

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 1 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Per Applicazione

CSM di Lauria, Potenza, Villa d'Agri e Vulture
Melfese

Ser.D di Melfi, Potenza, Villa d'Agri e Lagonegro
SPDC di Potenza e Villa d'Agri

Ambulatori di Neuropsichiatria Infantile di
Melfi, Venosa, Potenza, Lauria, Senise

Medici di medicina generale

Per Conoscenza

Dipartimenti e unità operative POD aziendali

Distretti della Salute

INDICE

1. Analisi del contesto e motivazioni che sostengono la scelta della problematica clinica.....	2
2. Scopo.....	3
3. Tipologia dei pazienti oggetto del PDTA e i criteri di inclusione/esclusione.....	3
4. Strutture coinvolte nella costruzione e aggiornamento del PDTA: gruppo di lavoro e responsabilità...	3
5. Gruppo multidisciplinare (GDM) per la discussione dei casi e tipologia dei pazienti discussi.....	4
6. Terminologia e abbreviazione.....	4
7. Descrizione dei processi clinici ed organizzativi.....	5
7.1 flow chart.....	5
7.2 key interventions.....	6
7.3 matrice delle attività.....	50
8. Interfaccia ospedale-territorio.....	81
9. Modalità di comunicazione con pazienti, familiari e associazioni.....	82
10. Monitoraggio del PDTA: indicatori e standard.....	83
11. Pianificazione azioni di miglioramento.....	92
12. Bibliografia di riferimento.....	92

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 2 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

	Data:	REDATTO DA:	Pagine modificate	Tipo di modifica	Verificato da: FIRMA	Approvato da: FIRMA
0		v. gruppo di lavoro	/	Prima stesura		
REV:	Data:	REVISIONATO DA:	Pagine modificate	Tipo di modifica	Verificato da: FIRMA	Approvato da: FIRMA
1						
2						

1. Analisi del contesto e motivazioni che sostengono la scelta della problematica clinica

L'alcolismo e le tossicodipendenze hanno costituito per lungo tempo e fino ai primi anni '70 un terreno di chiara pertinenza medico-psichiatrica. In Italia parallelamente all'avvio del processo di deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici, le dipendenze patologiche e i ser.d si sono costituiti come disciplina ed istituzione autonome, con filosofie e pratiche di intervento proprie, nonché con scarsi contatti con il resto del mondo psichiatrico.

Questo stato di cose ha grandemente penalizzato quei pazienti che più spesso sono stati rifiutati da entrambe le istituzioni di cura (CSM e Ser.D). All'inizio degli anni '90 negli Stati Uniti si è cominciato ad individuare questo come uno dei principali problemi di salute pubblica e ad oltre dieci anni di distanza si è accumulata una vasta mole di ricerche cliniche, epidemiologiche e di sperimentazioni di modalità di trattamento che ha grandemente ampliato la comprensione di queste condizioni divenute note sotto il nome di Doppia Diagnosi. Anche in Italia si sta espandendo la consapevolezza dell'importanza quantitativa del problema e della carenza di risposte concrete per questi pazienti che sono diventati sinonimo di problematicità.

E' possibile creare una cultura teorica ed operativa comune ai servizi psichiatrici e per le dipendenze patologiche e che anzi questa è un'operazione indispensabile per il corretto operare di entrambi i settori in un'ottica di salute pubblica. Pertanto, alla luce di tale considerazione, l'ASP ha inteso migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da doppia diagnosi (disturbo psichiatrico e disturbo da dipendenze patologiche) organizzando uno specifico corso di formazione all'interno del quale i professionisti dei servizi che vi hanno preso parte si sono dedicati all'implementazione e sviluppo del PDTA sulla Doppia Diagnosi, rendendo possibile la sua realizzazione.

Nella provincia di Potenza la Doppia Diagnosi è diagnosticata e curata nei servizi afferenti al dipartimento di salute mentale: servizi per le dipendenze (Ser.D) di Melfi, Potenza, Villa d'Agri e Lagonegro, i centri di salute mentale (CSM) Vulture-Melfese, ubicato a Rionero, Potenza, Villa d'Agri e Lauria, nei servizi di neuropsichiatria infantile di Potenza, Melfi, Lauria e Senise e per le attività di ricovero i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) ubicati negli ospedali di Potenza e Villa d'Agri.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 3 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

2. Scopo

Il PDTA Doppia Diagnosi è finalizzato ad uniformare i comportamenti dei professionisti nella gestione clinica e psicosociale dei pazienti con doppia diagnosi garantendo risposte univoche e coordinate sulla base delle evidenze scientifiche, adattate al contesto della provincia di Potenza, e del linguaggio comune dei professionisti, assicurando integrazione tra i servizi, continuità assistenziale ed efficienza delle risorse necessarie all'attuazione del percorso, per soddisfare le esigenze attese dal paziente.

3. Tipologia di pazienti oggetto del PDTA e i criteri di inclusione\esclusione

Pazienti ≥ 12 anni con doppia diagnosi (disturbo psichiatrico e disturbo da dipendenze patologiche). I pazienti ≥ 12 anni e < 18 anni sono seguiti dai servizi di neuropsichiatria infantile e dal Ser.D, i pazienti di età ≥ 18 anni dai Centri di Salute Mentale, dai Ser.D. e ambulatori di psicologia clinica

4. Strutture coinvolte nella costruzione e aggiornamento del PDTA: gruppo di lavoro e responsabili

Agriesti Giuseppina, medico tossicologo ser.d Potenza – Amato Immacolata, psicologa consultorio familiare Lauria - Armenti Elisabetta A.M.P, medico ser.d Lagonegro – Claps Angela, infermiera ser.d Melfi – Cristiano Rosa, coordinatrice infermieristica CSM Potenza – Critone Daniale, infermiera CSM Villa d'Agri – Curatella Beatrice M.G., assistente sociale CSM Vulture Melfese – Faruolo Pasqualina, educatore professionale CSM Potenza – Filardi Antonia N., psicologa u.o.s.d. psicologia clinica Lagonegro – Fiorillo Cristian, neuropsichiatra infantile DSB Potenza - Fittipaldi Elvira A.R. coordinatrice infermieristica CSM Lauria – Germano Antonietta, assistente sociale ser.d Potenza – Giordano Egidio, medico di medicina generale - Grisi Stefania, psicologa servizio di neuropsichiatria infantile DSB Potenza - Iannone Claudia, psicologa CSM Vulture Melfese – Labanca Nicoletta, psicologa CSM Lauria – Lacapra Irene, neuropsichiatra infantile DSB Potenza - Lijoi Sergio, psichiatra CSM Villa d'Agri e ser.d Potenza - Malerba Francesca, psichiatra ser.d Melfi, TEAM LEADER CLINICO PDTA – Marmo Giuseppe, psicologo servizio di neuropsichiatria infantile DSB Melfi e Venosa - Mastromartino Maria T., educatrice professionale ser.d Melfi, TEAM LEADER ASSISTENZIALE PDTA – Piras Luciangela, psicologa servizio di neuropsichiatria infantile DSB Potenza - Pompilio Vito, psichiatra CSM Lauria – Pragliola Ilenia, psicologa consultorio familiare Lagonegro - Renzi Marisa, psicologa ser.d Potenza - Rufo Maria, infermiera ser.d Potenza – Sabia Sonia, educatrice professionale SPARS Potenza – Scarfiello Angela, infermiera SPDC ospedale di Potenza - Solimando Sesto, coordinatore infermieristico SPDC Ospedale Villa d'Agri – Summa Nicolina, psichiatra, responsabile f.f. SPDC Potenza –Tabino Donata, assistente sociale CSM Potenza e SPDC di Potenza e Villa d'Agri – Tortorella Giuseppina, assistente sociale ser.d Lagonegro – Verrastro Maria A.F., psichiatra, responsabile CSM Vulture Melfese – Viceconti Anna T., educatrice professionale CSM Lauria – Viola Vincenzo A. coordinatore infermieristico ser.d Lagonegro – Visco Monica, psicologa consultorio familiare Senise -

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 4 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Tutor PDTA: Falanga Lucia A., dirigente coordinatrice attività per l'Accreditamento Azienda Sanitaria Potenza

5. Gruppo multidisciplinare (GDM) per la discussione dei casi e tipologia dei pazienti discussi

(v. key valutazione multidisciplinare)

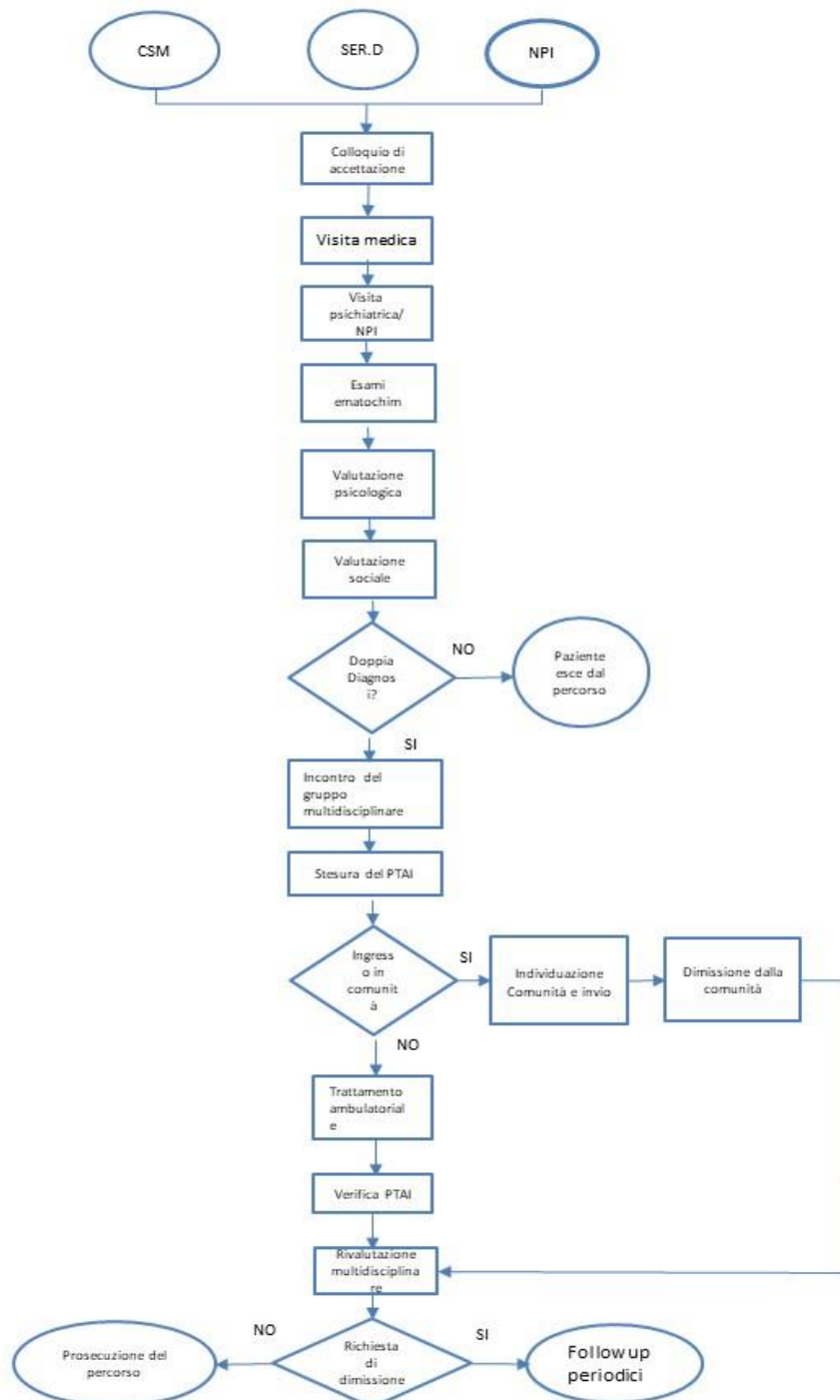
6. Terminologia e abbreviazioni

AIFA: agenzia italiana del farmaco
AOR: Azienda Ospedaliera Regionale
CSM: centro di salute mentale
DD: doppia diagnosi
DSM V: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali
FDA: Food and Drug Administration
LAI: long acting injectable
MMG: medico di medicina generale
NICE: national institute for health care excellence
NIDA: national institute on drug abuse
NPI: neuropsichiatra infantile
OSM: organizzazione mondiale della sanità
PLS: pediatra di libera scelta
POD: presidio ospedaliero distrettuale
SCID: intervista clinica strutturata per DSM-IV-V
SCL 90: symptom check list 90
Ser.d: servizio per le tossicodipendenze
SNC: sistema nervoso centrale
SOGS: south oaks gambling screen
SPARS: strutture psichiatriche per attività residenziali e semiresidenziali
VGF: global assessment of functioning

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 5 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

7. Descrizione dei processi clinici ed organizzativi

7.1 flow chart



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 6 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

7.2 key interventions

MACROFASE INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Adulti (≥ 18 anni)

- 1-Colloquio di accettazione utente
- 2-Valutazione clinica del medico del SERD
- 3-Valutazione psichiatrica
- 4-Valutazione sociale
- 5-Valutazione psicologica
- 6-Esami ematici e tossicologici

Minori ($\geq 12 < 18$)

- 7-Valutazione neuropsichiatrica infantile (comprende il colloquio di accettazione)
- 8-Valutazione biopsicosociale dell'ambiente e della famiglia del minore
- 9-Valutazione psicologica minori
- 10-Valutazione clinica del medico del SERD (v. key intervention descritto per adulti)
- 11-Esami ematici e tossicologici (v. key intervention descritto per adulti)

MACROFASE TRATTAMENTO

- 1-Valutazione multidisciplinare
- 2-Progetto terapeutico clinico assistenziale individualizzato
- 3- Colloquio motivazionale
- 4- Terapia farmacologica
- 5-Visita di controllo del medico SERD e Monitoraggio tossicologico
- 6-Colloquio sociale
- 7-Verifica del progetto terapeutico
- 8-Inserimento in comunità terapeutiche residenziali di adulti e minori con doppia diagnosi

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 7 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Adulti (≥ 18 anni)

9-Visita psichiatrica di controllo

10-Sostegno psicologico

11- Psicoterapia individuale, di coppia e familiare

Minori (≥ 12 < 18)

12-Visita neuropsichiatrica infantile di controllo

13-Psicoterapia individuale e/o familiare minori

14-Parent-training

MACROFASE FOLLOW UP

Adulti (≥ 18 anni)

1-Rivalutazione multidisciplinare

2-Prevenzione ricadute

Minori (≥12 < 18)

3-Rivalutazione multidisciplinare

4- Prevenzione ricadute

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 8 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

MACROFASE INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Adulti (≥ 18 anni)

COLLOQUIO DI ACCETTAZIONE UTENTE

Descrizione

L'accoglienza è il primo contatto dell'utente e/o della famiglia con il SERD (Servizio per le Dipendenze) o il CSM (Centro di Salute Mentale), rappresenta un momento cruciale, ad essa va prestata la massima attenzione e cura, è determinante per un lavoro efficace e l'esito del trattamento (rif. Bibl. 6).

Il paziente con ipotesi diagnostica di "Doppia Diagnosi" (disturbo mentale e disturbo da uso di sostanze e addiction) viene accolto dagli operatori preposti che effettuano una prima valutazione rispetto all'appropriatezza della domanda e alla disponibilità al cambiamento. La persona deve avere il tempo e lo spazio per poter presentare liberamente la propria problematica e le aspettative sul trattamento. Gli operatori presentano la propria organizzazione e illustrano la finalità della Valutazione Diagnostica quale momento necessario per la definizione degli obiettivi e del piano di Trattamento, predispongono un calendario di appuntamenti finalizzato al rilevamento e graduazione di problemi, all'approfondimento diagnostico.

Qualora la persona sia stata inviata e/o accompagnata da altri Servizi, occorrerà valutare gli elementi di conoscenza già posseduti da quegli attori, concorrendo questi alla più completa analisi della domanda e alla prima costruzione di una rete integrata di presa in carico.

Gli strumenti sono: colloquio, test per valutare la disponibilità al cambiamento, test SAAS, test per il grado di astinenza, esami tossicologici, visita medica, test DSM

Si declina in

1. Ascolto-analisi della domanda (primo inquadramento della situazione problematica, valutazione della motivazione al cambiamento e del grado di consapevolezza, analisi e ridefinizione delle aspettative del paziente e della famiglia rispetto al Servizio)
2. Presentazione del Servizio informazioni sull'organizzazione e offerte terapeutiche (fornire informazioni complete, adeguate alle esigenze dell'utente, sulla patologia mentale e sull'abuso di sostanze e sulla gestione di entrambe le condizioni, per garantire il consenso informato)
3. Acquisizione autorizzazione al trattamento dati sensibili
4. Presentazione del percorso diagnostico e terapeutico, fornendo informazioni, scritte e/o verbali, adeguate al livello di comprensione dell'utente
5. Verifica della presenza di eventuali urgenze cliniche

La valutazione psicologica e la valutazione sociale assumono importanza nella fase di Accoglienza, concorrendo alla analisi della domanda, alla identificazione delle reti personali.

Altro punto essenziale è fissare i successivi appuntamenti per la valutazione di secondo livello con gli operatori individuati.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 9 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

A chi è rivolto: Adulti con ipotesi diagnostica di "Doppia Diagnosi" (disturbo mentale e disturbo da uso di sostanze e addiction)

Gli operatori che eseguono il colloquio devono ricevere la persona che si rivolge al Servizio nel modo migliore, garantendo che i colloqui si svolgano in ambienti in cui è possibile mantenere la riservatezza, la privacy e la dignità, evitando il linguaggio clinico senza una spiegazione adeguata (linee Guida Canadesi Raccomandazione 2 -Linee guida NICE con forza: STRONG).

Quando si lavora con adulti e minori con ipotesi diagnostica di "Doppia Diagnosi" l'operatore deve prendersi del tempo per coinvolgere la persona sin dall'inizio e costruire una relazione empatica e rispettosa, utilizzando un approccio non giudicante, flessibile e motivazionale ricordando che lo stigma e la discriminazione sono associati sia al disturbo Psichiatrico che ai disturbi additivi (con e senza sostanze). (Linee Guida Canadesi Raccomandazione 1 Linee guida NICE con forza: STRONG]

L'operatore deve offrire informazioni scritte e verbali ad adulti e giovani, adeguate al loro livello di comprensione, sulla natura e il trattamento sia del disturbo mentale che del disturbo da uso di sostanze, informazioni e consigli sui rischi associati [all'uso] della sostanza e sull'impatto negativo che può avere sull'esperienza e sulla gestione della psicosi. (Linee Guida Canadesi Raccomandazione 5 Modificato dalle Linee guida NICE con forza: STRONG]

Gli operatori coinvolti nell'accoglienza e prima visita sono due, di cui uno di area psicosociale ed uno di area medica, di grande esperienza ed adeguatamente formati. Possono corrispondere a due attività successive gestite da professionalità specifiche, ovvero possono essere contemporanee con la copresenza delle due professionalità.

Razionale

Finalità dell'Accoglienza e Prima Visita: Assicurare una corretta analisi della domanda, stabilirne la pertinenza, valutare l'urgenza e preparare l'utente alla fase diagnostica approfondita e terapeutica successiva.

Dalla letteratura emerge che:

I Servizi per le Dipendenze, i Servizi di Salute Mentale degli adulti e i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza impegnano la loro attività sulla specificità e appropriatezza degli interventi, sulla centralità della persona. (Carta dei Servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction).

Le linee Guida Canadesi raccomandano di Garantire il consenso informato per il trattamento (Raccomandazione 31 Modificato dalle linee guida NICE (Strong). Le raccomandazioni della linea guida Noce sono state esplicitate nella descrizione.

Fonte

1-Canadian schizophrenia Guidelines. Schizophrenia and other psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders, 2017.

2-NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 10 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

3-Dual diagnosis good practice guide, 2002.

4-dipendenze e disturbi psichiatrici: esperienze italiane a confronto a cura di Matteo Ameglio e Luca Canestri, 2007

5- "Il Dipartimento per le Dipendenze: indicazioni e linee tecniche" Giovanni Serpelloni et altri Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

6-Dipendenze: la qualità della cura nei Servizi- Clinica delle Dipendenze e dei Comportamenti di Abuso/testi- Celeste Franco Giannotti ed: Franco Angeli- 2014

7-Linee di indirizzo su "Interventi di informazione, prevenzione, formazione, e definizione del PDTA GAP" Toscana

8-Carta dei Servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction - D'Egidio- FederSerd, Carpinello-SIP, Costantino –SINPIA)

VISITA CLINICA DEL MEDICO SER.D.

Descrizione

Destinatari: Utenti con DUS (Disturbo da uso di sostanze) e patologia psichiatrica inviati dall'operatore dell'accoglienza

La visita medica include:

- Un'anamnesi tossicologica dettagliata dell'uso di sostanze presente e passato (età primo uso, modalità, frequenza, quantità, via di somministrazione) e dei loro effetti sul funzionamento psicofisico
- Anamnesi medica comprendente disturbi psichici ed eventuali pregressi trattamenti per patologie psichiatriche
- Anamnesi familiare con particolare riguardo a patologie psichiatriche e da dipendenza
- Esame obiettivo con eventuale riscontro di segni e/o sintomi di assunzione di sostanze stupefacenti (eventuale utilizzo di scale di valutazione astinenziale VAS, CIWA, OOWS, SOWS)
- I test antidroga devono essere presi in considerazione nei servizi ospedalieri come parte della valutazione e della pianificazione del trattamento per adulti e giovani con psicosi e disturbi da uso di sostanze coesistenti.
- Screening tossicologico sorvegliato da un operatore sanitario per determinare il tipo di sostanze utilizzate
- Screening ematico per eventuali patologie internistiche correlate
- In caso di dipendenza da oppioidi induzione terapia farmacologica sostitutiva
- La ricerca di prove corroboranti della dipendenza da famiglia, accompagnatori o altre persone significative dove ciò è possibile e con l'autorizzazione dell'utente stesso.
- l'offerta di informazioni e consigli sui rischi associati all'abuso di sostanze e sull'impatto negativo che può avere sull'esperienza e sulla gestione della patologia psichiatrica, comprendente: 1) i rischi per la salute fisica ad esempio, crisi da astinenza, delirium tremens, virus trasmessi per via ematica, sovradosaggio accidentale e interazioni con i farmaci prescritti 2) la conoscenza dell'impatto che l'uso di sostanze può avere su altri rischi come autolesionismo, suicidio, negligenza, violenza, abuso di o da parte di altri, sfruttamento, lesioni accidentali e comportamento offensivo.

	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 11 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Per il trattamento farmacologico della dipendenza da oppiacei i medici devono offrire trattamenti disintossicanti, di mantenimento con agonisti degli oppiacei e con antagonisti degli oppiacei (naltrexone), ma alla maggior parte dei pazienti deve essere consigliato il ricorso al trattamento di mantenimento con agonisti degli oppiacei.

Nella fase di induzione metadonica, la dose iniziale giornaliera deve dipendere dal livello di neuroadattamento, non deve superare, in genere, i 20 mg e certamente non deve essere superiore a 30 mg. In media, le dosi di metadone per il mantenimento devono essere comprese nell'intervallo di 60 – 120 mg al giorno.

Le dosi medie di buprenorfina per il mantenimento devono essere di almeno 8 mg al giorno.

Deve essere previsto un sistema di monitoraggio per la sicurezza del servizio terapeutico, compresa la portata del fenomeno di diversione del farmaco.

Devono essere previste, inoltre, visite mediche periodiche con l'ausilio del self report e degli esami tossicologici urinari per la valutazione dei trattamenti somministrati

Razionale

Una corretta anamnesi tossicologica è importante in chi usa attivamente sostanze per l'influenza che esse esercitano sul funzionamento psichico. Nei periodi di utilizzo delle sostanze è inoltre nota la difficoltà nel riuscire a differenziare tra sintomi primari e sintomi derivati dall'uso di sostanze per questo motivo sarebbe molto importante, benché difficile da ottenere, completare l'iter diagnostico in un periodo di astinenza o di forte riduzione dell'uso di sostanze (NIDA). Oltre all'indagine accurata sulle sostanze utilizzate si dovrebbero considerare i dati anamnestici forniti dai familiari.

Le linee guida dell'OMS invitano ad eseguire una valutazione individuale accurata, che includa: anamnesi (trattamenti pregressi; anamnesi medica e psichiatrica; condizioni di vita; stato legale; situazione lavorativa; fattori sociali e culturali che possano influenzare il ricorso alla sostanza); esame clinico (valutazione dei segni di intossicazione/astinenza); e, se necessario, indagini di laboratorio (test antidroga delle urine, HIV, HCV, HBV, TBC, funzionalità epatica). Il test antidroga delle urine deve essere disponibile per l'uso in una fase iniziale di valutazione, quando non sia possibile verificare in altro modo una storia recente di dipendenza da oppioidi (ad esempio, attraverso segni di astinenza o intossicazione da oppiacei). Raccomandazione forte

Inoltre le linee guida dell'OMS prevedono nella fase di induzione metadonica, la dose iniziale giornaliera deve dipendere dal livello di neuroadattamento; non deve superare, in genere, i 20 mg e certamente non deve essere superiore a 30 mg. In media, le dosi di metadone per il mantenimento devono essere comprese nell'intervallo di 60-120 mg al giorno. Le dosi medie di buprenorfina per il mantenimento devono essere di almeno 8 mg al giorno. Raccomandazione forte

La letteratura scientifica invita a condurre una valutazione della dipendenza da sostanze [linea guida clinica NICE 52] e della dipendenza da alcol [linea guida clinica NICE 115]) e cercare anche prove corroboranti da famiglie, accompagnatori o altre persone significative, dove ciò è possibile e viene dato il permesso.

Le linee guida clinica del NICE 115 consigliano di condurre una valutazione della dipendenza chiedendo alla persona informazioni su quanto segue

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 12 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

- particolare sostanza utilizzata
- quantità, frequenza e modalità di utilizzo
- via di somministrazione
- durata dell'attuale livello di utilizzo. Raccomandazione 13 linee guida canadesi (Raccomandazione forte NICE)

La raccomandazione 13 delle linee guida canadesi invita ad effettuare una accurata anamnesi medica personale e familiare (Raccomandazione forte)

Gli operatori sanitari nei servizi per l'abuso di sostanze dovrebbero essere competenti per riconoscere i segni e i sintomi della psicosi, e intraprendere una valutazione dei bisogni di salute mentale e del rischio sufficiente per sapere come e quando fare riferimento ai servizi di salute mentale (Raccomandazione 14 linee guida canadesi Forte).

Tutti gli operatori sanitari in servizi primari, secondari o specialistici per l'abuso di sostanze che lavorano con adulti e giovani con psicosi dovrebbero offrire informazioni e consigli sui rischi associati all'abuso di sostanze e sull'impatto negativo che tale abuso può avere sull'esperienza e sulla gestione della psicosi (raccomandazione forte n. 5 delle linee guida canadesi riprese da linee guida nice)

È necessario considerare specificamente i rischi aggiuntivi associati all'abuso di sostanze, tra cui:

- rischi per la salute fisica (ad esempio, crisi da astinenza, delirium tremens, virus trasmessi per via ematica, sovradosaggio accidentale e interazioni con i farmaci prescritti) e
- l'impatto che l'uso di sostanze può avere su altri rischi come autolesionismo, suicidio, negligenza, violenza, abuso di o da parte di altri, sfruttamento, lesioni accidentali e comportamento offensivo. (Raccomandazione 14 linee guida canadesi)

La Raccomandazione 20 delle linee guida canadesi invita a monitorare la salute fisica di adulti e giovani con psicosi e consumo concomitante di sostanze e prestare particolare attenzione all'impatto di alcol e droghe (prescritte e non prescritte) sulla salute fisica. Il monitoraggio dovrebbe essere condotto almeno una volta all'anno o più frequentemente se la persona ha una malattia fisica significativa o c'è il rischio di una malattia fisica a causa dell'uso di sostanze.

La Raccomandazione 15 invita a rivedere eventuali cambiamenti nell'uso delle sostanze da parte della persona. Ciò dovrebbe includere cambiamenti nel modo in cui l'uso di sostanze influisce sulla persona nel tempo: modelli di utilizzo, stato mentale e fisico, circostanze e trattamento e infine condividere con l'utente il riepilogo e registrarlo nel piano di assistenza.

I test antidroga dovrebbero essere presi in considerazione nei servizi ospedalieri come parte della valutazione e della pianificazione del trattamento per adulti e giovani con psicosi e disturbi da uso di sostanze coesistenti. [Raccomandazione 39 linee guida canadesi modificato dalle linee guida NICE (Strong)]

I servizi possono avere difficoltà a interagire con persone con coesistenti malattie mentali gravi e abuso di sostanze e questo può portare le persone a perdere gli appuntamenti. Se le persone vengono automaticamente dimesse da un servizio a causa della mancata presenza, possono essere lasciate senza supporto quando sono vulnerabili. È quindi importante che vengano seguiti tempestivamente e attivamente, ad esempio telefonando o visitandoli se salta a un appuntamento, soprattutto dopo il primo

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 13 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

appuntamento mancato. Ciò contribuirà a garantire che rimangano in contatto con i servizi o si impegnino di nuovo rapidamente. (Raccomandazione strong)

Fonte

Brewer, S., Godley, M. & Hulvershorn, L., 2017. Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu?. Curr Psychiatry Rep., Jan, 19(1), p. 5.

Carrà, G. et al., 2015. Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review. Subst Abus, 36(1), pp. 75-81.

Canadian schizophrenia Guidelines. Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders, 2017

D'Egidio, P. F., Carpinello, B. & Costantino, M. A., 2017. Carta dei servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction ("doppia diagnosi"). Roma: FeDerSerD; SIP; SINPIA.

Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei. Pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2009 con il titolo Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence © World Health Organization 2009

NICE guideline, 2016. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. [Online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/>

Nuova rassegna di studi psichiatrici- rivista online di psichiatria. Doppia diagnosi: una revisione sistematica sull'organizzazione dei Servizi sanitari territoriali, Volume 19 - 21 Gennaio 2020

Temmingh, H., Williams, T., Siegfried, N. & Stein, D., 2018. Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, p. Issue 1. Art. No.: CD011057 DOI: 10.1002/14651858.CD011057.pub2.

NIDA. Treatment Approaches for Drug Addiction. Drugabuse.com

www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approachesdrug-addiction.

VALUTAZIONE PSICHIATRICA

Descrizione

I destinatari della valutazione psichiatrica sono utenti con sospetto disturbo psichiatrico e/o Disturbo da uso di sostanze, inviati dall'operatore dell'accoglienza.

La valutazione, indicata anche dall'OMS, è effettuata tenendo conto di quanto segue:

- Esame dello stato mentale
- Un'anamnesi medica generale
- Un'anamnesi familiare relativa ad eventuale presenza di disturbi di interesse psicopatologico
- Una valutazione del temperamento e dei tratti salienti della personalità premorbose

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 14 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

- Una anamnesi psicopatologica individuale completa
- Una anamnesi farmacologica relativa ad eventuali psicofarmacoterapie pregresse
- Colloquio con i familiari, se presenti, per integrare le notizie anamnestiche raccolte

La valutazione diagnostica di cui la persona, intesa come una e indivisibile, deve necessariamente essere accurata, multiprofessionale e approfondita rispetto alle diverse aree funzionali (c.d. "diagnosi integrata multimodale").

Durante la valutazione psichiatrica sono offerte informazioni e consigli sui rischi associati all'abuso di sostanze e sull'impatto negativo che tale abuso può avere sull'esperienza e sulla gestione della psicosi (raccomandazione forte n. 5 delle linee guida canadesi riprese da linee guida nice), nonché su tutti disturbi psichiatrici.

Razionale

La motivazione per la quale si rende necessaria la valutazione psichiatrica è legata alla elevata prevalenza dei disturbi psichiatrici nei pazienti con disturbo da abuso di sostanze e da dipendenze comportamentali.

Difatti, la letteratura scientifica internazionale fin dalla fine degli anni '80 afferma che, in tutto il mondo, il disturbo da uso di sostanze (legali e illegali) è altamente prevalente in persone che soffrono di un disturbo mentale (Carrà, et al., 2015). Recenti ricerche nel Regno Unito (NICE guideline, 2016) hanno rilevato che nei setting di salute mentale la DD ha una prevalenza del 20-37%, mentre nei setting delle dipendenze del 6-15%, pur riferendo che trattasi di tassi sottostimati e che possono variare per genere, etnia e posizione geografica.

A livello internazionale la più recente revisione Cochrane indica che fino al 75% delle persone con un disturbo mentale severo ha sviluppato in realtà una DD (Temmingh, et al., 2018) e il tasso aumenta nei giovani, dove circa il 64-88% di adolescenti con disturbo da uso di sostanze ha almeno uno (e spesso più di uno) problema psichiatrico concomitante, con maggiori disfunzionalità familiari, abbandono scolastico e problemi con la giustizia (Brewer, et al., 2017).

Fonte

Brewer, S., Godley, M. & Hulvershorn, L., 2017. Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu?. Curr Psychiatry Rep., Jan, 19(1), p. 5.

Carrà, G. et al., 2015. Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review. Subst Abus, 36(1), pp. 75-81.

Canadian schizophrenia Guidelines. Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders, 2017

D'Egidio, P. F., Carpiello, B. & Costantino, M. A., 2017. Carta dei servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction ("doppia diagnosi"). Roma: FeDerSerD; SIP; SINPIA.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 15 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei. Pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2009 con il titolo Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence © World Health Organization 2009

NICE guideline, 2016. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. [Online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/>

Nuova rassegna di studi psichiatrici- rivista online di psichiatria. Doppia diagnosi: una revisione sistematica sull'organizzazione dei Servizi sanitari territoriali, Volume 19 - 21 Gennaio 2020

Temmingh, H., Williams, T., Siegfried, N. & Stein, D., 2018. Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, p. Issue 1. Art. No.: CD011057 DOI: 10.1002/14651858.CD011057.pub2.

NIDA. Treatment Approaches for Drug Addiction. Drugabuse.com

www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approachesdrug-addiction.

VALUTAZIONE SOCIALE (SER.D.)

Descrizione

Per valutazione sociale, rivolta a tutti gli utenti con ipotesi di doppia diagnosi, si intendono le azioni volte alla raccolta della storia personale, familiare, sociale e giuridica (diagnosi sociale), valutazione delle risorse individuali e ambientali e del tessuto sociale di appartenenza.

Gli strumenti, per la valutazione sociale sono, oltre Il colloquio sociale, i test previsti dalla Piattaforma MFP della Regione Basilicata, attiva dal 2012, a cui sono collegati tutti gli operatori dei servizi SERD della Basilicata. Questa piattaforma è di supporto nella gestione clinica dei pazienti.

I test previsti sono per la parte sociale: EUROPASI (addiction severity index) intervista semi-strutturata e S. S. A.S. (sistema di valutazione standardizzata degli aspetti sociali della tossicodipendenza).

Sono i test più usati e ad ampio spettro che racchiudono tutte le informazioni importanti.

Razionale

L'EuropASI o ASI, strumento messo a punto negli USA nel 1980 e elaborato in versione Europea dal 1993. La prima pubblicazione in Italia avvenne sul bollettino delle farmacodipendenza del 1995 (7-44) è finalizzata a fornire informazioni importanti in sette aree problematiche: 1) condizione medica; 2) situazione occupazionale/ di sostentamento; 3) uso di alcol; 4) uso di altre sostanze psicoattive; 5) situazione legale; 6) situazione familiare e sociale ; 7) condizione psicologica e psichiatrica.

Il test richiede tempi di somministrazione molto lunghi e comporta un colloquio in media di circa 2 ore.

S.A.S.S. ha l'obiettivo di evidenziare la presenza di problemi sociali e di misurare la gravità attraverso degli indicatori prescelti (situazione personale e sociale e le loro relazioni, interessi personali, rete sociale e tipologia delle relazioni, risorse personal, formative ed autonomia; reddito, situazione abitativa ed ambientale) ottenendo un profilo sintetico.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 16 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Fonte

Serpelloni 1995 sistema sperimentale della valutazione della gravità del td Serpelloni / Taioli

VALUTAZIONE SOCIALE (CSM)

Descrizione

Per la Valutazione del funzionamento sociale c/o il nostro DSM utilizziamo il mini ICF (International Classification of Functioning) e/o il WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) in sostituzione del VGF. Il mini ICF ha un approccio biopsicosociale e si usa nella riabilitazione psichiatrica e psicosociale.

Il WHODAS 2.0 è lo strumento di valutazione aggiornato al DSM 5, misura la salute clinica dell'utente, rileva il funzionamento dei sei domini: 1) attività cognitive - 2) Mobilità - 3) Cura del sé - 4) Relazioni interpersonali - 5) Attività della vita quotidiana - 6) Partecipazione, ovvero prendere parte a iniziative della Comunità. Si basa sull'impianto concettuale dell'ICF, viene usato nella Riabilitazione, in particolare nella UOSD SPARS e nel reinserimento lavorativo. La metodologia usata nell'area del funzionamento psicosociale va ad integrarsi con l'area clinica e l'area della qualità della vita, infatti quanto evidenziato è inserito nei PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato).

Razionale:

L'ICF è utilizzato per descrivere e misurare la salute e/o la disabilità della popolazione.

Il WHODAS 2.0 serve a fornire un metodo standardizzato di misura della salute e della disabilità nelle diverse culture all'interno del DSM5.

Fonte

OMS

VALUTAZIONE PSICOLOGICA (SER.D.)

Descrizione

L'assessment psicologico clinico è un processo fondamentale dello psicologo del Ser.D che, attraverso procedure standardizzate, ha l'obiettivo di fornire un quadro di funzionamento personologico e mentale di ciascun utente che afferisce al Servizio.

Le procedure cliniche e gli strumenti utilizzati sono i seguenti:

- il colloquio clinico (per la specificazione e ridefinizione del problema portato dall'utente, che consente di evidenziare in quale periodo del ciclo vitale si è sviluppato il problema);
- l'osservazione clinica, per evidenziare sintomi e segni utili e per monitorare il problema iniziale ed i relativi cambiamenti nel tempo;
- test psicodiagnostici e scale di seguito indicati:

- la scala SCL90, autosomministrata, utilizzata per la valutazione della sintomatologia clinica in fase iniziale, intermedia e post trattamento.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 17 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

- MMPI 2 (per adulti) e MMPI 2-A (per adolescenti e giovani dai 14 ai 18 anni), test di personalità utilizzati perchè ad ampio spettro, in grado di valutare le principali caratteristiche strutturali di personalità, nonché i principali disordini di tipo emotivo.
- la SCID 5, utilizzata per evidenziare eventuali disturbi di personalità, che consente di formulare diagnosi non solo categoriale ma anche dimensionale della personalità.
- Il SOGS, un questionario utilizzato come strumento prioritario per effettuare diagnosi di DGA (Disturbo da gioco d'azzardo), che più di altri strumenti testistici permette di evidenziare velocemente la probabile presenza dei problemi di gioco patologico, tra i quali la perdita di controllo, disturbi dell'area emotiva, eventuali problematiche nell'area familiare e sociale.

Razionale

Le linee guida nazionali ed internazionali raccomandano un accurato assessment psicologico/ clinico con strumenti standardizzati; inoltre da numerose ricerche scientifiche emerge che la valutazione "gold standard" è quella che valuta per ciascuna persona: stato mentale, storia personale e familiare, relazione tra uso di sostanze e comparsa di disturbi psicopatologici (raccomandazione 11 modificata dalle linee guida NICE-Strong).

La valutazione accurata mette in evidenza l'eventuale copresenza di disturbi psicopatologici in pazienti che fanno uso di sostanze psicoattive, consentendo così di differenziare il disturbo primario da quello secondario. E' infatti fortemente raccomandato accertarsi della corretta sequenza temporale con cui i due disturbi si sono espressi clinicamente (linee guida NICE 2011).

Questo aspetto è prioritario poiché le ricerche nel settore delle dipendenze patologiche evidenziano quadri clinici complessi di pazienti affetti sia da problemi psichiatrici preesistenti, sia a disturbi "indotti" dall'uso di sostanze, per cui è fortemente auspicabile una diagnosi differenziale, nonché una valutazione del livello di gravità per ciascun paziente, come ad es. rischio di suicidio, impulsività e comportamenti violenti (raccomandazioni 13/14 modificato dal NICE).

Infine, la letteratura evidenzia una marcata percentuale di quadri psicopatologici caratterizzati da disturbi di personalità associati all'uso di sostanze psicoattive, in particolare quelli del cluster B (antisociale, borderline e narcisistico) (DSM5).

Una volta terminato l'assessment psicologico/clinico, dunque, è importante integrare il lavoro fatto con quello delle altre professionalità in maniera sinergica, con la formulazione di un programma terapeutico individualizzato, integrato e multidisciplinare, così come riportato con forza dalle linee guida canadesi e dalle linee guida del NICE (raccomandazione 37 modificato da NICE (strong)).

Il rationale dei test psicodiagnostici e delle scale sono riportati nella descrizione.

Fonte

- 1) Canadian schizophrenia guidelines, schizophrenia and other psychotic disorder with coexisting substance use disorders, 2017
- 2) NICE clinical guideline. Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people, 2011
- 3) A cura di Alfio Lucchini, "La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze", 2011, Franco Angeli.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 18 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

4) Manzato E., Fea, Cifarelli, Biasin: "l'integrazione dei trattamenti e dei Servizi per la gestione della comorbidità psichiatrica, "2007" .

3) Kennet P., J.Butecher, J. Seelen, "MMPI2 e MMPI2 A, manuale pratico" Giunti O.S. 2006

4) DSM5- Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", Cortina Editrice.

5) Chianura P., Balzotti A., Chianura L., "Comorbidita' psichiatrica ed abuso di sostanze", 2016, Franco Angeli.

6) Capitanucci D, Carlevaro T., "Guida ragionata agli strumenti diagnostici".

VALUTAZIONE PSICOLOGICA (CSM)

Descrizione

Agli adulti e ai giovani con disturbi psichiatrici e da uso di sostanze coesistenti che frequentano i servizi di salute mentale dell'ASP è offerta un'ampia valutazione psicologica, compresa la valutazione della storia personale, i punti di forza e di debolezza personali e la prontezza a cambiare il loro uso di sostanze e altri aspetti della loro vita.

La valutazione psicologica richiede più incontri per acquisire una piena comprensione della persona e della gamma di problemi che sperimenta e per promuovere il coinvolgimento come riportato dalle Linee Guida Canadesi (Raccomandazione 14[Linee guida NICE (forti)]).

In tale valutazione, oltre ai colloqui, è di fondamentale importanza l'utilizzo di strumenti standardizzati per poter:

- accelerare il processo di valutazione del funzionamento di personalità e l'individuazione dei nuclei psicopatologici;
- confermare e/o disconfermare attraverso i test ipotesi diagnostiche anche ai fini di una diagnosi differenziale;
- costruire con la collaborazione attiva del paziente una valida richiesta d'aiuto;
- favorire un primo livello di cambiamento individuale.

Tra i test a disposizione sono utilizzati almeno un test di personalità ed uno di valutazione delle capacità cognitive, nella prassi di lavoro del CSM possono essere rispettivamente l'MMPI-II e la WAIS-IV.

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-II) e la *Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition* (WAIS-IV) sono tra i test più utilizzati al mondo. Il primo è un test obiettivo di personalità in grado di rilevare comportamenti considerati psicopatologici secondo criteri sia clinici che statistici. La WAIS-IV è uno strumento utile alla valutazione complessiva delle capacità cognitive di adolescenti e adulti di età compresa tra 16 e 90 anni. Fornisce un punteggio totale di QI, rappresentativo dell'abilità intellettuale generale, e quattro punteggi compositi, che misurano specifici domini cognitivi.

L'allestimento del setting di somministrazione dei test è ben strutturato e adeguatamente orientato come indicato nelle ultime linee guida alla prassi testologica elaborate dal Centro Italiano Psicodiagnostica Italiana (CIPI).

Razionale

La comorbidità di disturbi psichiatrici e da uso di sostanze comporta una complessità sintomatica e di

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 19 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

bisogni la cui comprensione è fondamentale ai fini del trattamento. Un attento lavoro iniziale di assessment risulta, pertanto, fondamentale ai fini della predisposizione di un corretto approccio terapeutico.

La letteratura scientifica presenta molti studi in cui il test MMPI-II è stato utilizzato per indagare le caratteristiche di personalità correlate all'utilizzo di sostanze stupefacenti e sebbene non è possibile individuare un profilo tipico della personalità tossicodipendente, tuttavia la valutazione delle caratteristiche psicologiche e psicopatologiche risulta fondamentale ai fini di una scelta efficace di trattamento. Questo test ha ampie e recenti standardizzazioni su campioni di popolazione italiana, una lunga tradizione di studi e ricerche che confermano l'utilità e l'efficacia del test con popolazione sia normale sia patologica (8), una possibilità di confronto dei profili ottenuti con quelli di altri Paesi e culture diverse, e la possibilità di effettuare lo scoring mediante procedure informatizzate.

La somministrazione dei test contribuisce all'elaborazione di una "diagnosi a più livelli" di profondità in cui l'inquadramento nosografico si fonda su un'attenta formulazione del caso.

Fonte

1. Riccardo Caporale, Leonardo Roberti *Percorsi di psicodiagnostica clinica integrata* FrancoAngeli, 2013
2. Crockford D., Addington D., *Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders* The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie 2017, Vol. 62(9) 624-634
3. Ranieri F., Casini E., Morabito F., Cocci V., Dimauro P.E., (2012) *Personalità e tossicodipendenza: dieci anni di assesment con il test MMPI-2 in un Ser.T. italiano*; in Mission Periodico trimestrale di FeDerSerD n° 36/2012
4. Chianura P., Balzotti A., Chianura L. (2005), *Comorbilità psichiatrica e abuso di sostanze: inquadramento clinico di pazienti in doppia diagnosi*, Franco Angeli, Milano.
5. De Fidio D., Pancheri P. (2001), "La taratura italiana del MMPI-2", Giornale Italiano di Psicopatologia, 154 poster Hathaway S.R., Mckinley J. C. (1995) MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2. Adattamento Italiano di Paolo Pancheri e Saulo Sirigatti, O.S., Firenz
6. Hathaway S.R., McKinley J.C. (1995), *MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2. Adattamento Italiano* di Paolo Pancheri e Saulo Sirigatti, O.S., Firenze.
7. De Fidio D., Magnani A., Mambelli M., Scirucchio V., Pancheri P. (2005), "MMPI-2, comorbidità e correlazioni in utenti dei servizi territoriali psichiatrici e Ser.T.", Giornale italiano di Psicopatologia, vol. 11: 184-194.
8. Greene R., Weed N., Butcher J., Arredondo R., Davis H. (1992), "A cross-validation of MMPI-2 substance abuse scales", Journal of Pers. Assessment, 58(2): 405-10.
9. Pancheri P., De Fidio D. (1999), "Dal Minnesota Multiphasic Personality Inventory al Panda: il MMPI-2 automatico", Giornale Italiano di Psicopatologia, 5: 143-54.
10. Caporale L., Roberti L. (2013) "Linee guida alla prassi testologica", in collaborazione con il Centro Italiano Psicodiagnostica Integrata (CIPI) e l'Istituto di Formazione, Clinica e Ricerca "LRpsicologia".
11. Orsini A., Pezzuti L., (2013) *Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV)* - Contributo alla taratura italiana, Giunti O.S. Firenze
12. Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale*. San Antonio, TX: Pearson

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 20 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ESAMI EMATICI E TOSSICOLOGICI

Descrizione

Gli esami ematici e tossicologici vengono prescritti dal medico del servizio previo consenso:

1. Quando il paziente manifesta segni e sintomi che possono essere correlati a varie condizioni, per accertare un sospetto diagnostico e definire un preciso quadro clinico;
2. Per monitorare periodicamente l'andamento di una patologia e per valutare l'efficacia dei trattamenti attuati dopo che è stata stabilita la diagnosi.

Per quanto riguarda gli esami tossicologici nello specifico, i test di screening possono essere eseguiti con test speditivi "on- site" direttamente dal personale sanitario che effettua il campionamento, specie se richiesta un'immediatezza del risultato, oppure con metodica immunochimica. Il personale Infermieristico addetto alla raccolta adotta tutte le misure necessarie per evitare la manomissione e la sicura appartenenza al soggetto del campione. L'urina viene considerata dagli esperti come il campione biologico migliore per individuare la presenza delle sostanze d'abuso in quanto garantisce una finestra di individuazione che va da uno a tre giorni per quasi tutte le droghe, che invece potrebbero essere rintracciate nel plasma entro poche ore dall'assunzione. Gli accertamenti all'interno del Ser.D sono basati prevalentemente sulla ricerca in urine, sangue o saliva. I restanti Gli esami sono effettuati nel laboratorio analisi.

SCREENING EMATICO

HIV

Markers Epatite A B C

Elettroforesi Proteica

Sodio

Potassio

Fosforo

Magnesio

Colesterolo totale e frazionato

Creatininemia

Trigliceridi

Bilirubina tot e frazionata

Emocromo, PT, Ptt

Azotemia

Es. urine

Got, Gpt, Ggt, LDH, Cpk

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 21 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Colinesterasi e ammoniemia

Glicemia

Razionale

Gli esami ematochimici sono fondamentali per consentire di rivelare e monitorare lo stato di salute del soggetto attraverso un prelievo ematico, generalmente sul sangue venoso (più precisamente sul siero).

Gli esami tossicologici hanno lo scopo di ricercare specifiche tracce di stupefacenti o di farmaci. In linea di massima questi esami permettono di rilevare la presenza di benzodiazepine, di anfetamine, di alcol, di oppiacei, di cocaina, di metadone, di buprenorfina, di marijuana e di narcotici.

Gli esami ematici e tossicologici sono utili per definire:

- Malattie infettive droga correlate (HIV, Epatite B, Epatite C);
- Patologie derivanti da abuso di alcol (Epatopatie);
- Screening sistematico o randomizzato sulle persone per dimostrare l'uso di una o più sostanze con potenziale di abuso.

Fonte

WWW.SALUTARMENTE.IT

WWW.PROFESSIONISTI.IT

Msdmanuals.com

Minori ($\geq 12 < 18$)

VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA INFANTILE CON COLLOQUIO DI ACCETTAZIONE

Descrizione

La visita NPI viene effettuata valutando la relazione tra la struttura e la funzionalità del SNC ed i sintomi neurologici e psichiatrici dei bambini e degli adolescenti conglobando anche il colloquio di accettazione del paziente. Prevede una prima fase di accoglienza della famiglia e del minore sulla base della domanda avanzata dalla famiglia, un'indagine anamnestica volta ad indagare la gravidanza, il parto, le tappe dello sviluppo psicomotorio, l'inserimento all'asilo e l'andamento scolastico. La visita prosegue attraverso un colloquio clinico ed un esame obiettivo indicante l'apparenza generale, l'aspetto psicomotorio, l'attenzione, la concentrazione e la memoria, il linguaggio il pensiero, l'umore e l'affettività, la presenza di segni e sintomi di tipo neurologico che possono essere manifestazione di patologia. Il colloquio può essere associato ad altri strumenti integrati (prove strutturate, test) per cui ci si indirizza verso un sospetto diagnostico che richiede un progetto terapeutico di tipo farmacologico e/o psicoterapeutico.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 22 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Razionale

E' una valutazione medica per stabilire lo sviluppo di adeguate competenze neuropsichiche (cognitive, neuropsicologiche, neurologiche e psichiatriche) in soggetti che fanno uso di sostanze al fine di escludere la presenza di disturbi delle funzioni mentali nell'età evolutiva che vi potrebbero concorrere (disturbo psicotico, depressivo, disturbo di personalità, disabilità cognitiva o un disturbo del neurosviluppo, disturbo della condotta o del comportamento dirompente in comorbidità) al fine di programmare un piano di interventi integrato per il paziente e la famiglia (NICE guideline raccomandazione n.30 strong)

Fonte

- Risk of substance use disorders in adolescents with bipolar disorder, Timothy E Wilens¹, Joseph Biederman, Anne Kwon, Jeffrey Ditterline, Peter Forkner, Hadley Moore, Allison Swezey, Lindsey Snyder, Aude Henin, Janet Wozniak, Stephen V Faraone, 2019-2020
- Comparison of history of adolescents with substance-induced psychosis, early onset schizophrenia and substance use disorders, Z Matzova, I Skodacek, J Suba, F Bohmer, 2019-2020
- Internalizing disorders and substance use disorders in youth: comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention, Kelly A O'Neil¹, Bradley T Conner, Philip C Kendall, 2019-2020
- Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study, Renee D Goodwin¹, David M Fergusson, L John Horwood, 2019-2020
- [Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Scientific evidence], [Article in Spanish] Antonio Terán Prieto¹, 2019-2020

VALUTAZIONE BIOPSIICOSOCIALE DELLA FAMIGLIA E DEL MINORE

Descrizione

Rappresenta l'emblema del modello biopsicosociale di approccio alla salute ed alla malattia attraverso l'approccio integrato di fattori biologici, psicologici e sociali. La valutazione si attua mediante una raccolta di informazioni sulla composizione della famiglia in cui il minore vive, sulle condizioni economiche e del contesto di vita in cui i componenti della famiglia vivono.

Sulla base di tale modello l'OMS ha formalizzato un sistema di classificazione ICF.

Razionale

E' una valutazione che integra l'aspetto medico, psicologico e sociologico volta a stabilire il benessere dell'individuo e della famiglia secondo un approccio integrato in cui i fattori psicologici ed ambientali vanno ad influenzare e determinare lo stato di salute intrecciandosi con quelli propri medici o genetici. E'

importante farlo perchè ci permette di capire a fondo una problematica medica di un minore conoscendo il contesto familiare in cui vive, quali sono le risorse e le resistenze ad un eventuale progetto di trattamento e quali sono i fattori psicologici che vanno ad influenzare in positivo o in negativo una condizione di salute. Nello specifico possiamo stabilire secondo il modello dell'ICF eventuali facilitatori al processo di

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 23 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

cura o delle barriere ambientali che potrebbero farlo fallire alta (NICE guideline strong raccomandazione 7).

La Classificazione ICF, la cui applicabilità abbraccia diversificati settori, presenta una serie di scopi che possono essere così sintetizzati:

- fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate;
- stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità;
- rendere possibile il confronto fra dati raccolti in Paesi, discipline sanitarie, servizi e in periodi diversi;
- fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

Per garantire un risultato di qualità e una corretta interpretazione nella valutazione di risultati in ambienti e culture spesso differenti, diventa necessario prevedere un'interrelazione tra i sopracitati scopi.

Fonte

Nuova rassegna studi psichiatrici volume 19-20 gennaio 2020-Claudia Fantuzzi Roberto Messina-OMS

VALUTAZIONE PSICOLOGICA MINORI

Descrizione

La valutazione psicologica del minore richiede più incontri e prevede l'utilizzo di prove psicodiagnostiche che possono essere sia strutturate sia semistrustrate.

L'iter valutativo si articola nel seguente modo:

-colloquio clinico introduttivo individuale e familiare

-test cognitivo

Se il minore ha padronanza della lingua italiana, si adopera il Test WISC IV fino a 16 anni e il Test WAIS da 16 anni ai 18 anni.

In caso in cui il minore sia straniero e non parli bene l'italiano o presenti difficoltà di linguaggio, si adopera il Test Leiter – 3

-test per la valutazione del comportamento adattivo

La valutazione del Comportamento Adattivo è effettuata in accordo con il DSM-5.

Il Comportamento Adattivo comprende le attività che l'individuo abitualmente svolge per rispondere alle

attese di autonomia personale e responsabilità sociale proprie di persone di pari età e contesto culturale.

- Lo strumento che viene adoperato è il Questionario Vineland – II.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 24 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

-test di personalità

Lo strumento che si utilizza è il Test MMPI 2 A (14 – 18 anni), questionario di personalità, costituito da domande strutturate che hanno risposte valutabili in modo standardizzato e hanno norme di riferimento con cui confrontare il risultato ottenuto dai soggetti.

Per approfondire la diagnosi vengono utilizzati i seguenti strumenti rappresentati da test semistrutturati carta-matita:

- Test della figura umana
- Test dell'albero
- Test della famiglia reale
- Test della famiglia inventata

E test strutturati, quali:

- Conners – 3 - (genitori/insegnanti di bambini dai 6 ai 18 anni), Conners-3 questionario di autovalutazione per minori da 8 ai 18 anni
- SAFA - 8-10 anni ("e"); 11-13 anni ("m"); 14-18 anni ("s") - Scala Psichiatrica

Razionale

La valutazione psicologica permette di impostare correttamente un piano di trattamento ai fini della presa in carico di un minore. Ha l'obiettivo di stabilire un'alleanza terapeutica e comprendere la motivazione al cambiamento al fine di individuare la tipologia di prove psicodiagnostiche da utilizzare per ottenere un quadro personologico chiaro.

La valutazione psicologica è utile anche a stabilire se il minore sia o meno in possesso di una normodotazione cognitiva necessaria per individuare il tipo di trattamento a cui lo stesso può andare incontro. Inoltre è uno strumento importante per coadiuvare nelle diagnosi eventualmente concomitanti e per definire la prognosi (NICE guideline strong alta- raccomandazione 15)

Il colloquio clinico introduttivo individuale e familiare è finalizzato ad instaurare un rapporto di fiducia con il minore e con la sua famiglia ed a comprendere quali strumenti diagnostici adoperare. Il test cognitivo serve a comprendere il livello intellettivo, la possibilità di cambiamento e l'insight del minore.

La valutazione del comportamento adattivo è necessaria per la diagnosi del disturbo di disabilità intellettiva e per la valutazione del livello di gravità del disturbo.

I test di personalità sono utili alla valutazione dei costrutti e delle dimensioni relative alla personalità, estrapolare alcuni tratti di personalità e stabilire la competenza cognitiva ed il profilo intellettivo e adattivo (WISC-IV) e/o la presenza concomitante di disturbi della personalità (MMPI-A). Il disegno e il gioco rappresentano strumenti importanti per la valutazione di un minore.

Fonte

-Dipendenze patologiche M Di Blasi - unipa.it, 2019-2020

- Substance Use Disorders in Vulnerable Children Andrew Spaedy 1, Stacy Doumas 2, Ramon Solhkhah 3, 2019-2020

- Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis Annabeth P Groenman 1, Tieme W P Janssen 2, Jaap Oosterlaan, 2019-2020

-NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 25 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

VALUTAZIONE CLINICA DEL MEDICO SER.D. (v. valutazione per adulti)

ESAMI EMATICI E TOSSICOLOGICI (v. esami degli adulti) Vengono effettuati previo consenso dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale

MACROFASE TRATTAMENTO

VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Descrizione

Per il paziente che, in seguito a valutazione diagnostica, risulti confermata la doppia diagnosi, il medico che lo ha in carico (del CSM o del Ser.D, il servizio di neuropsichiatria infantile a seconda del servizio di primo accesso) attiva l'équipe multidisciplinare al fine di coordinare gli interventi e avviare il percorso.

Il responsabile del servizio in cui il paziente effettua il primo accesso predispone un primo incontro dell'équipe multidisciplinare per la condivisione delle valutazioni diagnostiche (sociale, psicologica, medica e psichiatrica), delle criticità e per la presa in carico condivisa. Le successive riunioni d'équipe verranno programmate in base a quanto stabilito nel progetto terapeutico individualizzato.

L'équipe multidisciplinare deve comprendere tutte le seguenti figure professionali: medico psichiatra del CSM o neuropsichiatra infantile, medico del Serd, psicologo, assistente sociale, MMG o PLS, educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica se presente nel distretto e infermiere. Il MMG e il PLS, a seconda che si tratti di persona adulta o minore, viene sempre coinvolto nell'équipe multidisciplinare nel primo incontro e nell'incontro in cui si definisce il PTAI ed invitato agli incontri successivi.

Razionale

Dalla letteratura emerge che il trattamento gold standard, inteso come "ricevere trattamenti combinati per disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze dagli stessi professionisti o dallo stesso team di trattamento" (SAMHSA, 2009) per la gestione del piano di cura, sia il trattamento integrato.

Pertanto, bisogna operare secondo un approccio integrato e coordinato per il paziente con doppia diagnosi, coinvolgendo tutti i livelli di assistenza al fine di ridurre la frammentazione della cura, facilitare una visione sistematica della problematica, migliorare la comunicazione tra operatori e identificando compiti e responsabilità definiti e condivisi tra gli stessi.

In seguito alla valutazione diagnostica e, quindi, con la conferma di caso DD, si effettua la valutazione multiprofessionale (congiunta tra i servizi) tramite una prima riunione dell'équipe, che permette di approfondire il caso specifico per costruire un programma riabilitativo personalizzato sulla base dei bisogni reali del soggetto e delle sue criticità e caratteristiche, come riportato dalle linee guida NICE e dalle linee Guida Canadesi (raccomandazione 14, 35 e 36) che riportano tale raccomandazione con forza A (raccomandazione: FORTE).

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 26 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Fonte

1-Canadian schizophrenia Guidelines. Schizophrenia and other psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders, 2017.

2-NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016.

3-NICE clinical guideline 120. Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people, 2011.

4-Victorian strategic directions for co-occurring mental health and substance use condition, 2013

5-Dual diagnosis good practice guide, 2002.

6-Dipendenze e disturbi psichiatrici: esperienze italiane a confronto a cura di Matteo Ameglio e Luca Canestri, 2007.

7-Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.

PROGETTO TERAPEUTICO CLINICO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Descrizione

L'equipe multidisciplinare elabora ed attiva il progetto terapeutico individualizzato entro 30 giorni dal primo incontro, adattando il piano e la sequenza dei trattamenti alla persona e tiene conto:

- della gravità della patologia psicotica e dell'abuso di sostanze;
- del contesto sociale;
- della disponibilità al cambiamento.

Il Progetto terapeutico può essere ambulatoriale o residenziale, in base al bisogno del paziente ed ai criteri di accuratezza basati sulla gravità dei sintomi.

Se viene definito un programma residenziale, l'inserimento in comunità deve essere curato dal servizio di competenza prioritaria in quel momento.

Nel Progetto terapeutico, sia esso residenziale, sia esso ambulatoriale, bisogna garantire che i soggetti ricevano trattamenti basati sull'evidenza, concordando questi ultimi col paziente e con la famiglia, con particolare attenzione alla valorizzazione delle sue risorse (condizione abitativa, socio economica familiare, formazione-lavoro, relazioni sociali, ecc.).

L'equipe nella stesura del Progetto stabilisce la durata del programma, fissa gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione degli interventi, gli obiettivi individualizzati per il paziente, specifica con chiarezza gli ambiti di responsabilità di ogni componente dell'equipe e della famiglia, specifica le attività che possono aiutare a migliorare il benessere e creare un senso di appartenenza (ad esempio, incoraggiare attività sportive o ricreative, partecipazione a gruppi della comunità ecc.).

Nell'ambito della Equipe Multidisciplinare verrà identificato, tra gli operatori, il Case Manager. Le funzioni di case management possono essere svolte da ognuno dei diversi professionisti dell'équipe: medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, tecnico della riabilitazione psichiatrica o educatore. Il professionista identificato come case manager, è l'operatore referente per il paziente lungo tutto il

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 27 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

percorso di cura previsto, anche se, in base alla rimodulazione del progetto ed alle esigenze dell'utente, l'operatore identificato potrà essere sostituito.

Questa figura si occupa:

- dell'effettiva valutazione dei bisogni del paziente e delle famiglie, in una visione olistica;
- della pianificazione delle risorse, dei servizi e del piano di trattamento;
- della messa in rete delle risorse e degli interventi;
- del coordinamento degli interventi previsti e dei processi (il case management prende in considerazione anche la possibile riacutizzazione dei disturbi, cercando di prevenirla);
- della convocazione delle riunioni programmate da piano (preferibilmente a cadenza trimestrale);
- della convocazione di tutta l'equipe multidisciplinare per le riunioni necessarie alla rimodulazione del progetto in base ai cambiamenti dei bisogni del paziente (almeno una a cadenza semestrale);
- della redazione dei verbali;

Tutti i bisogni di un paziente con doppia diagnosi non possono venir soddisfatti all'interno dei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche; da qui la necessità di raccordarsi con altri soggetti appartenenti al tessuto sociale del territorio. È necessario sviluppare una rete di servizi che preveda la condivisione delle responsabilità della presa in carico e la risposta ai problemi complessi di persone con ipotesi di doppia diagnosi. (1- Bellio)

Nel lavoro di rete convergono tre azioni congiunte (Serra, 2001): un'azione di raccordo tra i poli dell'aiuto, un'azione di sostegno alle reti già esistenti e un'estensione della rete per attivare la comunità locale. Inoltre, è fondamentale che ogni attore abbia una pari dignità nella discussione dei casi e nella progettazione dei programmi di trattamento, ognuno per quanto di propria competenza.

La rete potrà essere costituita da: servizi sociosanitari pubblici, MMG, comunità terapeutiche, gruppi di mutuo autoaiuto, altri soggetti del terzo settore, Servizi Sociali dei Comuni, Servizi della Giustizia adulti e minorile coordinati dal case manager. Altre collaborazioni e collegamenti possono essere attivati allo scopo di offrire prestazioni non sanitarie, ma integrate con gli interventi terapeutici: supporto ai bisogni primari, consulenze finanziarie e legali, reinserimento lavorativo, risocializzazione e gestione del tempo libero, ed altro ancora. (1- Bellio)

Razionale

Quando si sviluppa un progetto terapeutico per un paziente con doppia diagnosi bisogna tenere conto delle caratteristiche personali e delle relazioni tra disturbo psichiatrico e disturbo da uso di sostanze, dello stato emotivo, del comportamento dell'utente e del contesto sociale.

L'obiettivo è quello di porre al centro del sistema la persona, la famiglia e la comunità, spostando la logica dalla "assunzione in cura" alla "presa in carico" e di promuovere e sviluppare un approccio di rete.

L'integrazione dei servizi migliora i risultati per le persone con DD (Peterson, 2013). Il lavoro di rete consente percorsi di cura e riabilitazione integrati e coerenti, coordinando i trattamenti (interventi

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 28 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

farmacologici, psicologici, educazionali, sociali, inserimenti in gruppi di auto-mutuo aiuto, Comunità Terapeutiche e reinserimenti socio lavorativi), nel contesto di una presa in carico proattiva. (Torrens, et al., 2012; Antai-Otong, et al., 2016; Gotham, et al., 2010; van Wamel, et al., 2015; van Vugt, et al., 2014; Szerman, et al., 2019).

I professionisti collaborano con le risorse locali disponibili e cercano il supporto appropriato quando possibile.

La stesura del progetto terapeutico individualizzato permette l'incontro con le reali esigenze del paziente, in modo specifico, semplice e completo.

L'elemento del progetto terapeutico che maggiormente favorisce tutto ciò, oltre a garantire la continuità assistenziale, è il case management, ovvero un processo collaborativo che, attraverso la comunicazione e l'uso delle risorse disponibili, è volto a programmare, attuare, coordinare, monitorare e verificare le opportunità e i servizi per rispondere ai bisogni dell'individuo".

Tutte le linee guida più recenti concordano sull'importanza nell'individuazione di un "referente del caso" nei casi di doppia diagnosi, poiché i pazienti necessitano di cure da parte di diversi servizi socio-sanitari. Un case manager mantiene infatti i contatti con i diversi servizi del territorio e funge da punto di contatto centrale per la persona, i suoi familiari e la rete.

In particolare, le linee guida NICE n.58 del 2016 descrivono ampiamente tutte le raccomandazioni cliniche per la stesura del piano di cura (come sopra riportate) e le funzioni del case manager (raccomandazioni 1.2.2, 1.2.3, 1.3.1 e 1.3.9).

Anche le linee Guida Canadesi riportano le stesse raccomandazioni (7 e 43) con forza STRONG.

Fonte

1-Canadian Schizophrenia Guidelines. Schizophrenia and other psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders, 2017.

2-NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016.

3-NICE clinical guideline 120. Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people, 2011.

4- <https://www.tecnicaospedaliera.it/case-management-favorire-la-continuita-assistenziale>

5- Disturbo da Gioco d'Azzardo, un problema di salute pubblica Il disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica. Indicazioni per la comprensione e per l'intervento - di M. Croce (a cura di), P. Jarre (a cura di) 2017 Edizioni PUBLIEDIT Collana In-Dipendenze Bellio Il ruolo del servizio pubblico e rete di intervento pubblico privato-sociale

6-Linee Guida NIDA, principio n. 4 (National Institute on Drug Abuse (NIDA) National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services - 2012)

7-Dual diagnosis good practice guide, 2002 dIpendenze e disturbi psichiatrici: esperienze italiane a confronto a cura di Matteo Ameglio e Luca Canestri, 2007

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 29 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

8- "Il Dipartimento per le Dipendenze: indicazioni e linee tecniche" Giovanni Serpelloni et altri
Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

9- Dipendenze: la qualità della cura nei Servizi- Clinica delle Dipendenze e dei Comportamenti di Abuso/testi- Celeste Franco Giannotti ed: Franco Angeli- 2014

10-Carta dei Servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction - D'Egidio- FederSerd, Carpinello-SIP, Costantino –SINPIA)

11-Torrens, M., Mestre-Pintó, J. & Domingo-Salvany, A., 2015. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Luxembourg: EMCDDA

12-Antai-Otong, D., Theis, K. & Patrick, D., 2016. Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. Nurs Clin North Am., Jun, 51(2), pp. 237-47.

13-Van Wamel, A., van Rooijen, S. & Kroon, H., 2015. Integrated treatment: The model and European experiences. In: G. Dom & F. Moggi, a cura di Co-Occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from a European Perspective. New York (NY): Springer-Verlag Publishing

COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Descrizione

Il colloquio motivazione è effettuato dall'educatore o dallo psicologo o assistente sociale con specifica formazione in merito, ed è rivolto agli utenti in carico c/o i Servizi per le dipendenze, neuropsichiatria infantile e loro familiari.

Che cos'è il colloquio motivazionale

Il Colloquio Motivazionale è una forma di comunicazione che Implica un intervento sulla motivazione al cambiamento di soggetti con comportamenti a rischio per la propria salute e favorisce:

- l'acquisizione e l'accrescimento della consapevolezza su scelte di salute
- la crescita della motivazione a cambiare attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza rispetto al proprio comportamento
- Acquisizione/ mantenimento di comportamenti corretti per la salute.

Nel colloquio motivazionale bisogna: identificare l'area problematica, individuare lo stadio motivazionale, sviluppare l'Importanza dell'auto efficacia, sostenere la fiducia, lavorare per aggiornare la disponibilità al cambiamento.

STRATEGIE ALLA BASE DEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Esprimere empatia

Sostenere l'autoefficacia

Lavorare sulla frattura interiore

Comprendere la reattanza psicologica al suo insorgere

Come rispondere alla reattanza

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 30 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

TECNICHE ALLA BASE DEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Praticare l'ascolto riflessivo

Riformulare

Utilizzare domande aperte

Sviluppare l'autoefficacia con il soggetto con cui si tiene il colloquio

Razionale

Il colloquio motivazionale è uno strumento utile in un pdta in quanto è un metodo centrato principalmente sull'utente, il quale lavora sul raggiungimento di un obiettivo specifico: il cambiamento. Il colloquio motivazionale aiuta la persona a cambiare i propri comportamenti disfunzionali, reimpostando il proprio "essere" e "fare" in accordo con le sue disposizioni interiori. E' un approccio che consente di "aggiungere" la motivazione della persona, per rinforzarla e sostenerla in un clima empatico e non giudicante. Nel colloquio motivazionale, l'aiuto consiste nel sostenere la persona in impegnativi cambiamenti di stili di vita, abitudini, comportamenti, nell'adesione a trattamenti farmacologici e nelle indicazioni terapeutiche del professionista.

Fonte

- "Il colloquio motivazionale" di William R. Miller Rollnick- Edizioni Erickson, 2014
- "Il colloquio motivazionale passo dopo passo" di Bill Natulich- Edizioni Erickson, 2017
- "Guida pratica al counseling motivazionale. Manuale per i professionisti sociali e sanitari" di David Rosengren, Edizioni Erickson, 2011
- "Manuale di case manager integrato" di Roger G. Kathol, Rebecca Perez, Janice S. Cohen – Editore Zanichelli, 2014

TERAPIA FARMACOLOGICA

Descrizione

Il trattamento farmacologico della doppia diagnosi prevede l'utilizzazione di farmaci antipsicotici indipendentemente dal fatto che usino sostanze stupefacenti. Vengono utilizzati antipsicotici di seconda generazione, prevalentemente LAI.

L'antipsicotico da utilizzare nel disturbo da uso di cannabis è la clozapina o lo ziprasidone (grado basso).

Nel disturbo da dipendenza di alcool in comorbidità a patologia psichiatrica si utilizza il farmaco usato per la patologia psichiatrica diagnosticata. Per il disturbo da uso di cocaina in comorbidità con disturbo psichiatrico si utilizza qualsiasi antipsicotico e/o stabilizzatori del tono dell'umore.

Il trattamento farmacologico utilizzato nelle dipendenze associate a patologia psichiatrica nei minori corrisponde al trattamento della patologia psichiatrica associata: antidepressivi, neurolettici o ansiolitici.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 31 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Per i minori i farmaci approvati dall'AIFA sono: aripiprazolo (bipolare > ai 13 anni, schizofrenia > ai 15 anni), Metilfenidato (adhd > 6 anni), risperidone (disturbo di condotta in soggetti con spettro autistico o insufficienza mentale > a 6 anni), fluoxetina (depressione > 8 anni).

Razionale

La cura della condizione morbosa con psicofarmaco terapia permette di ottenere una compliance con gli altri interventi sociali, psicoeducativi e di psicoterapia, oltre che migliorare la qualità della vita ed il benessere sia degli adulti, sia del minore.

Gli antipsicotici atipici garantiscono una maggiore tollerabilità e la minore probabilità di sviluppare effetti extrapiramidali (grado basso).

Fonte

-Canadian Schizophrenia Guidelines. Schizophrenia and other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders, 2017.

VISITA DI CONTROLLO MEDICA SERD e MONITORAGGIO TOSSICOLOGICO

Descrizione

Destinatari: Utenti presi in carico dal servizio, dopo accertamento diagnostico successivo alla prima visita medica. Con "visita successiva alla prima" si definisce la visita nella quale un problema già noto viene rivalutato, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita. Le visite, successive alla prima, di un paziente con patologia cronica o per lo stesso problema, vanno sempre considerate come visite di controllo. I tempi intercorsi tra la prima visita e quella di controllo variano in base alla diagnosi e trattamento.

I Sert hanno il compito di effettuare terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagonistiche, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico, verificando l'opportunità di tali interventi e mantenendo contemporaneamente l'obiettivo del superamento dello stato di dipendenza anche dai farmaci sostitutivi.

Il trattamento accettato dal paziente deve essere sottoposto a una valutazione periodica del raggiungimento degli obiettivi del piano terapeutico, previsti nelle varie fasi, fino al completamento del trattamento medesimo.

Il monitoraggio tossicologico consiste nel confronto tra gli obiettivi del programma terapeutico ed i dati clinici registrati.

L'esame tossicologico è un'analisi effettuata su un campione biologico, urine, capello, sangue, saliva in grado di rilevare la presenza o l'assenza di droghe o loro metaboliti: oppiacei, cocaina, amfetamina, metamfetamina, cannabinoidi, metadone.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 32 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

I fattori che influenzano la scelta di un campione biologico per analizzare una sostanza, comprendono la facilità di raccolta, una serie di considerazioni di carattere analitico e l'interpretazione dei risultati. Attualmente, l'urina è il più comunemente ed ampiamente usato fra i vari metodi.

E' importante sottolineare quali sono i tempi di riscontrabilità nelle urine di alcune di queste sostanze considerando, in ogni caso, che tali tempi sono approssimativi (in forma di stima) e:

Amfetamine 2-3 giorni

(metaboliti delle metamfetamine)

Metamfetamine (singolo uso) 1-3 giorni

Metamfetamine (uso ripetuto) 3-5 giorni

Eroina minuti

Morfina (metabolita dell'eroina) 2 giorni

Metadone 7-9 giorni (in regime di mantenimento)

Cocaina (immodificata) poche ore

Benzoilecgonina (metabolita della cocaina) da 2 a 3 giorni e per dosi elevate fino ad una settimana

Cannabinoidi (singolo uso) da 2 a 4 giorni

Cannabinoidi (uso moderato 4 giorni es. 4 volte la settimana)

Cannabinoidi (uso "pesante" e cronico) 3 settimane o anche più

Pertanto la frequenza del monitoraggio tossicologico deve tener conto dei tempi suddetti al fine di ottenere dei dati attendibili, in caso contrario non sarà possibile stabilire se la sostanza è stata assunta una sola volta, sporadicamente o sistematicamente.

Inoltre ai fini dell'attendibilità il monitoraggio tossicologico necessita della sorveglianza (generalmente tramite telecamera) da parte di un operatore sanitario.

Le urine del paziente vengono controllate nel corso di tutto il trattamento: nei primi 2 mesi, dopo la fase di stabilizzazione, vengono raccolte 2 volte a settimana, dal terzo al sesto mese si raccolgono una volta a settimana, in occasione dell'incontro di gruppo. Per il test dell'etilometro si segue lo stesso schema.

Razionale

La dipendenza da oppiacei (eroina, morfina) può essere trattata con farmaci agonisti (sostitutivi) o antagonisti (avversativi, che impediscono l'effetto degli oppiacei).

I farmaci agonisti sono il metadone cloridrato sciroppo o la buprenorfina cpr sublinguali. Sono farmaci e non droghe, perché la forma farmaceutica, l'emivita (molto maggiore di quella dell'eroina o della morfina, con cui sarebbe impossibile fare una disassuefazione) e la modalità di assunzione (per via orale e sublinguale) non determinano gli stessi effetti dell'eroina, ma curano la sindrome carenziale da oppiacei e permettono una disassuefazione graduale (terapia a scalare) o una terapia a mantenimento, che a dosi adeguate (intorno agli 80 mg al dì per il metadone) ha un effetto cosiddetto anti-craving (diminuisce il desiderio di eroina).

Il farmaco antagonista è il naloxone, la cui assunzione a tempo debito dal termine di uno scalare metadonico o dall'assunzione dell'ultima dose di eroina (altrimenti si determina una sindrome astinenziale, perché il naloxone è un parente a lunga emivita del Narcan, farmaco salvavita impiegato nelle overdose da eroina) determina un blocco recettoriale ed impedisce all'eroina, anche se assunta, di esercitare i noti effetti.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 33 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Ad oggi non vi sono terapie farmacologiche efficaci per il trattamento dell'abuso di cocaina, anfetamine (ecstasy) o cannabis.

La somministrazione del metadone, infatti, può essere di due tipologie: "a scalare" o "di mantenimento". La terapia "a scalare" consiste nell'assunzione del farmaco in dosi sempre minori, fino ad arrivare a 0 cc. Il periodo medio di terapia varia tra i sei e i dodici mesi. La terapia di mantenimento, invece, viene effettuata nei casi in cui il metadone viene somministrato non solo per la disassuefazione dalle sostanze stupefacenti ma anche per far fronte ad una dipendenza dallo stesso metadone, la cui assunzione diventa cronicizzata a causa delle continue ricadute nell'uso di altre sostanze. Non di rado accade, infatti, che le stesse terapie rendano la persona dipendente anche da farmaci o psicofarmaci, oltre che dalle droghe illegali utilizzate. Le linee guida dell'OMS prevedono nella fase di induzione metadonica, un dosaggio iniziale che non deve superare, in genere, i 20 mg e certamente non deve essere superiore a 30 mg. In media, le dosi di metadone per il mantenimento devono essere comprese nell'intervallo di 60-120 mg al giorno. Le dosi medie di buprenorfina per il mantenimento devono essere di almeno 8 mg al giorno. (Raccomandazione forte).

L'esame tossicologico prevalentemente urinario necessita all'inizio della presa in carico per la diagnosi di DUS (disturbo da uso di sostanze), in seguito il monitoraggio tossicologico ha come obiettivo principale quello di seguire attraverso l'esame di campioni biologici del soggetto (prevalentemente urine) l'abitudine assuntiva della sostanza verso la quale si è instaurata la dipendenza e di altre utilizzate in concomitanza o in alternativa, esso può ragionevolmente essere affiancato, ma non sostituito dal contributo conoscitivo di un self-report da parte dell'utente.

Il perdurare dell'uso di sostanze è un problema che ogni trattamento per le dipendenze deve opportunamente tenere sotto controllo per sostenere e calibrare il processo terapeutico, contenere cadute e ricadute, limitare il drop-out e favorire un buon esito dell'intervento. Per tali ragioni un monitoraggio delle sostanze d'abuso rappresenta una componente essenziale nell'accompagnamento-valutazione dell'intero percorso, richiedere tempi anche lunghi, nell'ordine dei mesi. Un monitoraggio periodico delle sostanze d'abuso in campioni biologici del paziente, inoltre, è utile a valutare la situazione clinica del soggetto, i progressi ottenuti con l'intervento, a calibrare e implementare la terapia, ad incoraggiare/mantenere cambiamenti positivi nel comportamento assuntivo del paziente.

Per quanto riguarda la frequenza degli accertamenti tossicologici l'FDA e il NIDA consigliavano un esame tossicologico su un campione urinario al momento dell'ammissione dell'utente e in seguito la ricerca delle principali sostanze d'abuso su otto campioni random durante il primo anno della presa in carico. In aggiunta alla frequenza minima richiesta per gli accertamenti tossicologici, la cadenza era intensificata sulla base degli esiti nel corso del trattamento e nella parte iniziale del percorso terapeutico sino alla stabilizzazione del soggetto.

I test antidroga dovrebbero essere presi in considerazione nel pronto soccorso ospedaliero e SPDC come parte della valutazione e della pianificazione del trattamento per adulti e giovani con psicosi e disturbi da uso di sostanze coesistenti. Raccomandazione 39 linee guida canadesi modificato dalle linee guida NICE (Strong)] Il razionale della tempistica del monitoraggio è indicato nella descrizione.

Fonte

-Cochrane sul trattamento metadonico pubblicata nel luglio 2009[6]: "Methadone is an effective maintenance therapy intervention for the treatment of heroin dependence as it retains patients in

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 34 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

treatment and decreases heroin use better than treatments that do not utilize opioid replacement therapy. It does not show a statistically significant superior effect on criminal activity or mortality”.

- Vittorino Andreoli – La Testa Piena di Droga – BUR 2008

- Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD004145. DOI: 10.1002/14651858.CD004145.pub3.

-Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD002209. DOI: 10.1002/14651858.CD002209.pub2

-Mattick R, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2003;CD002207

Curcio F, Franco T, Topa M, Baldassarre C: Buprenorphine/naloxone versus methadone in opioid dependence: a longitudinal survey. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2011, 15 (8): 871-874.

-Haustein KO, Haffner S, Woodcock BG. A review of the pharmacological and psychopharmacological aspects of smoking and smoking cessation in psychiatric patients. Int J Clin Pharmacol. 2002;40:404–418.

-Alan Xu, Q. e Madden, T. L. (2011). Analytical Methods for Therapeutic Drug Monitoring and Toxicology, John Wiley and Sons, New York.

-Eap, C.B., Buclin, T., Baumann, P. (2002). Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implications for the treatment of opioid dependence. Clinical pharmacokinetics, 41, 14; 1153–93.

-Keller, G.A., Ponte, M.L., Di Girolamo, G. (2010). Other drugs acting on nervous system associated with QT-interval prolongation. Curr Drug Saf, 5, 1, 105–11.

Zangara, A. (2002). Terapia medica ragionata, PICCIN, Bologna.

-Cowan D. et al., Drug testing, Foresight Brain Science, Addiction and drug project, 2005.

Canadian schizophrenia Guidelines. Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders, 2017

-Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei Pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2009 con il titolo Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence © World Health Organization 2009

NICE guideline, 2016. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. [Online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/>

NIDA. 2021 Treatment Approaches for Drug Addiction. Drugabuse.com

2021www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approachesdrug-addiction.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 35 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

COLLOQUIO SOCIALE

Descrizione

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.

In base agli obiettivi i colloqui sono:

- Informativi (volti allo scambio di dati, informazioni e formazione su disturbi psichiatrici e uso concomitante di sostanze, sui relativi rischi e sulle cure necessarie).

E' utile fornire le informazioni sia in forma scritta che verbale, facendo attenzione ad utilizzare un linguaggio accessibile e appropriato.

- Terapeutici (volti al cambiamento della situazione problematica coinvolgendo i familiari e le altre persone significative nel processo di cura al fine di sostenere il trattamento, la cura e promuovere il recupero, fornendo anche informazioni appropriate sul modo in cui è possibile sostenere la persona nel processo di cura.

Nei colloqui si tiene conto delle esperienze passate della persona, delle preoccupazioni della famiglia, della cura che l'utente ha della propria salute fisica, dell'igiene personale e del proprio ambiente di vita, dell'attenzione alle relazioni familiari e personali, dell'apprendimento di nuove competenze per l'occupazione futura, della ricerca dell'alloggio, dell'inserimento sociale in gruppi costituiti presenti nel territorio).

Per poter garantire tutto questo è necessario adottare un approccio collaborativo con altre organizzazioni, autorità locali, servizi alla persona, con condivisione di responsabilità secondo le proprie competenze, come indicato nel lavoro di rete del precedente key.

Razionale

Il colloquio serve a definire gli obiettivi del cambiamento e sviluppare le varie fasi del processo di aiuto. Ha lo scopo di motivare il paziente ad un percorso riabilitativo o al sostegno in alcune fasi di un progetto di reinserimento sociale.

Il colloquio è lo strumento elettivo utilizzato dall'assistente sociale perché di contatto diretto con la persona. Rappresenta una forma di comunicazione strutturata che si fonda sulla comprensione dell'utente da parte dell'assistente sociale che ha l'obiettivo di conoscere determinati aspetti o problemi della vita di chi parla e di stabilire una relazione interpersonale significativa che faciliti la comprensione e la fiducia. Obiettivo è il cambiamento nel modo di porsi di fronte ai problemi, sviluppando e utilizzando in maniera appropriata le risorse personali, familiari e ambientali necessarie per risolvere lo stato di bisogno.

L'inizio di un percorso di guarigione implica il riconoscimento personale della problematicità e della necessità di cambiamento e trasformazione. Il paziente viene riconosciuto come soggetto attivo del processo di aiuto.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 36 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Evidenze sull'importanza del colloquio sociale sono riportate dalle Linee guida NICE e dalle Linee guida Canadesi alle raccomandazioni 1, 4, 5, 6, 8 e 23, tutte con forza strong.

Fonte

1. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders, 2017
2. NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care service, 2016
3. KADUSHIN, Il colloquio nel servizio sociale, Astrolabio, 1980
4. ROGER MUCCHIELLI, Apprendere il Counseling Manuale pratico di autoformazione al colloquio d'aiuto, Erickson, 1989
5. CARL ROGERS, Il colloquio centrato sul cliente, Martinelli editore 1970
6. Assistenti Sociali.Org "Il processo di aiuto nel servizio sociale", 30 agosto 2006
7. Dsm-d sanluri "Percorso doppia diagnosi", 27 febbraio 2014

VERIFICA DEL PROGETTO TERAPEUTICO

Descrizione

Essa consiste nella valutazione clinica, tossicologica sociale e psicologica dell'utente in trattamento per una doppia diagnosi da entrambi i servizi (SERD /DSM).

Viene effettuato mediante:

- Colloquio individuale con il medico volto a valutare l'adesione alle terapie farmacologiche in atto e la presenza di eventuale craving finalizzati a prevenire il rischio di recidive. Si valuta anche l'adesione alla terapia psichiatrica in modo integrato con i medici del CSM;
- Colloquio con i familiari volto a valutare il comportamento personale, sociale e lavorativo del soggetto nei vari contesti di vita;
- Monitoraggio dei cataboliti urinari delle principali droghe d'abuso;
- Monitoraggio della funzionalità epato-renale e test con etilometro.

Ogni singolo caso viene periodicamente discusso in equipe multi-professionale al fine di verificare l'efficacia del trattamento in corso o la necessità di attivarne altri. Si specifica che gli interventi attuabili possono essere per i pazienti seguiti dal servizio sia di tipo ambulatoriale sia di tipo residenziale. La durata del trattamento è subordinata alle caratteristiche della patologia cronico – recidivante.

Razionale

La verifica del progetto terapeutico risulta utile in quanto consente di effettuare una valutazione multimodale e multi-professionale congiunta tra SERD e CSM che permette di approfondire il caso individuale e di attuare un percorso riabilitativo personalizzato sulla base dei bisogni reali del soggetto e

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 37 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

delle sue criticità legate ad entrambe le problematiche, come riportato dalle linee Guida Nice e dalle linee Guida Canadesi, che indicano tale raccomandazioni con forza.

Tale verifica inoltre, risulta necessaria perché la gestione dei pazienti con psicosi e disturbi da uso di sostanze coesistenti deve essere basata su una valutazione globale e multidisciplinare, che porta a migliori risultati rispetto alle cure fornite in modo parallelo o sequenziale (raccomandazione forte n.11).

Secondo le raccomandazioni 1 e 2 delle Linee Guida NICE (forti) la raccolta accurata della storia clinica con anamnesi (storia di psicosi e/o disturbi da uso di sostanze), colloqui informativi, di management clinico, psicologico-clinico, di consulenza ai familiari, psichiatrico e di assistenza sociale sono necessari sin dalle prime fasi in quanto consentono un coinvolgimento del paziente, al fine di costruire una relazione fiduciosa, non giudicante, in un'atmosfera di ottimismo, mantenendo la riservatezza e la privacy (raccomandazione 1 e 2). Per una completa valutazione è necessario indagare sul tipo di droga usata, quantità, frequenza, modalità di utilizzo e via di somministrazione (racc.12) al fine di intraprendere un trattamento adatto, monitorando la risposta terapeutica. Come indicato dalle linee guida NICE (strong racc. 24,25 e 26) è necessario un continuo lavoro di squadra tra SERD e CSM per il riconoscimento, trattamento e cura dei pazienti con psicosi e disturbo da uso di sostanze. Un linguaggio adeguato al livello culturale, di comprensione del paziente consente di stabilire una relazione utile per informare adeguatamente l'utente sui rischi associati all'uso delle sostanze e sull'impatto negativo che le droghe possono avere sulla gestione della psicosi (racc. 5).

L'attenzione deve essere rivolta sull'appropriatezza del trattamento, sul cambiamento graduale nel comportamento dell'uso di sostanze nel tempo (uso ridotto che inizialmente mira all'astinenza), miglioramento della salute fisica e mentale (raccomandazione 33) con monitoraggio tossicologico e clinico.

Fonte

- 1-Canadian schizophrenia Guidelines schizophrenia and other psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. 2017;
- 2-NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016;
- 3- Nice clinical guideline 120 Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people 2011;

INSERIMENTO IN COMUNITÀ TERAPEUTICHE RESIDENZIALI DI ADULTI E MINORI CON DOPPIA DIAGNOSI

Descrizione

La valutazione per l'ingresso in Comunità, sia di adulti che di minori in doppia diagnosi, si ha quando si accerti, che il trattamento ambulatoriale (con il rientro al domicilio) di un paziente con doppia diagnosi, non sia più sufficiente a determinare una condizione di stabilità dello stesso. Si ritiene, quindi, utile e opportuno, allontanarlo dal contesto familiare e/o ambientale per proporgli un trattamento residenziale in un contesto contenitivo h24, per una gestione più intensiva psicoterapica e/o psicofarmaco terapeutico.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 38 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

L'inserimento degli adulti è una scelta dell'equipe multidisciplinare, derivante dall'analisi delle varie prospettive professionali. I tempi del percorso sono medio/lunghi.

Si devono valutare i programmi più idonei ai bisogni espressi dal interessato e dagli obiettivi dati dall'equipe ed ad altre variabili. Secondo la raccomandazioni N° 33 dopo il completamento del trattamento residenziale è necessaria una assistenza coordinata del follow-up per l'uso delle sostanze.

La valutazione dei minorenni (22 anni su provvedimento del tribunale dei minori), con accertata dipendenza e diagnosi psichiatrica, deve essere sempre effettuata in collaborazione con i Servizi Sociali Comunali e il Magistrato del Tribunale dei Minori di Potenza, oltre ai servizi SERD e del servizio di Neuropsichiatria Infantile. L'inserimento deve essere preceduto da una conoscenza delle diverse strutture preposte alla riabilitazione che devono essere iscritte all'Albo Regionale e accreditate per la doppia diagnosi. Meglio se il programma prevede il coinvolgimento della famiglia, secondo le raccomandazioni n° 6 NICE, in quanto può aiutare a sostenere il trattamento e promuovere il recupero.

La valutazione per l'inserimento in comunità a doppia diagnosi di minori è molto complessa e deve tenere presente il grado di motivazione, la consapevolezza o meno del proprio problema, la situazione legale, la pericolosità sociale e se sussiste l'incapacità di intendere e di volere e la compliance terapeutica al trattamento e il rischio suicidario. Essendo una valutazione collegiale (Tribunale, SERD, Servizio Sociale Comunale, servizio psichiatrico o servizio Neuropsichiatria infantile) si devono tenere presente i tempi di attesa relativamente lunghi e del provvedimento del Tribunale dei Minori (raccomandazione società italiana di NPI di grado alto).

Nella Regione Basilicata esiste solo una struttura accreditata quella con sede ad Irsina "Fratello Sole". Per i minori in tutta Italia sono pochissime le Comunità a doppia diagnosi.

Razionale

Lo scopo del trattamento residenziale è quindi finalizzato a promuovere il benessere individuale, il recupero dell'autonomia, un adeguato compenso rispetto alle condizioni psicopatologiche di partenza, la ricostruzione dei legami relazionali e un miglior funzionamento sociale, valido sia nella famiglia sia nella comunità. Il livello di funzionamento viene commisurato sempre alle potenzialità del paziente.

Per i minori con doppia diagnosi, l'inserimento in un nuovo contesto residenziale, ha come finalità di evitare la cronicizzazione precoce delle patologie, cercando di recuperare una dimensione di guarigione quando i trattamenti ambulatoriali non sono più idonei a contenere la problematica e/o risultati difficile farlo tenendo il minore nel proprio contesto socio-affettivo di origine, specialmente se compromesso.

Fonte

- "Il lavoro terapeutico nella doppia diagnosi "a cura di G. Carrà e M. Clerici DITE EDIZIONI SCIENTIFICHE SRL Giugno 2004;
- la valutazione nei Sert dell'Emilia Romagna Maggio 1993;
- LG Società italiana di neuropsichiatria infantile per la gestione delle emergenze/urgenze psichiatriche dell'età evolutiva, anno 2018

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 39 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Adulti (≥ 18 anni)

VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO

Descrizione

La visita psichiatrica di controllo consiste nel valutare la risposta al trattamento del paziente che ha già una diagnosi di patologia psichiatrica e, in caso di doppia diagnosi, di dipendenza patologica. Nel corso della visita di controllo viene approfondita e confermata (o rettificata) la diagnosi con un trattamento mirato ed efficace, verificata la sicurezza del trattamento e l'aderenza alle prescrizioni. Vengono esaminate le interazioni farmacologiche nel momento in cui all'utente sono prescritti altri trattamenti medici e monitorate le tolleranze ai farmaci.

Diversi parametri incidono sulla decisione dell'intervallo di tempo che s'intende far trascorrere tra una visita e la successiva:

- Grado d'intensità dei sintomi e di urgenza
- Periodo di trattamento: fase iniziale, fase di mantenimento, fase di riduzione o interruzione del trattamento, gestione di una ricaduta
- Tempi di risposta attesi in base alla tipologia di farmaci prescritti
- Qualità della risposta clinica ottenuta attraverso il trattamento precedentemente prescritto
- Necessità di effettuare approfondimenti anamnestici (ricostruzione della storia clinica) o diagnostici (appuntamento per test psicologici o interviste cliniche strutturate)
- Vulnerabilità alla crisi da parte dell'utente, a sua volta dovuta a: 1. fattori di stress; 2. supporto sociale; 3. assetto di personalità; 4. diagnosi principale e comorbidità (quando vi sono altri disturbi compresenti a quello che ha maggiormente catturato l'attenzione del clinico e dell'utente); 5. numero di ricadute nella storia clinica e livello di gravità delle crisi precedenti

In linea di massima, l'intervallo tra la prima e la seconda visita varia da 1 e 6 settimane. Il periodo compreso tra la seconda e la terza generalmente è in linea di massima abbastanza simile a quello tra la prima e la seconda. L'intervallo temporale tra le visite successive è più variabile, in ragione dei parametri appena elencati, potendo essere compreso tra 4 settimane e 3 mesi.

Razionale

La revisione del trattamento migliora la qualità di vita e diminuisce la probabilità che ci sia una ricaduta. Nel caso in cui siano stati prescritti farmaci della famiglia delle benzodiazepine (o tranquillanti minori come lormetazepam, alprazolam, diazepam, bromazepam, etc.) si potrebbe andare incontro nel tempo a fenomeni di tolleranza (riduzione dell'efficacia del farmaco agli stessi dosaggi e necessità di aumentarli progressivamente per ottenere il medesimo beneficio della fase iniziale) o dipendenza (fenomeni di astinenza che insorgono quando si tenta di ridurre o sospendere il trattamento).

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 40 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

L'assenza di controllo su problematiche mediche insorte successivamente alla diagnosi potrebbero controindicare il prosieguo del trattamento basato sui farmaci prescritti nelle prime visite psichiatriche e causare ricadute.

Le visite dei primi mesi sono spesso mirate a correggere i dosaggi dei farmaci o a sostituire uno o più principi attivi in caso di mancata o scarsa risposta alla prima prescrizione. Una ricaduta (ritorno dei sintomi) è più facilmente controllata attraverso visite regolari poiché, attraverso gli opportuni correttivi al trattamento, essa può essere affrontata a partire dai suoi primi segnali. In altri casi, essa può essere prevenuta e non manifestarsi affatto.

Una crisi emotiva può essere preceduta dall'insorgenza di sintomi sentinella (precursori). Essi vengono generalmente trascurati o minimizzati dai soggetti in trattamento; al contrario, queste manifestazioni possono essere facilmente identificate da un professionista della salute mentale. Allo stesso modo, la presenza di fattori di stress, gli effetti che producono sul piano emotivo e le modalità controproducenti che i soggetti pongono in essere (altri rilevanti elementi promotori di una frattura psichica) non vengono adeguatamente rilevati dagli utenti (specie quelli digiuni di psicoterapia) mentre ricevono molta attenzione in una visita psichiatrica di controllo.

Fonte

American Psychiatric Association: Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults

Introduzione al Modello dell'Integrazione Funzionale nella patologia grave - G.C. Zapparoli, 2009.

Linee Guida NIDA, principio n. 4 (National Institute on Drug Abuse (NIDA) National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services - 2012)

Canadian schizophrenia Guidelines. Schizophrenia and other psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders, 2017.

NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016

Dual diagnosis good practice guide, 2002 dipendenze e disturbi psichiatrici: esperienze italiane a confronto a cura di Matteo Ameglio e Luca Canestri, 2007.

Carrà, G. et al., 2015. Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review. Subst Abus, 36(1), pp. 75-81.

SOSTEGNO PSICOLOGICO

Descrizione

Il sostegno psicologico è un percorso condotto dallo psicologo rivolto a persone che vivono un momento di disagio o crisi personale a seguito di una situazione particolare o ad un determinato momento di vita oppure persone che presentano significative e croniche carenze dell'Io.

A seconda della problematica presentata e degli obiettivi concordati, l'intervento può configurarsi come:

- Sostegno psicologico individuale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 41 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

- Sostegno psicologico di coppia
- Sostegno psicologico familiare

Il sostegno psicologico può essere sia breve che lungo e la durata di ogni incontro è variabile.

Razionale

In maniera più specifica lo psicologo mira a rafforzare le difese, facilitando così la capacità adattiva del paziente nel gestire le difficoltà di una crisi esistenziale. Questo obiettivo comporta spesso il dover reintegrare il paziente ad un livello precedente di funzionamento che è stato compromesso da una crisi. Invece, nel trattamento di pazienti con grave debolezza dell'Io, la costruzione dell'Io o dell'Adulto è un aspetto importante dei colloqui di sostegno. Pertanto, lo psicologo può fungere da Io ausiliario, aiutando il paziente a svolgere un più accurato esame di realtà o ad anticipare le conseguenze delle proprie azioni e pertanto a migliorare la capacità di giudizio.

Fonte

- 1- - Canadian schizophrenia Guidelines Schizophrenia and other psychotic Disorders with Coexisting
- 2- Substance Use Disorders. 2017
- 3- - Del Corno, Lang, Elementi di psicologia clinica, Franco Angeli, 2013
- 4- - Gabbard, Psichiatria Psicodinamica Raffaello Cortina Editore, 2015
- 5- - Giordano Invernizzi, Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica Ed.Mc Graw-Hill
- 6- - NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016
- 7- NICE clinical guideline 120 Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE, FAMILIARE E DI COPPIA

Descrizione

La psicoterapia è un percorso di trattamento dei disturbi psicologici che si realizza in una serie di incontri, tra il professionista ed il suo paziente, colui che è il portatore dei disturbi. L'accordo tra i due viene detto, appunto, contratto terapeutico ed esprime aspetti quali il luogo, la durata della singola seduta, i modi di lavorare, cosa accade quando si salta una seduta o vi è un intoppo, la lunghezza del trattamento, le

modalità di verifica di come sta andando il percorso, insomma tutto ciò che fa da cornice e definisce le condizioni per poter lavorare serenamente e proficuamente.

Le linee guida sulla durata delle psicoterapie condivise dalla comunità scientifica internazionale, definiscono "breve" un percorso di almeno 25 sedute spalmate in un lasso di tempo che va, da un minimo di 2-3 mesi ad un massimo di 5-6 mesi. Nella maggior parte dei casi, viene svolta una seduta una volta a settimana per circa 6 mesi. In questo caso è importante darsi degli obiettivi che per la durata di queste psicoterapie, in genere è focalizzata al risolvere i sintomi che molto spesso accompagnano la richiesta di cura.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 42 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Il paziente affetto da doppia diagnosi solitamente assume terapia farmacologica ma migliori risultati sono ottenuti quando ad essa viene affiancata la psicoterapia che agisce sinergicamente con la terapia farmacologica. Questa a sua volta, permette un migliorato compenso sulla sintomatologia e concentrazione su altri obiettivi della sua vita. Molto spesso i pazienti con doppia diagnosi sono in grande conflitto con la famiglia, a tal punto che a volte i rapporti vengono completamente troncati. Per questo motivo, quando si ha a che fare con un paziente che presenta una tale problematica, occorre affiancare anche una psicoterapia familiare.

Nonostante non vi siano evidenze chiare della maggiore efficacia di un tipo di intervento rispetto ad un altro, i risultati migliori si ottengono quando si riesce ad integrare il più possibile i vari tipi di terapia, ottenendo la massima inclusione al trattamento, l'assistenza coordinata fra i vari operatori e la valutazione continua dei livelli raggiunti, cercando di prestare il tipo di intervento maggiormente in sintonia con lo stadio del cambiamento.

Nel caso di paziente con patologia psichiatrica e abuso di alcool la terapia da utilizzare è l'intervento breve.

Razionale

Lo scopo della psicoterapia è quello di promuovere un cambiamento tale da alleviare in modo stabile alcune forme di sofferenza emotiva, tramite un contratto terapeutico.

Una varietà di interventi psicosociali sono stati sperimentati in pazienti affetti da doppia diagnosi, tra cui "La gestione delle contingenze", che è un modello di terapia comportamentale in cui un individuo viene rinforzato o ricompensato per l'evidenza di un cambiamento comportamentale nella direzione dell'obiettivo di cura, nel caso delle dipendenze, l'astinenza. La terapia cognitivo comportamentale è il tipo di psicoterapia più diffusamente utilizzato e sperimentato. Nell'ambito delle problematiche legate alle tossicodipendenze, un approccio che ha dato prove di efficacia è il Mindfulness-Based Cognitive Therapy per la depressione (MBCT), concepito come un programma di integrazione delle pratiche di mindfulness con i principi della terapia cognitivo-comportamentale applicati alle dipendenze. Tutti hanno dimostrato una certa efficacia (Grado: da basso a moderato) e dovrebbero essere usati se disponibili.

Fonte

- 1- Canadian schizophrenia Guidelines Schizophrenia and other psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. 2017
- 2- NICE clinical guideline 58. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016
- 3- NICE clinical guideline 120 Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people 2011
- 4- Bowen, Chawla & Marlatt (2010). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide. Guilford Press: New York.
- 5-Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve –Osservatorio nazionale alcol CNESPS-Centro Collaboratore OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcol correlati-2010

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 43 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Minori ($\geq 12 < 18$)

VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE

Descrizione

E' una visita medica che avviene con una scadenza stabilita durante il processo di cura ed è volta a ridefinire attraverso un 'esame psichico e neurologico di controllo e la somministrazione di prove strutturate (SAFA) l'andamento delle condizioni psichiche e neurologiche del minore.

Questo test comprende varie scale volte ad indagare eventuali sintomi legati all'ansia, alla depressione, ai dca, ai sintomi ossessivo-compulsivo ed alle somatizzazioni. Permette una valutazione dello stato emotivo psicologico del minore.

Razionale

La NPI serve per il monitoraggio dell'andamento della condizione clinica o per il trattamento di condizioni morbose già accertate con il precedente inquadramento diagnostico e di nuova insorgenza (evoluzione della psicopatologia o cambiamento dei sintomi) al fine di programmare un piano di interventi integrato per il paziente e la famiglia. La somministrazione del questionario SAFA serve per seguire il piano di trattamento al fine di monitorare la condizione clinica del minore (NICE guideline strong)

Fonte

- Risk of substance use disorders in adolescents with bipolar disorder, Timothy E Wilens¹, Joseph Biederman, Anne Kwon, Jeffrey Ditterline, Peter Forkner, Hadley Moore, Allison Swezey, Lindsey Snyder, Aude Henin, Janet Wozniak, Stephen V Faraone, 2019-2020

-Comparison of history of adolescents with substance-induced psychosis, early onset schizophrenia and substance use disorders, Z Matzova, I Skodacek, J Suba, F Bohmer, 2019-2020

-Internalizing disorders and substance use disorders in youth: comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention, Kelly A O'Neil¹, Bradley T Conner, Philip C Kendall, 2019-2020

-Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study, Renee D Goodwin¹, David M Fergusson, L John Horwood, 2019-2020

- [Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Scientific evidence], [Article in Spanish] Antonio Terán Prieto¹, 2019-2020

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 44 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE, DI COPPIA E FAMILIARE

Descrizione

La valutazione dell'opportunità di associare una terapia con psicofarmaci ad un intervento di tipo psicoterapeutico volto sulla famiglia e sul minore è importante nella presa in carico della condizione morbosa primaria o secondaria. La terapia familiare sposta la sua attenzione dal membro "malato" della famiglia a tutti i suoi componenti, rilevando come questi ultimi influenzino il comportamento del membro "malato". Nell'ottica della definizione del "ciclo vitale della famiglia", termine coniato attorno agli anni quaranta, si presuppone nell'evoluzione del sistema familiare l'incontro con alcuni "eventi nodali" che, attraverso la disorganizzazione-riorganizzazione del sistema stesso, implicano il superamento di alcuni compiti di sviluppo, permettendo così il passaggio ad una fase successiva. In quest'ottica ci chiediamo perché un sintomo si manifesta e come mai in un determinato periodo del ciclo evolutivo della famiglia e non in un altro.

Razionale

Sono interventi terapeutici volti a ripristinare una situazione di benessere psicofisico del minore e della famiglia in condizioni di patologia (NICE raccomandazione strong).

E' importante questo tipo di trattamento poiché permette di trattare in maniera integrata tutto il nucleo familiare in quanto si definisce che il portatore del sintomo rappresenta esclusivamente colui che porta alla luce un sintomo di disagio che appartiene a tutta la famiglia (NICE raccomandazione strong)

Fonte

-LG NICE guideline 2016.Coesting severe mental illness and substance misuse: community health and social care service

-Risk for Substance Use Disorders in young adulthood: Associations with developmental experiences of homelessness, foster care, and adverse childhood experiences, Howard B Moss¹, Shaokui Ge², Evan Trager³, Madeline Saavedra², Margaret Yau², Ijeoma Ijeaku², Deborah Deas², 2019-2020

-Lavorare con la famiglia del paziente con doppia diagnosi Giuseppe Zanda www.psichiatrigiusepezanda.com, 2019-2020

-doppia diagnosi esperienze di cura in Veneto USL n 8 Veneto, 2019-2020

PARENT TRAINING FAMILIARE

Descrizione

E' un intervento terapeutico di stampo educativo o psicoeducativo rivolto alla coppia genitoriale per gestire difficoltà comportamentali del minore. Consiste in incontri e colloqui con la coppia volti a stabilire, investigare e supportare l'adeguatezza delle funzioni genitoriali nelle varie condizioni patologiche presentate dal minore. Rappresenta un intervento di supporto rispetto ad altri già indicati per far sì che la

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 45 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

coppia genitoriale possa avere maggiori strumenti per individuare e correggere alcuni comportamenti disadattivi del minore che potrebbero verificarsi in ambito domestico o in altri ambiti (NICE guideline strong) raccomandazione 16.

Razionale

Le finalità del parent training familiare sono di seguito elencate:

- ottenere un idoneo coinvolgimento emotivo di fronte al problema del bambino;
- migliorare la relazione e la comunicazione genitori-figli;
- insegnare metodi educativi basati sull'osservazione sistematica del comportamento e aumentare la capacità di analisi dei problemi educativi che possono insorgere;
- aumentare la conoscenza del genitore sullo sviluppo psicologico del figlio e sui principi che lo regolano;
- migliorare il funzionamento familiare tramite la trasmissione di procedure di sviluppo di abilità di coping e di problem solving.

Esistono diversi programmi di parent training, studiati e applicati in una vastissima gamma di problematiche dell'età evolutiva, non quindi limitati all'autismo o ad altre disabilità mentali. I training possono essere individuali o di gruppo: quello individuale nello specifico è finalizzato alla risoluzione di particolari situazioni problematiche, e perciò alla formazione dei genitori che devono affrontare comportamenti problematici del proprio figlio. Questo tipo di parent training è soprattutto rivolto a genitori con bambini oppositivi, aggressivi, autistici, iperattivi, eurentici e autolesionisti.

Fonte

LG Canadesi sulla schizofrenia: schizofrenia e altri disturbi psicotici con disturbi da uso di sostanze coesistenti, 8-9- 2017

MACROFASE FOLLOW UP

Adulti (≥ 18 anni)

RIVALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Descrizione

La durata del progetto terapeutico di pazienti con doppia diagnosi può essere variabile e ripetibile: nelle fasi di remissione dei sintomi si può avere la dimissione, con una ripresa in carico durante le acuzie. Deve essere pertanto definito ed adottato un sistema di valutazione dei risultati sul singolo caso e di *follow-up* periodico e d'intesa con i servizi territoriali anche dopo l'intervento – su base semestrale, dopo 6, 12, 18 e 24 mesi – in relazione al progetto terapeutico individuale. Verranno stabiliti così incontri periodici di

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 46 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

“verifica” (che coinvolgono il paziente, operatori dell’equipe multidisciplinare ed eventuali familiari del paziente), nei servizi coinvolti ed eventualmente nell’ambiente di vita del paziente al fine di evitare ricadute.

E’ bene evidenziare che per dimissione potrebbe intendersi anche il superamento di una delle due patologie (disturbo psichiatrico o dipendenza da sostanze) con conseguente prosecuzione del trattamento specifico nel servizio di competenza.

Lo studio si declina attraverso la valutazione di alcuni parametri di outcome all’inizio del trattamento e alle dimissioni, appunto dopo 6, 12, 18 e 24 mesi di follow-up, dove si individuano alcune aree di indagine cruciali nella ri-definizione del risultato terapeutico. Le aree sono le seguenti:

1. funzionamento globale;
2. qualità della vita;
3. regolazione emotiva e capacità di coping (fronteggiare le situazioni);
4. consapevolezza di malattia e aderenza al trattamento.

Al fine di migliorare ulteriormente l’efficacia del trattamento occorre implementare interventi specifici volti al miglioramento della consapevolezza di malattia, nonché la motivazione dei pazienti che vengono inseriti per poter ridurre gli elevati tassi di dropout.

Se, dopo il trattamento, la persona continua ad avere sintomi, funzionamento alterato o è angosciata, ma non può essere fatta una chiara diagnosi di psicosi, è necessario monitorare regolarmente la persona per i cambiamenti nei sintomi e nel funzionamento fino a 3 anni utilizzando uno strumento di valutazione strutturato e validato. Se una persona chiede di essere dimessa dal servizio, bisogna offrire appuntamenti di follow-up e la possibilità di auto-referenziarsi in futuro. Inoltre, è opportuno chiedere al medico di base della persona di continuare a monitorare i cambiamenti nel suo stato psico-fisico. (*Monitoring and follow-up Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management - Clinical guideline NICE [CG178]* Published date: 2014).

Se una persona viene indirizzata a un programma di trattamento residenziale/ospedaliero o a un trattamento diurno strutturato per doppia diagnosi, dopo il completamento del trattamento è necessaria un’assistenza coordinata e programmata di follow-up a breve e a lungo termine. La durata ottimale del trattamento è incerta, ma i pazienti che restano in trattamento più a lungo hanno in genere risultati complessivi migliori. [Linee guida NICE (forti) – Raccomandazione 33].

È necessario rivalutare tutto quanto contenuto nella cartella clinica alla fase della valutazione iniziale, ovvero valutazione del paziente nel suo ambiente di vita, con visite cliniche periodiche ed eventuali esami tossicologici e strumentali, e rivalutazione del funzionamento generale (Mission - Periodico trimestrale della Federazione Italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze n.10/2004 anno III – II trimestre).

Tale rivalutazione deve essere opportunamente documentata attraverso una relazione di follow up.

Razionale

La letteratura evidenzia l’importanza della ridefinizione ed eventualmente, riprogrammazione costante dei programmi terapeutici in corso – a partire da una corretta diagnosi psicopatologica e di abuso e dipendenza (d’ingresso e nel tempo) e di un monitoraggio/follow-up, altrettanto semestrale, della storia

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 47 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

clinica del paziente in carico, al fine di valutare l'efficacia degli interventi, e prevenire possibili ricadute, sia nella dimensione psicopatologica che nelle più diverse forme di abuso e dipendenza (*Addendum Sip.Dip* (1) (2) Modelli Di Consultazione Per La Comorbidità Psichiatrica Nei Disturbi Da Uso Di Sostanze).

A partire dalla revisione della letteratura, l'indagine di follow-up si pone l'obiettivo di confrontare la condizione di vita rilevata nella valutazione iniziale con quella osservata al termine del programma terapeutico.

Fonte

- Addendum Sip.Dip (1) e (2) Modelli Di Consultazione Per La Comorbidità Psichiatrica Nei Disturbi Da Uso Di Sostanze,2013
- Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings - Clinical guideline NICE [CG120] Published date: March 2011
- Mission - Periodico trimestrale della Federazione Italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze n.10/2004 anno III – II trimestre).
- Monitoring and follow-up Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management - Clinical guideline NICE [CG178] Published date: 2014).
- NICE guideline, 2016. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services;
- Nuova rassegna di studi psichiatrici – rivista on line di Psichiatria – volume 19-21 gennaio 2020
- Psychosis and schizophrenia: management - Clinical guideline [CG82] Published date: March 2009 - NICE guideline CG178.
- Rivista di Psichiatria 2016; 51(2): 66-71
- The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie 2017, vol.62(9)624-634

PREVENZIONE RICADUTE

Descrizione

Sono interventi psicoeducazionali mirati al disturbo mentale e alla dipendenza patologica, volti all'identificazione dei principali segni di 'allarme' di ricaduta e prevenzione di uno scompenso. Rappresenta l'individuazione delle personali situazioni ad "alto rischio" di ricaduta e l'acquisizione di strategie di fronteggiamento che comprendono la farmacoterapia e gli approcci psicoterapeutici o di supporto. L'intervento consiste nell'utilizzo di una farmacoterapia avversiva e anticraving integrata con supporto psico-sociale (psicoterapia, partecipazione a gruppi di auto-aiuto e psicoeducazionali) per ridurre le ricadute.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 48 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Razionale

Quando le patologie sono in remissione, l'obiettivo è il mantenimento di una buona gestione, tramite la diminuzione del craving e aumentando la capacità di evitare e gestire la ricaduta.

E' necessario, pertanto, attivare modalità di gestione del periodo post-disintossicazione che siano di facile utilizzo per l'utente ed a costi contenuti, cercando di ottimizzare le risorse disponibili sul territorio.

Fonte

Canadian schizophrenia guidelines, schizophrenia and other psychotic disorder with coexisting substance use disorders, 2017

Minori ($\geq 12 < 18$)

RIVALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Descrizione

Consiste in una rivalutazione congiunta (anche in momenti diversi) degli operatori che hanno contribuito a formulare una diagnosi rispetto ad un minore o al sistema familiare attraverso diversi strumenti (tests). Si utilizzano gli stessi test usati in prima battuta o altri per poter integrare le informazioni necessarie (osservazioni, visite) in funzione dell'evoluzione della patologia (raccomandazione strong).

Razionale

E' un intervento che si programma in un follow-up per valutare come si è modificata la o le condizioni morbose di un minore e della sua famiglia. Attraverso i diversi strumenti usati dagli operatori è possibile valutare l'efficacia o meno di un percorso terapeutico

Fonte

- Canadian Journal of Psychiatry, 2018
- LG Canadesi sulla schizofrenia: schizofrenia e altri disturbi psicotici con disturbi da uso di sostanze coesistenti, 8-9- 2017
- Assessment and Treatment of Patients with Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse Center for Substance Abuse Treatment, 2021
- Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1994. Report No.: (SMA) 95-3061
- SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols, 2003.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 49 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1994. Report No.: (SMA) 95-3061.

PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Descrizione

La prevenzione delle ricadute consiste in diversi interventi di tipo medico (terapia farmacologica, prescrizioni di esami strumentali e clinici), psicologico (colloqui di supporto, psicoterapia) e sociale (visite domiciliari, segretariato sociale a supporto della famiglia e/o del minore).

Razionale

Prevenire le ricadute è importante per poter gestire la patologia e l'ambiente in cui è inserito il minore, per conoscere i fattori concomitanti e scatenanti l'insorgenza della condizione morbosa e per agire su di essi in modo da ridurre la fragilità insita nel minore e rafforzare l'ambiente significativo.

Forza della raccomandazione: (NICE guideline strong)

Fonte

-Canadian Journal of Psychiatry, 2018

-DOPPIA DIAGNOSI E DIAGNOSI NASCOSTA D Berto, L Ciotti, M Fiasco, M Greco, L Grosso... - Atti del ..., 2005 - bibliotchedap.it

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 50 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

7.3 matrice delle attività

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO					
Colloquio di accettazione/ accoglienza utente	<u>SerD Potenza e Melfi:</u> il paziente accede tramite appuntamento previo contatto telefonico da parte dell'utente stesso o di un caregiver o altro servizio che lo ha in carico. Il colloquio può avvenire dal lunedì al venerdì. Se il paziente accede direttamente al servizio viene garantito il colloquio.	Richiesta: diretta del paziente o degli operatori di altri servizi Esecuzione: Potenza: assistente sociale, medico serd, Melfi: educatore professionale	Accesso diretto (nei giorni di apertura) o entro 3 giorni lavorativi	Serd di Potenza, Melfi, Lagonegro, Villa d'agri	Serd: Registrazione sulla piattaforma informatizzata regionale Cartella condivisa con il CSM
	<u>SerD Lagonegro e Villa d'Agri:</u> il paziente accede al SERD tramite appuntamento telefonico o direttamente dal lunedì al venerdì e il colloquio viene garantito il giorno stesso per gli accessi avvenuti entro le 13.30, per i casi con accesso avvenuto dopo tale orario il paziente viene rinviato al giorno successivo.	Lagonegro: assistente sociale, medico serd Villa d'Agri: educatore, medico serd	Accesso diretto (nei giorni di apertura) o entro 3 giorni lavorativi		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 51 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	Per tutti i Serd gli appuntamenti successivi vengono concordati di volta in volta tra gli operatori coinvolti e gli utenti Il colloquio di accettazione di minori avviene anche in assenza dei genitori ma in tal caso non si procede con la presa in carico che avverrà solo previa acquisizione di consenso da parte del genitore o esercente la responsabilità genitoriale /minori <u>CSM</u> Si accede previa impegnativa del MMG tramite contatto telefonico oppure direttamente di persona dal lunedì al venerdì (Villa D'Agri, Vulture-Melfese, Potenza) da lunedì a sabato (Lauria). <u>CSM Potenza - Villa d'Agri</u> L'infermiere o assistente sociale compila la cartella e prenota tramite gestionale cup gli appuntamenti con gli specialisti indicati nell'impegnativa	<u>CSM</u> inviante: Ser.d-MMG-specialista, caregiver, forze dell'ordine, PS, Servizi sociali dei Comuni esecutore c/o : -CSM di Potenza-Villa d'Agri infermiere o assistente sociale	<u>CSM</u> su appuntamento: entro 3 gg (CSM Villa D'agri, Potenza) Lauria e Vulture-Melfese entro 30 gg. in urgenza: in giornata nei giorni e orari di apertura (a Villa d'Agri entro 3 gg	CSM di Vulture-Melfese, di Lauria, Potenza e Villa d'Agri	CSM : cartella informatizzata condivisa con il ser.d

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 52 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	<u>CSM di Lauria e Vulture Melfese</u> L'infermiere accoglie l'utente e compila la cartella nella parte anagrafica ed infermieristica. Contestualmente lo psichiatra effettua la prima visita con eventuale presa in carico. PS, Forze dell'Ordine e Servizi sociali possono segnalare telefonicamente o per e-mail/posta il paziente che conseguentemente accede al colloquio di accoglienza previo appuntamento comunicatogli telefonicamente dall'Infermiere o assistente Sociale oppure direttamente in caso di urgenza. Il caregiver contatta telefonicamente o di persona il CSM per segnalare il paziente. Dopo colloquio con l'infermiere o l'assistente sociale, questi riferiscono allo psichiatra che stabilisce se necessaria la valutazione psichiatrica o psicologica, nel qual caso le prescrive. L'infermiere o assistente sociale comunicano la				

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 53 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	la data dell'appuntamento che sarà a domicilio o presso il CSM				
Valutazione clinica del medico del SERD	Il paziente viene accompagnato dal medico del SERD dall'assistente sociale o dall'educatore dopo il colloquio di accoglienza. Se al colloquio di accoglienza è presente anche il medico, la valutazione è contestuale. Gli appuntamenti successivi sono programmati e comunicati al pz dal medico stesso durante l'accesso. L'appuntamento per la valutazione del medico del ser.d nei CSM viene richiesto telefonicamente dallo psichiatra/altro operatore e dallo psicologo negli ambulatori di psicologia clinica. Entrambi comunicano la data all'utente. In caso di mancato incontro è l'operatore dell'accoglienza del ser.d a fissare un successivo appuntamento con lo stesso	Medico Ser.D. Infermiere Ser.D. per raccolta urine, eventuale test immediato ed eventuale invio in laboratorio	Di norma il giorno del colloquio di accoglienza. Se il colloquio di primo accesso avviene il venerdì in tarda mattina, la valutazione viene garantita entro 72 ore	Ser.D. Potenza Ser.D. Melfi Ser.D. Lagonegro- Ser.D. Villa d'Agri	Cartella clinica informatizzata condivisa con il CSM

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 54 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	I minori sono accompagnati per la valutazione medica del Ser.D dall'esercente la responsabilità genitoriale. Nel caso in cui il minore si sia rivolto al servizio di NPI prima di aver ricevuto la valutazione del medico del ser.d , il NPI nel referto o certificazione indica la necessità di rivolgersi al servizio per le tossicodipendenze territorialmente competente, segnalando eventuale urgenza, e, su consenso l'esercente la patria potestà, fa precedere l'ingresso del minore al ser.d da una telefonata per fissare un appuntamento che comunica all'utente.	Inviante: NPI Esecutore: Medico del ser.d			
Valutazione psichiatrica	<u>SERD Lagonegro</u> Il medico/infermiere/ass. sociale del SERD richiede telefonicamente al coordinatore o allo psichiatra del CSM di Lauria l'appuntamento per valutazione psichiatrica e lo comunica telefonicamente al paziente. Il CSM si avvale di un'agenda interna informatizzata.	Chi organizza l'accesso: vedi seconda colonna Esecutore: Psichiatra	<u>SERD Lagonegro</u> In urgenza : entro 24 ore in elezione: entro 30 gg	<u>SERD</u> Ser.D. Potenza e Melfi	Cartelle cliniche dei Ser.D. e CSM informatizzate e condivise

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 55 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	<u>SERD Villa d'Agri</u> Il medico/infermiere del SERD richiede telefonicamente al coordinatore del CSM di Villa d'Agri l'appuntamento per valutazione psichiatrica e lo comunica telefonicamente al paziente. Il CSM si avvale di un'agenda interna informatizzata. <u>SERD Melfi</u> Il paziente viene accompagnato dallo psichiatra dall'educatore dopo il colloquio di accoglienza. Se al colloquio di accoglienza è presente anche lo psichiatra, la valutazione è contestuale. Il medico del SERD è anche lo psichiatra di riferimento. <u>SERD Potenza</u> Il medico del serd o l'ass. sociale contattano di persona lo psichiatra presente presso il SERD che fornisce la data dell'appuntamento. Tale data viene comunicata	Chi organizza l'accesso: vedi seconda colonna Esecutore: Psichiatra	<u>SERD Villa d'Agri</u> In urgenza: entro 24 ore in elezione: entro 15 gg <u>SERD Melfi</u> contestualmente o subito dopo il colloquio di accoglienza <u>SERD Potenza</u> In urgenza: entro 3 gg in elezione: entro 7 gg	<u>SERD</u> Ser.D. Potenza e Melfi	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 56 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/T EMPI	DOVE	DOCUMENT I/ REGISTRA ZIONI
	al paziente dal medico serd o dall'assistente sociale. Gli appuntamenti successivi sono programmati e comunicati al pz dallo psichiatra stesso durante l'accesso. Nei Ser.d di Melfi e Potenza, in cui è presente lo psichiatra per talune terapie farmacologiche erogate solo dai CSM lo stesso richiede telefonicamente l'appuntamento per la valutazione psichiatrica c/o il CSM e lo comunica all'utente <u>CSM di Potenza - Villa d'Agri</u> Il paziente viene inviato allo psichiatra dall'operatore dell'accoglienza e inserito in agenda ambulatoriale cup informatizzata in spazi e tempi dedicati. Gli appuntamenti successivi (controlli) sono programmati tramite agenda cup dedicata dei controlli e comunicati al pz dallo psichiatra stesso durante l'accesso.	Esecutore inserimento agenda cup: infermiere	<u>CSM</u> ≤ 24 ore	Presso CSM di Lauria per pz inviati da SERD Lagonegro Presso CSM Villa d'Agri per pazienti inviati dal SERD di Villa D'Agri. Presso CSM di Potenza per pazienti inviati dal SERD di Potenza Presso CSM di Vulture-Melfese per pazienti inviati dal SERD di Melfi	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 57 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMP I	DOVE	DOCUMENT I/ REGISTRA ZIONI
	<u>CSM di Lauria</u> 1° visita v. colloquio di accettazione. Le prenotazioni per i successivi controlli sono effettuate direttamente c/o il servizio su agenda cartacea in attesa di agenda dedicata informatizzata e la visita viene assicurata previa regolarizzazione dell'impegnativa c/o il CUP. <u>CSM Vulture Melfese</u> 1° visita v. colloquio di accettazione. Gli appuntamenti successivi (controlli) sono programmati tramite agenda cup dedicata e comunicati al paziente dallo psichiatra stesso durante l'accesso. <u>Pronto soccorso e unità operative c/o ospedali di Potenza e Villa d'Agri, sede di SPDC</u> La valutazione psichiatrica viene richiesta telefonicamente dal pronto soccorso e anche via fax dalle unità operative. Se alla prestazione in pronto soccorso segue il ricovero in SPDC lo psichiatra del servizio richiede la valutazione del medico del ser.d per una consulenza e un	Richiedente: Medico PS o unità operativa Esecutore: psichiatra	<u>Pronto soccorso</u> In urgenza: in tempo reale Potenza e Villa d'Agri <u>unità operative Potenza</u> in urgenza: in tempo reale in elezione: entro 24/48 ore	SPDC di Potenza e Villa d'Agri	Referto di pronto soccorso SDO Lettera di dimissione

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 58 di 92
	DOBPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	avvio dell'induzione del farmaco sostitutivo. Alla dimissione del paziente lo psichiatra informa il ser.d e concorda con lo stesso e il paziente un appuntamento che riporta sulla scheda e lettera di dimissione ed invia al ser.d e al CSM		<u>Villa d'Agri</u> in urgenza: in tempo reale in elezione: in giornata		
Valutazione sociale	<u>Ser.D. di Potenza-Melfi-Villa d'Agri- Lagonegro</u> La valutazione sociale viene fatta dopo l'accoglienza, previ accordi con l'utente o l'esercente la responsabilità genitoriale per i minori per decidere il giorno e l'orario. La valutazione viene effettuata nel corso di più incontri Gli incontri successivi vengono stabiliti di volta in volta di comune accordo con l'utente <u>CSM di Potenza - Villa d'Agri- Lauria e Vulture/Melfese</u> Al colloquio di valutazione sociale si accede, dopo che l'utente ha effettuato la visita psichiatrica o il colloquio psicologico, su richiesta dello psichiatra o psicologo, o su invio delle Istituzioni territoriali (Comuni/	Inviante: operatore/i dell'accoglienza esecutore: Assistente Sociale Per il ser.d di Melfi e Villa d'Agri : assistente sociale dei CSM del Vulture-Melfese e di Villa d'Agri richiesta: psichiatra, psicologo, istituzioni territoriali, familiari del paziente, richiesta diretta del paziente	La prima valutazione viene eseguita entro un mese dal primo accesso CSM di Potenza: < 3 gg. CSM di Lauria: < 2 gg. CSM Vulture/Melfese: < 3 gg. CSM di Villa d'Agri: < 15 gg.	Serd/DSM	Cartelle CSM e Ser.d informatizzate e condivise

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 59 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	Scuole/Agenzie di formazione etc.), o da parte dei familiari, o direttamente su richiesta dell'utente. Il colloquio con l'assistente sociale avviene previo contatto telefonico da parte dell'utente o dell'assistente sociale, nel caso in cui l'utente ha difficoltà a contattare il servizio. Nel corso del contatto telefonico viene stabilito il giorno e l'orario. Le date dei successivi incontri sono stabiliti di volta in volta nel corso dei precedenti colloqui e vengono comunicate all'utente in seduta stante. Molti colloqui di valutazione sociale di primo accesso si effettuano c/o i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura rispettivamente degli Ospedali di Potenza e Villa d'Agri L'attività è svolta in presenza c/o Villa d'Agri dall'Assistente Sociale del CSM/SPDC di Potenza 2 volte mese	Esecuzione: assistente sociale		<u>CSM</u> Vulture-Melfese, Lauria, Potenza, Villa d'Agri <u>SPDC</u> c/o ospedale di Potenza c/o ospedale di Villa d'Agri	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 61 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	persona immediatamente dopo la visita psichiatrica, se presente in struttura. <u>CSM Potenza -Vulture-Melfese e Villa d'Agri</u> La valutazione psicologica viene effettuata su invio dello psichiatra del CSM, del M.M.G, di altro Servizio che ha in carico l'utente e su richiesta diretta o di un caregiver tramite prenotazione c/o il cup di valutazione (visita) psicologica. Per gli incontri successivi la richiesta deve indicare "somministrazione di test proiettivi della personalità" e/o "somministrazione di test di intelligenza" Si accede senza codici di priorità. Il colloquio può avvenire dal lunedì al venerdì <u>Psicologia clinica</u> Il paziente accede su richiesta del MMG tramite prenotazione c/o il cup senza codici di priorità. Per tutti i Ser.d, CSM e il servizio di psicologia clinica gli appuntamenti successivi al primo	Inviante: MMG, psichiatra, altri servizi Esecutore: psicologo Inviante: MMG Esecutore: psicologo Esecutore prenotazione c/o postazione cup CSM: infermiere	<u>CSM Potenza</u> per il primo colloquio entro 60 gg. Per i test entro 15gg. In urgenza in giornata <u>CSM Vulture-Melfese e Villa d'Agri</u>: < 30 gg Servizio di psicologia clinica < 30 gg.	ambulatori c/o Lagonegro-Senise-Sant'Arcangelo e Villa d'Agri	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 62 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	vengono concordati di volta in volta tra lo psicologo e l'utente. Nei CSM di Potenza-Villa d'Agri-Vulture Melfese il successivo incontro è prenotato sulla postazione CUP se presente in ambulatorio, previa richiesta rilasciata dallo psichiatra. In caso contrario, è l'utente con prescrizione del MMG o dello psichiatra ad effettuare la prenotazione c/o il cup nella data indicata dallo psicologo. Nel CSM di Lauria le prenotazioni per i colloqui (1° e successivi) sono effettuate direttamente c/o il servizio su agenda cartacea in attesa di agenda dedicata informatizzata e la valutazione viene effettuata previa regolarizzazione dell'impegnativa c/o il cup				

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 63 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
Esami ematici e tossicologici	<u>Ser.d di Melfi, di Potenza e Lagonegro</u> Gli esami tossicologici vengono effettuati su campioni di materiale biologico (urine) acquisiti dall'utente all'interno del Serd. Tali campioni vengono portati dal serd di Melfi nel laboratorio analisi dell'ospedale di Melfi entro le ore 11,30, refertati entro 24 ore e acquisiti via telematica; dal serd di Lagonegro presso il laboratorio dell'ospedale di Lagonegro entro le ore 10,30, refertati entro le ore tredici e acquisiti via telematica; presso il ser.d di Potenza vengono stoccati in frigo in attesa di essere trasportati nel laboratorio analisi dell'ospedale di Potenza entro le ore 9,30 di ogni martedì e venerdì. I referti di campioni trasportati il martedì sono consegnati il venerdì successivo, quelli del venerdì il martedì della settimana successiva. Nei ser.d di Potenza, Melfi e Lagonegro i risultati	Richiesta medico del Ser.d : Ser.d di Melfi-Potenza e Lagoengro Esecutore laboratorio analisi rispettivi ospedali :	<u>Serd Melfi</u> Dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 11 ed il martedì e giovedì anche dalle 14,30 alle 16.00 (esame tossicologico rapido) <u>Serd di Potenza</u> (esami tossicologici) 8,15-9,30 e dalle 11,30-13,00 (per chi è già in trattamento farmacologico) 10-11 (per alcolisti e utenti con provvedimenti giudiziari) Lunedì e giovedì dalle 15-16 (per alcolisti ed utenti già in trattamento farmacologico) <u>Serd di Lagonegro</u> dal lunedì al venerdì 8-14 e il martedì e giovedì anche 15-18	Ser.d per acquisizione di materiale biologico (urine) e test rapidi su urine e saliva Laboratorio analisi ospedali Melfi, Potenza e Lagonegro per esame tossicologico su campione biologico	Serd: Registrazione sulla piattaforma informatizzata regionale Cartelle ser.d e CSM informatizzate condivise

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 64 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	dell'esame sono valutati nell'incontro successivo e solo in caso di positività c/o il ser.d di Potenza. In caso di nuovo utente con sintomatologia astinenziale che si presenta successivamente all'orario di consegna dei campioni in laboratorio per avviare l'induzione con farmaco sostitutivo viene comunque effettuato l'esame tossicologico rapido (salivare o test sulle urine) c/o i ser.d di Melfi e Potenza e lo stesso campione viene stoccato in frigo il attesa di essere trasportato in laboratorio per l'esecuzione dell'esame seguendo l'iter degli altri campioni; c/o il ser.d di Lagonegro viene effettuato l'esame tossicologico di urgenza presso il laboratorio analisi dell'ospedale di Lagonegro <u>Ser.d di Villa d'Agri</u> Gli esami tossicologici vengono effettuati all'interno del Serd con kit valutativi monouso immediati nei giorni di				

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 65 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	apertura del servizio su campioni di materiale biologico (urine) acquisiti dall'utente. Presso tutti i ser.d in caso di minori il referto viene consegnato all'esercente la responsabilità genitoriale. <u>Esami ematici</u> <u>Per tutti i Ser.d</u> Gli esami ematici vengono prescritti dal medico del Ser.D o dal MMG (c/o serd di Villa d'Agri) o PLS in caso di minori ed effettuati c/o il laboratorio scelto dall'utente ove viene effettuato anche il prelievo. Una eventuale prenotazione c/o il laboratorio analisi scelto dall'utente rimane a carico dello stesso.	Richiedente: medico ser.d Esecutore : infermiere	<u>Serd di Villa d'Agri</u> 8,30-13,00 dal lunedì al venerdì ed il martedì e giovedì anche 15,00-17,00 Esami ematici : con prenotazione < 7 gg. c/o ospedali AOR e < 3 gg. c/o POD di Lauria e Chiaromonte. Nei giorni stabiliti c/o i punti prelievo territoriali dell'ASP orario: 8,00 -9,30. Nel POD di Venosa si accede senza prenotazione dal lunedì al venerdì orario: 7,30-9,30	laboratorio scelto dall'utente	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 66 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TE MPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	Il referto viene ritirato dall'utente e consegnato al medico del servizio la volta successiva. Tutti i referti vengono acquisiti nella piattaforma informatica del servizio In caso di minori gli esami vengono effettuati previo consenso dell'esercente la responsabilità genitoriale.				
Valutazione Neuropsichiatric Infantile (comprende il colloquio di accettazione) Valutazione Biopsicosociale dell'ambiente e della famiglia del minore	Si accede al servizio mediante una prima visita con impegnativa del PLS o MMG o su richiesta del medico di ser.d con visita prenotabile c/o il CUP con codice di priorità B-D-P. Il medico del ser.d fa precedere alla visita di NPI una telefonata. Gli incontri successivi sono effettuati su indicazione e prescrizione del NPI previa prenotazione di visita di controllo c/o postazione CUP se presente in ambulatorio. In caso contrario, la prenotazione è effettuata dall'utente c/o il cup nella data indicata dal NPI.	Inviante : PLS, MMG, medico del ser.d Esecutore: NPI Esecutore prenotazione c/o postazione cup ambulatorio: infermiere	B: 10 gg. D: 30 gg. P: 60 gg	Potenza Melfi, Lauria, Senise	Referto – ARCA

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 67 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
Valutazione psicologica minori	Si effettua successivamente alla valutazione NPI e si accede mediante impegnativa redatta dal medico specialista NPI per test di intelligenza, valutazione delle capacità adattive, test proiettivo, questionari di personalità. Le prestazioni sono prenotate c/o il CUP senza codice di priorità. Gli incontri successivi sono prenotati su postazione CUP se presente in ambulatorio. in alternativa sono prenotate c/o il cup dall'utente a seguito impegnativa rilasciata dal NPI. Gli utenti afferenti agli ambulatori di Senise e Lauria usufruiscono delle prestazioni degli psicologi presenti c/o i consultori familiari di Lauria, Senise e Lagonegro. Pertanto, accedono senza richiesta/impegnativa, direttamente, o chiedendo telefonicamente l'appuntamento. In tutti e tre i consultori vengono eseguiti il test WISC IV e il questionario Vineland-II; c/o il consultorio di Lauria anche il test MMPI 2°.	Inviante : NPI Esecutore : Psicologo Esecutore prenotazione c/o postazione cup ambulatorio: infermiere	Potenza: ≥120 gg Melfi entro 120 gg. c/o Consultori familiari si Senise, Lauria e Lagonegro: entro 60 gg.	servizio di psicologia di Potenza e Melfi a Lauria, Senise e Lagonegro c/o psicologi consultori familiari	Referto – ARCA Cartella cartacea

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 68 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
MACROFASE TRATTAMENTO					
Progetto terapeutico clinico assistenziale individualizzato	Il medico che ha preso in carico il paziente (CSM, Ser.D, NPI) attiva telefonicamente l'équipe multidisciplinare per la valutazione congiunta, concordando un primo incontro. Al primo incontro si identifica il case manager e si programmano gli incontri necessari alla stesura del PTAI residenziale o ambulatoriale. Al termine della stesura, il case manager condivide il PTAI con il paziente ed eventualmente i familiari (previo consenso del pz) ed attiva lo stesso Nel caso di minori : -il PTAI viene condiviso con l'esercente la responsabilità genitoriale. -l'équipe multidisciplinare è composta anche dagli operatori del consultorio familiare se il minore è già seguito dagli stessi. Si effettuano rivalutazioni con l'équipe multidisciplinare.	Inviante: il medico del servizio di primo accesso. Esecutore: Equipe multidisciplinare (medico psichiatra del CSM o neuropsichiatra infantile per i minori, medico del Serd, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere, MMG o PLS eventuali operatori dei consultori familiari, in caso di minori). Se il PTAI è di tipo residenziale, l'inserimento in comunità è curato dal responsabile del servizio di competenza prioritario in quel momento.	Il primo incontro è garantito entro 15 giorni dalla diagnosi. La stesura definitiva del PTAI e la sua attivazione è assicurata entro 30 giorni dal 1° incontro. Gli incontri successivi vengono programmati in base a quanto stabilito nel PTAI. rivalutazioni periodiche ogni sei mesi	Sede del primo accesso del paziente o altra sede concordata dall'équipe	Cartelle Ser.D e CSM informatizzate e condivise PTAI informatizzato

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 69 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	Qualora si effettui un inserimento comunitario si valuta l'andamento del percorso sulla base delle relazioni periodiche inviate dagli operatori della Comunità	Il case manager organizzerà le riunioni programmate da piano e quelle necessarie alla sua rimodulazione, il coordinamento degli interventi previsti e l'accesso ai servizi, la redazione dei verbali da inserire in cartella, i contatti con i familiari ed il paziente.			
Colloquio motivazionale (viene effettuato solo nel serd)	<u>Serd Melfi</u> L'utente accede con appuntamento dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,30, e anche il martedì e il giovedì dalle 14,30 alle 17,30 Nel corso dell'accoglienza effettuata dall'educatore, quest'ultimo concorda con l'utente la data e l'orario per il colloquio motivazionale.	Inviante: équipe multidisciplinare Esecutore serd di Melfi: educatore	<u>Tutti i ser.d</u> entro tre giorni lavorativi	Serd territorialmente competente	cartelle cliniche serd. E CSM informatizzate e condivise

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 71 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	il colloquio motivazionale. In caso di accoglienza da parte del medico lo stesso si preoccupa di mettere in contatto telefonicamente l'educatore con l'utente per definire la data e l'orario del colloquio motivazionale. <u>Serd di Lagonegro</u> Si accede su appuntamento dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 14,00 e anche il martedì e giovedì dalle 15,00 alle 18,00. Nel corso dell'accoglienza con l'assistente sociale o il medico viene deciso di comune accordo con l'utente la data e l'orario per il colloquio motivazionale. In caso di accoglienza da parte del medico lo stesso si preoccupa di mettere in contatto telefonicamente l'assistente sociale con l'utente per definire la data e l'orario del colloquio motivazionale. In tutti i ser.d gli incontri successivi vengono definiti negli incontri precedenti ed in caso di minori l'incontro viene concordato con l'esercente la responsabilità genitoriale.	Serd di Lagonegro: assistente sociale con specifica formazione			

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 72 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
Visita di controllo del medico SERD e Monitoraggio tossicologico	<u>Ser.D. Potenza – Ser.D. Melfi- Ser.D. Lagonegro- Ser.D.Villa d’Agri</u> L’utente accede previa programmazione effettuata dal medico nella precedente visita in base al quadro clinico, su agenda informatizzata o su sua richiesta qualora urgente. In caso di programmazione la data della successiva visita viene comunicata all’utente, se minore all’esercente la responsabilità genitoriale, al termine della precedente visita. Il monitoraggio tossicologico è programmato dal medico, sulla base del piano terapeutico su agenda informatizzata. L’utente si presenta al servizio nel giorno programmato per l’esame tossicologico o alcol test e per l’eventuale terapia farmacologica. E’ attuato anche al di fuori della visita di controllo.	Inviante: medico del Ser.D o su richiesta dell’utente in caso di necessità Esecutore: Medico serd, infermieri	a richiesta dell’utente: in giornata	Sede Serd territorialmente competente	Cartella informatizzata

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 73 di 92
	DDOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
Colloquio sociale	Il colloquio sociale in fase di trattamento viene svolto secondo gli obiettivi stabiliti dal Progetto Terapeutico Assistenziale Individualizzato. Di norma il primo colloquio viene effettuato dopo la presa in carico e la formulazione del PTAI previo appuntamento telefonico da parte dell'Assistente Sociale. Gli incontri successivi vengono programmati di volta in volta. Si effettuano colloqui individuali e familiari.	Inviante: équipe multidisciplinare Esecutore: assistente sociale c/o CSM (tutti), Ser.d di Potenza e Lagonegro Per il ser.d di Melfi e Villa d'Agri : assistente sociale dei CSM del Vulture-Melfese e di Villa d'Agri	Il I° colloquio viene effettuato max entro 3 giorni. I colloqui successivi sono programmati secondo il PTAI e possono essere settimanali e/o quindicinali.	<u>CSM e Ser.D.</u> (tutti)	PTAI e Cartelle Cliniche ser.d e CSM informatizzate e condivise
Verifica del progetto terapeutico	Il case manager attiva l'équipe multidisciplinare per la valutazione congiunta, periodica e finale del progetto terapeutico	Attiva: case manager Esegue: équipe multidisciplinare	Periodicamente sulla base delle necessità del paziente	Sede del primo accesso del paziente o altra sede concordata con l'équipe multidisciplinare	Cartelle ser.d e CSM informatizzate e condivise PTAI informatizzato
Inserimento in comunità terapeutiche residenziali per doppia diagnosi	La procedura d'inserimento in comunità a doppia diagnosi è stabilita con nota del direttore del DSM del 21/09/2018 prot. 94235. La proposta di inserimento nelle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali viene redatta dal case	Inviante: équipe multidisciplinare Esecutore: case manager UOSD Spars	Entro un mese dalla redazione della proposta di inserimento	c/o l'unica comunità regionale accreditata (società cooperativa sociale Fratello Sole) e c/o comunità extraregionali accreditate	Cartelle cliniche Ser.d e CSM informatizzate e condivise Relazioni per le comunità

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 74 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	manager su proposta dell'équipe multidisciplinare ed inviata al Responsabile dell' U.O.S.D. Strutture psichiatriche S.P.A.R.S (l'unità Operativa semplice Dipartimentale del DSM strutture psichiatriche per attività residenziali e semiresidenziali) per l'individuazione della comunità ove inviare l'utente. Nei ser.d e CSM dell'azienda ASP non c'è una lista di attesa per l'ingresso in comunità. Gli operatori della Spars verificano con la comunità la disponibilità all'accoglienza e, in caso positivo, viene informato il case manager che predispone l'organizzazione per l'ingresso in comunità e comunica la data all'utente. Dopo il completamento del trattamento residenziale il paziente viene invitato al follow-up				

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 75 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
Visita psichiatrica di controllo	<u>ser.d di Melfi e Potenza</u> Si accede previa prenotazione effettuata nella precedente visita dallo psichiatra sull' agenda della piattaforma informatica <u>CSM</u> La visita di controllo viene prescritta dallo psichiatra considerando il decorso della patologia durante la visita precedente e prenotata c/o la postazione CUP, se presente in ambulatorio. In caso contrario è prenotata dall'utente c/o cup nella data indicata dallo specialista c/o i CSM del Vulture-Melfese e di Villa d'Agri. Nei restanti CSM di Potenza e Lauria i controlli sono prenotati all'interno dei CSM.	Psichiatra Ser.d/ CSM Esecutore della prenotazione c/o postazione cup CSM: infermiere	La tempistica è strettamente correlata alla valutazione clinica del paziente	Ser.d di Melfi/CSM di Potenza-Vulture Melfese-Villa d'Agri e Lauria	Cartelle ser.d e CSM informatizzate e condivise
Sostegno psicologico	Si accede con impegnativa del MMG. I colloqui vengono effettuati a seguito di valutazione psicologica in numero	Inviante: équipe multidisciplinare Esecutore: psicologo/psicoterapeuta	d'elezione entro 7 gg. In urgenza in giornata	CSM o Serd di provenienza dell'utente	Cartella informatizzata condivisa CSM-Serd

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 76 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	variabile e con finalità diverse in base alla fase del progetto terapeutico assistenziale individualizzato che il paziente sta effettuando, al livello di difficoltà/patologia del paziente, al grado di motivazione dello stesso. In genere nelle prime fasi di trattamento si cerca di garantire un colloquio settimanale, nei momenti di crisi si offre la possibilità anche di un supporto telefonico tra gli appuntamenti. Data e orari dei colloqui successivi sono concordati direttamente con l'utente. Per la prenotazione dei successivi incontri nei CSM v. valutazione psicologica			CSM o Serd di provenienza dell'utente ambulatori di psicologia clinica di Lagonegro, Senise, Villa d'Agri e Sant'Arcangelo	Cartella informatizzata condivisa CSM-Serd Cartella cartacea c/o ambulatori di psicologia clinica
Psicoterapia individuale, familiare e di coppia	In tutti i CSM e i Ser.D si accede a seguito confronto con l'équipe che propone un percorso di psicoterapia individuale e/o familiare e/o di coppia. Nei CSM è necessaria l'impegnativa del MMG o dello psichiatra e la prenotazione c/o il CUP ad eccezione del CSM di Lauria dove gli appuntamenti si concordano direttamente	Inviante: équipe multidisciplinare <u>CSM di Lauria, di Potenza e Villa d'Agri e Vulture-Melfese</u> Esecutore: psicologo/ Psichiatra/ psicoterapeuta	<u>CSM di Lauria, Potenza, Vulture-Melfese e Villa d'Agri: ≤ 30gg.</u> Ser.d di Lagonegro e Villa d'Agri entro 30 giorni Ser.d di Potenza e Melfi entro 15 giorni	CSM di Laura, Villa d'Agri, Potenza e Vulture-Melfese	Cartelle cliniche Ser.d e CSM informatizzate e condivise

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 77 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	con le psicologhe del Servizio (di persona o telefonicamente). Nel <u>CSM di Lauria</u> le sedute individuali si svolgono settimanalmente per il primo mese e quindicinalmente a seguire; nel <u>CSM di Vulture-Melfese-Potenza e Villa d'Agri</u> nella maggior parte dei casi la cadenza delle sedute è di un incontro ogni due settimane (qualora ci sia gravità e/o si ritenga indispensabile lavorare con tempi diversi, si valuta una seduta a settimana). Per la prenotazione dei successivi incontri nei CSM v. valutazione psicologica In tutti i Ser.D la data e l'orario del primo appuntamento sono fissati con lo psicologo e lo psichiatra, solo in caso di richiesta diretta da parte dell'utente c/o ser.d di Melfi, telefonicamente o, recandosi direttamente al servizio. Gli incontri successivi sono concordati di volta in volta con gli operatori coinvolti. La tempistica delle sedute tiene conto della evoluzione del trattamento; c/o il ser.d di Melfi avviene con cadenza mensile	<u>Ser.D di Potenza, Villa d'Agri e Lagonegro</u> Esecutore: psicologo <u>Ser.d di Melfi</u> Esecutore: psicologo e psichiatra		Serd di Melfi, Potenza, Villa d'Agri e Lagonegro	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 78 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	<u>psicologia clinica</u> Si accede per la psicoterapia individuale con impegnativa del MMG previa prenotazione c/o il cup per la prima seduta. Gli appuntamenti successivi a cadenza settimanale si concordano direttamente con lo psicologo di volta in volta.	<u>psicologia clinica</u> esecutore: psicologo	Psicologia clinica entro 30 giorni	Ambulatori di psicologia clinica di Lagonegro, Senise, Villa d'Agri e Sant'Arcangelo	Agenda cartacea
Visita neuropsichiatrica infantile di controllo	La visita di controllo viene prescritta considerando il decorso della patologia v. valutazione NPI per successivi incontri	Inviante: NPI Esecutore :NPI	≤ 120gg	Potenza-Melfi-Senise-Lauria	Referto – ARCA
Psicoterapia familiare Parent-training familiare	Si accede tramite impegnativa sia per la psicoterapia sia per il parent training. Entrambe le impegnative sono redatte dallo specialista NPI per colloquio psicologico-clinico con le medesime modalità di accesso. Vengono effettuati due colloqui dallo psicologo in seguito si conferma la presa in carico e si stabilisce un calendario con prenotazione interna a cui si accede tramite ricetta per psicoterapia familiare Per prenotazione successivi incontri v. valutazione NPI	Inviante : NPI Esecutore: Psicologo	I tempi di attesa sono > ai 30 gg	Ambulatori di: Potenza –Melfi Consultori familiari di Senise-Lauria-Lagonegro	Referto – ARCA Cartella cartacea

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 79 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
MACROFASE FOLLOW UP					
Prevenzione ricadute	Le attività per prevenire le ricadute c/o i CSM e Ser.d sono rappresentate dagli interventi psicoeducazionali individuali o familiari effettuati all'interno di ciascun servizio e programmati sulla base del PTAI. Inoltre, c/o i ser.d viene utilizzata la farmacoterapia avversiva e anticraving e c/o i CSM la psicofarmacoterapia. Gli interventi psicoeducazionali, in ambedue i servizi possono aver inizio anche durante incontri precedenti (sostegno psicologico, visita psichiatrica, colloquio sociale) e proseguire con incontri specifici. La data e l'orario di ciascun incontro vengono decisi di comune accordo, operatore e paziente o familiari, nel corso del colloquio precedente. Nel caso in cui il paziente dovesse non rispettare la data individuata, l'operatore provvede a ricontattare telefonicamente il paziente per fissare un ulteriore appuntamento. c/o i CSM si accede con impegnativa del MMG o psichiatra indicante colloquio psicologico clinico o visita psichiatrica.	-Medico Psichiatra -Psicologo -Educatore -anche assistente sociale c/o CSM di Lauria e Rionero <u>SerD:</u> -Medico del SerD -Psicologo -Educatore -assistente sociale c/o ser.d di Potenza e Lagonegro (ass. sociale per gioco di azzardo e patologia psichiatrica)		CSM di Vulture-Melfese Potenza-Villa d'Agri e Lauria Ser.d. di Melfi-Potenza-Villa d'Agri e Lagonegro	-PTAI -Cartelle cliniche ser.d e CSM informatizzate e condivise

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 80 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

ATTIVITA'	COME	RESPON SABILITA'	QUANDO/ TEMPI	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRA ZIONI
	Per gli incontri con l'assistente sociale non è necessaria l'impegnativa. Inoltre c/o il CSM di Potenza sono effettuati incontri psicoeducazionali di gruppo su familiari di pazienti con n. partecipanti max di 12. Gli incontri sono organizzati per gruppi omogenei una volta al mese, convocati la prima volta per telefono e successivamente sulla base di un calendario condiviso tra operatore e familiari.			Aula formazione sede ASP di Potenza	
Prevenzione ricadute minori	Le attività per prevenire le ricadute sono le seguenti: -Interventi psicoeducazionali con gruppi, individuali e coppie o famiglie. Gli incontri vengono programmati tenendo conto degli obiettivi comuni da raggiungere. I gruppi sono convocati previa telefonata da parte degli psicologi che comunicano alle famiglie dei minori la data e l'orario. -Utilizzo di farmacoterapia Le attività vengono erogate durante la visita. Si accede con impegnativa del PLS o NPI indicante colloquio psicologico clinico o visita di NPI. v. valutazione NPI per prenotazione successivi incontri	Richiedente ed esecutore. -psicologo, NPI	In tutte le fasi del percorso Entro 15 gg.	Ambulatori di Neuropsichiatria infantile di Potenza, Melfi, Senise e Lauria	Cartella clinica cartacea Referto ARCA

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 81 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

8. Interfaccia ospedale-territorio

La necessità di integrazione tra ospedale e servizi territoriali e l'adeguata coordinazione del processo assistenziale è una priorità del PDTA che mira ad assicurare la qualità dell'assistenza a pazienti con patologie croniche complesse e ad introdurre un nuovo modo di lavorare in senso orizzontale tra i servizi territoriali e in maniera verticale tra l'ospedale e i servizi territoriali, tale da garantire la continuità dell'assistenza all'interno dei diversi livelli di assistenza.

Due sono le tipologie di rapporto che attengono l'interfaccia ospedale-territorio all'interno del PDTA doppia diagnosi:

- il rapporto tra i Servizi territoriali e il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)
- il rapporto tra i Servizi territoriali e l'ospedale.

Rapporto tra i Servizi territoriali e il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)

Nel ricovero volontario c/o il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) il medico psichiatra del territorio concorda con il SPDC la data di ingresso e la comunica al paziente. L'ingresso avviene tramite pronto soccorso. Alla dimissione il medico dell'SPDC contatta il casemanager affinché informi l'equipe multidisciplinare e garantisca la continuità assistenziale sul territorio per appuntamenti, eventuale modifica del PTAI, ecc.

Nella dimissione del paziente a seguito ricovero coatto viene seguito il medesimo iter del ricovero volontario.

Per quanto attiene i minori, gli stessi sono ricoverati presso SPDC Villa D'Agri, ove sono presenti due posti letto per i minori di anni 18. L'ingresso viene garantito come per gli adulti, con la differenza che la data di ingresso viene condivisa tra lo SPDC ed il neuropsichiatra infantile territoriale che tiene in cura il minore. Lo stesso si interfaccia con gli operatori del servizio psichiatrico ospedaliero per tutta la durata della degenza per una presa in carico congiunta.

Rapporto tra i Servizi territoriali e ospedale

Per quanto attiene i ricoveri in elezione per motivi non legati alla doppia diagnosi lo specialista ospedaliero richiede la consulenza psichiatrica/neuropsichiatrica solo se lo ritiene necessario. In caso di ricovero per motivi legati alla doppia diagnosi (es. esiti di tentato suicidio) lo specialista ospedaliero informa lo psichiatra ospedaliero che a sua volta informa il casemanager ai fini della continuità assistenziale. In caso di minore la consulenza neuropsichiatrica viene richiesta solo in caso di necessità al neuropsichiatra territoriale che tiene in cura il paziente.

La dimissione ospedaliera protetta viene attivata dal medico del reparto di degenza (SPDC o altro) c/o la centrale di dimissione, presente negli ospedali dell'AOR e in tutti i POD aziendali dell'ASP, che provvede a dimettere il paziente tenendo conto dei suoi bisogni, a domicilio, c/o strutture riabilitative, RSA o strutture socioassistenziali. Il medico del reparto compila la scheda di dimissione programmata, segnalando sulla stessa la tipologia di destinazione e la invia alla centrale unica di dimissione che provvede a valutare la congruità della stessa ed, in caso positivo, ad attivare le cure domiciliari c/o il Centro coordinamento delle cure domiciliari territoriale di riferimento o a prenotare il ricovero c/o la struttura indicata dal reparto. In

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 82 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

caso di ricovero, la struttura accettante ritrova nel programma informatico, unico per gli ospedali dell'AOR-ospedali ASP e strutture di ricovero private accreditate, la prenotazione e, se disponibile il posto letto appone la scritta accetta, visibile nel reparto che dimette e c/o la centrale unica delle dimissioni. Il reparto dimettente organizza la dimissione. In caso di indisponibilità di posto letto gli operatori della centrale delle dimissioni concordano con la famiglia del paziente un'altra struttura, nel caso in cui il paziente rifiuta la struttura disponibile, provvede a prenotare il posto letto c/o la struttura scelta dal paziente. In attesa di ricovero c/o la struttura scelta il paziente viene dimesso al proprio domicilio con l'attivazione dell'ADI. I trasferimenti tra gli ospedali dell'AOR sono a carico dell'ospedale. In tutti gli altri casi a carico della famiglia del paziente.

9. Modalità di comunicazione con il paziente, familiari e associazioni

In caso di paziente ricoverato c/o SPDC di Potenza o Villa d'Agri la comunicazione sulla diagnosi viene effettuata dallo psichiatra di turno, al paziente e ai familiari; nel caso di pazienti che si rivolgono ai servizi territoriali del DSM la comunicazione con il paziente e caregiver sulla diagnosi, trattamento e follow up viene effettuata dall'operatore case manager. In caso di minori le comunicazioni avvengono con l'esercente la responsabilità genitoriale.

Ai pazienti /caregiver viene fornita una brochure in cui è stato riportato in breve il PDTA. La brochure viene distribuita nei servizi sottoelencati.

Materiale Informativo per pazienti	Struttura/Servizio di riferimento
Brochure sulla Doppia Diagnosi per pazienti e familiari: presentazione del PDTA	CSM Vulture/Melfese, CSM di Potenza, CSM di Villa d'Agri, CSM di Lauria, Ser.d di Melfi, Ser.d di Potenza, Ser.d. di Villa d'Agri, Ser.d di Lagonegro, ambulatori di Neuropsichiatria infantile di Potenza, Melfi, Lauria, Senise, ambulatori di Psicologia clinica di Lagonegro, Senise e Sant'Arcangelo, Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura di Potenza e Villa d'Agri, Medici di medicina generale.

Presso il CSM di Potenza è attiva una associazione di familiari, denominata "Solarmente" che con l'ausilio dello psicologo e dell'assistente sociale si riunisce mensilmente per attività psicoeducazionali.

Presso il CSM Vulture-Melfese è presente l'Associazione familiari antistigma "Alda Merini" che si occupa delle attività di risocializzazione di familiari ed utenti anche con il coinvolgimento delle scuole medie superiori ed istituzioni del territorio.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 83 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

10. Monitoraggio del PDTA: indicatori e standard

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
1	Inquadramento Diagnostico Calcolato su pz incidenti 2022	Percentuale di pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in elezione al CSM che eseguono il colloquio di accettazione entro 3 gg/30 gg per CSM Lauria e Vulture Melfese dalla richiesta	Il colloquio di accettazione è un momento fondamentale per intervenire sul pz con doppia diagnosi	N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in elezione al CSM che eseguono il colloquio di accettazione entro 3 gg /30 gg per CSM Lauria e Vulture Melfese dalla richiesta / N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in elezione al CSM *100	≥ 70%	Accordo interno	CSM Lauria Potenza, Villa D'agri e Vulture-Melfese: infermiere	Ufficio Qualità ASP		Semestrale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 84 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
2	Inquadramento Diagnostico Calcolato su pz incidenti 2022	Percentuale di pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in urgenza al CSM/NPI che ricevono il colloquio di accettazione il giorno in cui accedono	La tempestività del colloquio è un aspetto fondamentale per poter intervenire precocemente sul pz con doppia diagnosi	N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in urgenza al CSM/NPI che ricevono il colloquio di accettazione il giorno in cui accedono / N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi con primo accesso in urgenza al CSM/NPI *100	≥ 95%	Accordo interno	CSM Lauria Potenza, Villa D'agri e Vulture-Melfese: infermiere NPI distretto di Melfi-Venosa e Lagonegro psicologo	Ufficio Qualità ASP		Semestrale
3	Inquadramento Diagnostico Calcolato su pz incidenti 2022	Percentuale di pazienti con sospetto di doppia diagnosi che accedono in elezione per il colloquio di accettazione al SER.D entro 3 gg dalla richiesta	La tempestività del colloquio è un aspetto fondamentale per poter intervenire precocemente sul pz con doppia diagnosi	N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi che accedono in elezione per il colloquio di accettazione al SER.D entro 3 gg dalla richiesta / N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi che accedono in elezione per il	≥ 70%	Accordo interno	SERD Potenza: assistente sociale SERD Lagonegro: assistente sociale SERD Villa D'Agri	Ufficio Qualità ASP		Semestrale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 85 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
				colloquio di accettazione al SER.D*100			Melfi: educatore professionale			
4	Inquadramento Diagnostico Calcolato su pz incidenti 2022	Percentuale di pazienti con sospetto di doppia diagnosi che eseguono la prima visita medica entro 3 gg dalla richiesta.	La tempestività della visita medica è fondamentale per poter intervenire precocemente (anche dal punto di vista farmacologico) sul pz con doppia diagnosi	N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi che eseguono la prima visita medica entro 3 gg dalla richiesta/ N° pazienti con sospetto di doppia diagnosi che hanno effettuato la prima visita medica al Ser.D. *100	≥ 70%	Accordo interno	Ser.D. Potenza, Melfi, Villa D'Agri, Lagonegro Medico	Ufficio Qualità ASP		Semestrale
5	Trattamento Calcolato su pazienti incidenti	Percentuale di pazienti con doppia diagnosi a cui è stata confermata la doppia diagnosi dall'équipe multidisciplinare	Essenziale per valutare l'invio improprio all'équipe multidisciplinare	N° di pazienti con doppia diagnosi inviati all'équipe multidisciplinare ai quali è confermata la doppia diagnosi / N° di pazienti con doppia diagnosi inviati all'équipe multidisciplinare *100	≥ 90%	Accordo interno	Assistente sociale NPI psicologo	Ufficio Qualità ASP		Annuale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 86 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
6	Trattamento Calcolato su pazienti incidenti	Percentuale di pazienti con doppia diagnosi inviati all'équipe multidisciplinare entro 15 gg. dalla diagnosi	Fondamentale per valutare la tempistica di accesso alla valutazione multidisciplinare	N° di pazienti con doppia diagnosi discussi la prima volta dall'équipe multidisciplinare entro 15 gg dalla richiesta/ N° totale di pazienti con doppia diagnosi discussi la prima volta dall'équipe multidisciplinare *100	≥ 70%	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale
7	Trattamento Calcolato su pazienti incidenti	Percentuale di progetti individualizzati elaborati per pazienti con doppia diagnosi entro 30 gg dal primo incontro multidisciplinare dell'équipe	Fondamentale per valutare la tempistica della stesura del progetto individualizzato	N° di progetti individualizzati per pazienti con doppia diagnosi elaborati entro 30 gg dal primo incontro multidisciplinare dell'équipe/N° di progetti individualizzati per pazienti con doppia diagnosi elaborati dall'équipe	≥ 70%	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 87 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
				multidisciplinari *100						
8	Trattamento Calcolato su pz prevalenti	Percentuale pazienti adulti con doppia diagnosi che accedono al SER.D e CSM per seguire il programma concordato	Individua i pazienti che accettano il programma terapeutico	N° di pazienti con doppia diagnosi che accedono al primo incontro presso il SER.D e CSM dopo la sottoscrizione del PTAI /n. pazienti adulti con doppia diagnosi *100 Stratificato per distretto	≥ 70%	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale
9	Trattamento Calcolato su pazienti prevalenti	Frequenza di pazienti con doppia diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che abbandonano la comunità entro 1 anno dall'ingresso	Fondamentale per valutare l'appropriatezza del percorso riabilitativo individuato	N° di pazienti con doppia diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che abbandonano la Comunità entro 1 anno dall'ingresso	≤2 per distretto	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 88 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
10	Trattamento Calcolato su pz incidenti 2022	Frequenza di pazienti con Doppia Diagnosi che hanno effettuato un accesso in SPDC nell'anno	L'indicatore valuta la capacità di presa in carico del territorio e di limitare l'ospedalizzazione	N° pazienti con Doppia Diagnosi che hanno effettuato un accesso in SPDC nell'anno	≤2	Accordo interno	Infermiere del Ser.d	Ufficio Qualità ASP		Annuale
11	Trattamento Calcolato su pz incidenti	Percentuale di incontri programmati e rinviati dall'équipe multidisciplinare	E' utile per conoscere se si opera secondo un approccio integrato e coordinato coinvolgendo tutti i livelli di assistenza al fine di ridurre la frammentazione della cura	N° incontri programmati e rinviati dall'équipe multidisciplinare / n° incontri programmati dall'équipe multidisciplinare *100	≤ 20%	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale
12	Trasversale a tutte le fasi	frequenza di aggressioni fisiche di operatori	Il monitoraggio di eventi critici è utile per la programmazione di	N° di aggressioni fisiche ad operatori dell'équipe multidisciplinare da parte di pazienti con Doppia Diagnosi presi in	≤ 3 aggressioni/anno	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 89 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
	Calcolato su pz prevalenti	dell'equipe multidisciplinare da parte di pazienti con Doppia Diagnosi presi in carico dalla stessa in un anno	aggiornamenti formativi sulla prevenzione e gestione di eventi relativamente a pazienti potenzialmente aggressivi	carico dalla stessa in un anno						
13	Trasversale a tutte le fasi Calcolato su pz prevalenti	Frequenza di pazienti con Doppia Diagnosi in carico che si sono suicidati nell'anno	Importante per valutare l'efficacia delle attività dell'equipe multidisciplinare	N° di pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che si sono suicidati nell'anno	≤ 2 (calcolato complessivamente per tutta la provincia)	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP	/	Annuale
14	Trasversale a tutte le fasi Calcolato	Frequenza di pazienti con Doppia Diagnosi	Importante per valutare l'efficacia delle attività	N° di pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che	≤ 4 (calcolato compl	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP	/	Annuale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 90 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
	su pz prevalenti	in carico che hanno tentato il suicidio nell'anno	dell'equipe multidisciplinare	hanno tentato il suicidio nell'anno	essivamente per tutta la provincia)					
15	Trattamento e follow up Calcolato su pz prevalenti	Percentuale di pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che vengono ricoverati per motivi legati alla Doppia Diagnosi nell'anno	La valutazione dell'efficacia del PTAI è importante per limitare i ricoveri in SPDC	N° di pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare che vengono ricoverati per motivi legati alla Doppia Diagnosi nell'anno/ N° pazienti con Doppia Diagnosi in carico all'equipe multidisciplinare *100	<15%	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale
16	Trattamento e Follow up Pazienti incidenti	La percentuale dei pazienti con doppia che non raggiunge gli obiettivi	L'indicatore valuta l'adeguatezza del PTAI in riferimento ai bisogni del paziente in carico	N° pazienti con Doppia Diagnosi che non raggiunge gli obiettivi prefissati dal PTA nei tempi stabiliti/totale	≤20%	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 91 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

N°	FASE E POLAZIONE	DESCRIZIONE INDICATORE	RAZIONALE	CALCOLO	STANDARD	FONTE	RESPONSABILITA' rilevazione	RESPONSABILITA' elaborare	ECCEZIONI	PERIODICITA' ELABORAZIONE
		prefissati dal PTAI nei tempi stabiliti		pazienti con Doppia Diagnosi e PTA						
17	Trattamento e Follow up Calcolato su pazienti prevalenti	Percentuale di pazienti con doppia diagnosi e progetto individualizzato, che hanno abbandonato il percorso nell'anno	Fondamentale per valutare il coinvolgimento relazionale paziente-équipe e l'appropriatezza del programma	N° di pazienti con doppia diagnosi e progetto individualizzato che hanno abbandonato il percorso nell'anno/totale pazienti con doppia diagnosi e progetto individualizzato in carico nell'anno *100	≤30%	Accordo interno	Case manager	Ufficio Qualità ASP		Annuale

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA)	Pag. 92 di 92
	DOPPIA DIAGNOSI	Codice PDTA ASP
		Rev. 00 del

11. Pianificazione azioni di miglioramento

Le azioni di miglioramento vengono avviate in presenza di scostamenti dagli standard a seguito monitoraggio annuale degli indicatori e di una valutazione strutturata e sistematica delle cause che hanno determinato il mancato raggiungimento dell'obiettivo da parte delle strutture preposte all'implementazione e sviluppo del PDTA.

Le azioni da mettere in campo per raggiungere il risultato, eliminando o riducendo drasticamente la causa che ha contribuito allo sviluppo del problema, devono essere ben pianificate, approvate e monitorate, prevedendo i tempi di attuazione, la responsabilità dell'attuazione e del controllo dell'attuazione, secondo il seguente schema:

AZIONE AL DI FUORI DELLO STANDARD ATTESO	STANDARD DI RIFERIMENTO e RISULTATO	AZIONE DI MIGLIORAMENTO	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILITA DELL' ATTUAZIONE	RESPONSABILITA DEL CONTROLLO DELL'ATTUAZIONE	NOTE

12. Bibliografia di riferimento

-Canadian schizophrenia guidelines, schizophrenia and other psychotic disorder with coexisting substance use disorders, 2017

- NICE guideline: Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings, 2011

(altra bibliografia v. fonte di ciascun key)