inviate dagli operatori della Comunità ai servizi interessati.



REGIONE BASILICATA
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE



SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) NELLA DOPPIA DIAGNOSI: DISTURBO PSICHIATRICO E DISTURBO DA DIPENDENZE PATOLOGICHE



Gentile Sig.ra/re,

desideriamo fornirLe alcune indicazioni che ci auguriamo possano aiutarla a comprendere il percorso che Le verrà proposto presso i Centri di Salute Mentale (C.S.M.), i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) e gli ambulatori di Neuropsichiatria Infantile (N.P.I.) di questa Azienda Sanitaria (ASP) che seguono i pazienti affetti da Disturbo Psichiatrico e Disturbo da Dipendenze Patologiche.

Naturalmente queste brevi note non si sostituiranno alle più precise informazioni relative al Suo singolo caso che Le verranno direttamente fornite dai professionisti sanitari che incontrerà, cui potrà rivolgere le domande che riterrà opportune.

La costruzione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) ha l'obiettivo di definire il percorso clinico ed organizzativo ottimale di interventi di medici, infermieri, tecnici e altro personale sanitario per arrivare in tempi rapidi alla diagnosi, prendere decisioni, definire il trattamento opportuno ed organizzare in modo condiviso l'assistenza assicurando la qualità delle cure e l'utilizzo appropriato di tutte le risorse disponibili per garantire la soddisfazione dei pazienti.

Nel PDTA vi è, dunque, una "presa in carico" del paziente che diventa parte attiva e centrale di un percorso multidisciplinare di cura creato allo scopo di aumentare la qualità delle cure, promuovere la continuità dell'assistenza basata su evidenze scientifiche, favorire la collaborazione di tutti i professionisti coinvolti, aumentare la soddisfazione dei pazienti ottimizzando le risorse.

La Doppia Diagnosi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la Doppia Diagnosi come la coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico.

Quando parliamo di doppia diagnosi facciamo riferimento ad una particolare condizione clinica in cui coesistono il quadro di dipendenza o abuso di droghe (ad esempio eroina, cocaina, alcol o farmaci) e un disturbo psichiatrico. La doppia diagnosi è una condizione purtroppo frequente in psichiatria. Infatti è stimato che circa il 50% dei pazienti schizofrenici o con disturbi psichiatrici gravi sviluppino una qualche forma di dipendenza da droghe (Regier et al., 1990).

Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti sottolineano come i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente.

Alcuni pazienti con doppia diagnosi sviluppano un disturbo psichiatrico secondario all'abuso di sostanze. Possono essere pazienti che hanno sviluppato disturbi d'ansia o dell'umore secondari alla condizione di abuso o alle conseguenze dell'abuso (perdita del lavoro, delle relazioni sociali e familiari etc). Inoltre, come ben documentato dagli studi di neuroimaging, l'utilizzo di sostanze stupefacenti può creare danni irreversibili al sistema nervoso centrale, con conseguenti problematiche psichiche e comportamentali anche molto gravi.

Un secondo gruppo di pazienti con doppia diagnosi può invece presentare una diagnosi psichiatrica primaria precedente all'abuso di sostanze. Lo stato di sofferenza psichica può, in questi pazienti, rappresentare un fattore di rischio per sviluppare una dipendenza patologica (Bakken et al., 2001). Infatti l'utilizzo di sostanze può anche essere interpretato come un tentativo, da parte di questi pazienti, di auto-cura del disturbo psichiatrico primario.

Un terzo gruppo di pazienti con doppia diagnosi invece presenta parallelamente un disturbo psichiatrico e un abuso o dipendenza da sostanze. In questi casi è "come se" il paziente sviluppasse i due disturbi in modo autonomo e indipendente.

La condizione dei pazienti con doppia diagnosi richiede un lavoro di rete tra servizi psichiatrici territoriali, servizi per le dipendenze e servizi ospedalieri.

I destinatari del percorso sono gli utenti per i quali viene formulata una Doppia Diagnosi, i loro familiari, persone significative per il paziente e le realtà territoriali (Enti, Istituzioni, Associazioni, Gruppi locali di sostegno, Organizzazioni di Volontariato) che possono diventare risorse significative.

Il Target d'età di pazienti con Doppia Diagnosi a cui si rivolge l'équipe multidisciplinare della Azienda Sanitaria ASP, è ≥ 12 anni. I pazienti di età ≥ 18 anni afferiscono ai CSM, quelli di età ≥ 12 anni e < 18 ai servizi di NPI. Ai SER.D. competono tutti i pazienti indipendentemente dall'età.

Per ogni paziente con doppia diagnosi si costituisce una équipe multidisciplinare formata da diversi specialisti coinvolti nella cura del paziente (medici di medicina generale, psichiatri o neuropsichiatri infantili, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori professionali) operanti nelle cure primarie, nei CSM o servizi di NPI e Ser.d aziendali territorialmente competenti.

Questi professionisti si confrontano e si riuniscono con regolarità allo scopo di discutere insieme il caso del paziente e prendere le migliori decisioni possibili per la sua cura ed assistenza.

L'accesso ai servizi avviene con le modalità seguenti:

• C.S.M.

Si accede previa impegnativa del Medico di Medicina Generale, tramite contatto telefonico oppure direttamente di persona dal lunedì al venerdì (Potenza, Villa d'Agri, Vulture Melfese), dal lunedì al sabato presso il CSM di Lauria. L'accoglienza viene fatta dall'infermiere o dall'assistente sociale.

La prenotazione delle visite specialistiche avviene tramite CUP c/o i CSM di Potenza e Villa d'Agri e per il CSM Vulture- Melfese per le visite di controllo. Le visite c/o il CSM di Lauria e la prima visita c/o il CSM Vulture-Melfese avviene tramite contatto telefonico. Le impegnative sono regolarizzate c/o il CUP prima della visita.

Per gli accessi in urgenza viene garantito il colloquio d'accoglienza in giornata o al massimo entro 3 gg lavorativi per il CSM di Villa d'Agri.

• Ser.D.

Il paziente accede tramite appuntamento telefonico dal lunedì al venerdì. Se il paziente accede direttamente al Servizio il colloquio di accoglienza viene garantito il giorno stesso.

• N.P.I.

Si accede al servizio mediante una prima visita con impegnativa del MMG o del PLS con visita prenotabile su agenda dedicata CUP secondo i codici di priorità B, D, P.