PERCORSO DOPPIA DIAGNOSI

INDICE

INTRODUZIONE AL METODO 3

PRESENTAZIONE DEL PERCORSO SPECIFICO 4
Definizione di Doppia Diagnosi
epidemiologia 4
normativa di riferimento linee guida 5
analisi del contesto 6
Destinatari del percorso proposto 7
Servizi coinvolti operativamente nel percorso 6
Obiettivi 7
Indicatori 7
gruppo di lavoro 7
approccio diagnostico 8

RAGIONAMENTO CLINICO-ORGANIZZATIVO (DIAGRAMMA DI FLUSSO) 9
NOTE ESPLICATIVE DIAGRAMMA DI FLUSSO 10/11
MODULISTICA 12
ALLEGATI (procedura) 13/14
ABBREVIAZIONI 15
BIBLIOGRAFIA 15/16

INTRODUZIONE AL METODO

I percorsi clinico – organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione "sistemica" e complessiva delle prestazioni, della presa in carico dell'utente e quindi dell'assistenza offerta. Sempre più di frequente, infatti, il mondo sanitario richiede il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare. Da qui l'esigenza di utilizzare un approccio di lavoro non più per funzioni ma per processi. Un approccio siffatto, attraverso la costruzione di un processo tecnico-gestionale, permette un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento, in quanto da la possibilità:

- di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili,
- di instaurare un confronto tra i professionisti coinvolti in un unico processo,
- di misurare le attività e gli esiti con indicatori specifici,
- di definire gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento,
- di garantire chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori,
- di migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate,
- di prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti,
- di facilitare la visione totale della problematica da gestire,
- di agevolare a delineare il miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute
- di migliorare le prestazioni, la qualità della vita del paziente
- di ridurre la frammentazione e lo scoordinamento della cura, il trattamento inappropriato e la negligenze dell'attività di prevenzione
- di lavorare secondo un approccio integrato e coordinato alla malattia, che coinvolge tutti i livelli assistenziali
- di conoscere il paziente in modo da personalizzare la cura in base ai propri bisogni
- di migliorare il sistema informativo standardizzato tra i vari attori organizzativi

Elaborare dei percorsi clinico organizzativi significa quindi costruire dei piani che coinvolgono più professioni e più discipline costruiti per le specifiche categorie di pazienti, predisposti e usati da chi eroga prestazioni sanitari per mettere in condizione chi fornisce l'assistenza di identificare, misurare, analizzare e migliorare i processi di cura e rendere il meno gravosa possibile la gestione della malattia al paziente. Nei Percorsi è pertanto identificata la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute definiti ex-ante, raggiungendo quindi elevati obiettivi sia di efficacia che di efficienza.

PRESENTAZIONE DEL PERCORSO SPECIFICO

Definizione di Doppia Diagnosi (D. D.)

Il termine "Doppia Diagnosi", coniato dalla psichiatria statunitense (G. De Leon, 1989), è stato codificato nel 1995 dall' Organizzazione Mondiale della Sanità come ***«coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico»***. La D.D. è divenuta un paradigma che evoca problematiche di grande interesse e impegno assistenziale,sia per gli operatori della salute mentale, che per quelli delle dipendenze: fra queste, la correlazione tra effetti delle sostanze d'abuso e sintomi psichiatrici, il dibattito sull'eziologia dei disturbi da uso di sostanze, il problema del trattamento istituzionale della malattia mentale che è in genere nettamente separato da quello della dipendenza da sostanze, il problema della corretta integrazione tra i Servizi per le dipendenze e Servizi di Salute Mentale.

Inoltre, in questi ultimi anni, con l' evoluzione del fenomeno della tossicodipendenza, il rapporto tra disturbi da abuso di sostanze e disturbi mentali ha assunto maggiore rilevanza per una serie di fattori, quali la trasformazione del consumo delle sostanze d' abuso con l' immissione nel mercato delle cosiddette "nuove droghe" (in particolare psicostimolanti), le diverse modalità d' uso di vecchie droghe come l' alcol o gli oppioidi, il crollo del prezzo di molte sostanze d' abuso (come l' eroina), la nascita di nuovi canali di diffusione (internet), la crescita delle condotte di poliabuso, tutti fenomeni che hanno in vario modo facilitato l' accesso alle sostanze d' abuso, ampliandone il mercato e favorendone quindi anche l' assunzione da parte di persone con disabilità psichica, che precedentemente avrebbero avuto maggiori difficoltà a procurarsi la droga.

Le principali tendenze attuali indicano un maggior accostamento dei giovani all' alcol ed uno sviluppo di modelli di consumo "ad alto rischio" come l' abuso e l' ubriachezza soprattutto da parte degli adolescenti e dei giovani adulti (vedi l' espansione del fenomeno del "binge drinking"), così come il consumo simultaneo di alcol ed altre sostanze psicotrope (soprattutto cannabinoidi, cocaina, benzodiazepine etc...).

In quanto organismi in accrescimento, i giovani sono più vulnerabili ai danni psichici, emotivi e sociali causati dal proprio consumo di alcol o da quello di altre persone; esistono infatti inequivocabili legami fra eccessivo consumo di alcol e droghe, violenza, comportamenti sessuali a rischio, incidenti stradali.

Considerando l'ormai dimostrato effetto negativo sull' accrescimento del sistema nervoso centrale attribuibile ad alcune condizioni psicopatologiche (come la depressione: Serra, Biggio, 2010), nonché alle sostanze di abuso (Parolaro, Rubino, 2010), la combinazione della TD con la patologia psichica e l' effetto proprio delle terapie psicofarmacologiche costituisce una miscela esplosiva. (Deshmukh, Rosenbloom, De Rosa, Sullivan, 2005).

Poiché, come detto, l'assunzione di sostanze psicoattive è riconosciuta come causa o conseguenza di manifestazioni psicopatologiche, le persone con problemi sia di dipendenza patologica che di disturbo psichico possono presentare contemporaneamente o alternativamente aspetti clinici di competenza sia del SerD sia del CSM, ed essere perciò riconosciuti come pazienti in "doppia diagnosi" (D.D.), con il rischio, nel singolo caso, di un insufficiente o inappropriato trattamento delle problematiche di competenza del Servizio non coinvolto.

Epidemiologia Quadro clinico epidemiologico di riferimento

Premesso che l' attendibilità di qualunque analisi epidemiologica è sempre correlata alla definizione quanto più precisa e condivisa del fenomeno indagato, considerate, come si è visto in premessa, le difficoltà insite nel definire quali sono gli utenti in doppia diagnosi, si rileva che non sono attualmente disponibili dati sulla diffusione del fenomeno Doppia Diagnosi nel territorio della ASL n° 6.
Ipotizzando una prevalenza analoga a quella rilevata in altri ambiti nazionali, poiché nella popolazione generale la prevalenza nel corso della vita per uso, abuso o dipendenza da sostanze (incluso l'alcol) è compresa tra il 15 e il 18 %, ed in particolare dal 1,5 % per l' eroina, al 3,3 % per gli allucinogeni, al 3,7 % per gli stimolanti, al 6,9 % per la cocaina, al 31 % per la cannabis (dalla Relazione del Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2007), e poiché la comorbilità fra dipendenza e disturbo psichico rilevata nelle maggiori ricerche su campioni nazionali (Regione Veneto, 2002; Studio PADDI, 2005) è stimata fra il 5 ed il 50 % (dal 41 all' 87 % nelle ricerche internazionali: Rounsaville 1982, Vukov 1995, Brooner 1997, etc.), si potrebbe ipotizzare che nel territorio della ASL n° 6 un numero di persone compreso fra 750 e 9.000 presentino, almeno una volta nella vita, una condizione di doppia diagnosi.
Naturalmente, non è necessario predisporre programmi di intervento per un numero così indeterminato e potenzialmente così elevato di utenti, poiché nella prassi dell' attività quotidiana solo un relativamente piccolo numero di pazienti in doppia diagnosi richiede un intervento complesso che necessita dell' apporto coordinato delle risorse dei due Servizi. Si tratta di quegli utenti più gravi, o più resistenti alle terapie, o restii agli interventi riabilitativi, o con minore compliance, o con minore supporto sociale.

Linee guida normativa di riferimento

Linee guida :
Esistono in campo internazionale e nazionale diverse raccolte di Linee Guida per il trattamento della D.D. Fra queste, le linee guida del NIDA (National Institute on Drug Abuse) del 1997, aggiornate nel 2003, le linee guida elaborate in Germania dall' Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA) nel 1998, in ambito nazionale il protocollo operativo per l' intervento sui pazienti in D.D. approvato con la delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 3745 del 5 Dicembre 2004.

La normativa regionale di riferimento fa essenzialmente capo alle seguenti:

- Delibera della Regione Autonoma della Sardegna n. 44/9 del 20/9/2005, avente per oggetto: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l' accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso". Tale delibera introduce, fra l' altro, la fattispecie della **Comunità per l' assistenza agli utenti con Doppia Diagnosi**.
- Delibera della Regione Autonoma della Sardegna n. 12/3 del 27/3/2007, avente per oggetto: **"Programma Regionale di Interventi nel Settore delle Dipendenze"**, che nel rilevare l' emergenza del problema Doppia Diagnosi, elenca fra le azioni necessarie, fra l' altro, quella

di "garantire in particolare l'integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale per assicurare la presa in carico integrata dei pazienti in situazione multiproblematica", dettandone i principi fondamentali.

- Delibera della Regione Autonoma della Sardegna N. 45/14 del 28/8/2008, avente per oggetto: "Servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle dipendenze patologiche: adeguamento rette, dotazione di personale e criteri di inserimento in struttura". Tale delibera fornisce gli elementi per l' attuazione delle deliberazioni di cui sopra, la revisione del sistema tariffario, la verifica sull' articolazione e la flessibilità dei servizi offerti, e l' avvio dei relativi programmi di formazione degli operatori. Inoltre prevede testualmente che "la presenza di una doppia diagnosi, di alcolismo, etc., non giustifica di per sé l' invio dell' utente alla struttura specialistica, laddove le prestazioni richieste possono essere erogate dalle strutture residenziali di base e con il riconoscimento della tariffa prevista per la tipologia educativa o terapeutico riabilitativa". Pertanto prescrive esplicitamente che **"l' inserimento nelle strutture specialistiche** (leggi: Comunità per Doppia Diagnosi) **di persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche dovrà essere effettuato necessariamente previa valutazione diagnostica multidisciplinare congiunta tra SerD e Centro di Salute Mentale**".

ANALISI DEL CONTESTO

Nel contesto dell'azienda sanitaria di Sanluri, il punto di maggior criticità nel trattamento dei pazienti in doppia diagnosi è rappresentato dall' assenza di protocolli di collaborazione formalizzati e procedure operative condivise fra Servizio di Salute Mentale e Servizio per le Dipendenze.

Punti di forza sono invece rappresentati dalla piena operatività, nei rispettivi ambiti, dei due Servizi coinvolti (Salute Mentale e Dipendenze), dall' esistenza di prassi operative di intervento sull' utenza in doppia diagnosi ampiamente collaudate pur se non condivise e coordinate come la pronta accoglienza degli utenti con TD nelle fasi di crisi, la tempestiva presa in carico ambulatoriale, il rapido iter di inserimento presso le strutture terapeutiche residenziali

Il clima di buona collaborazione fra gli operatori favorisce l'integrazione tra i due servizi seppure strutturalmente separati.

Al fine di ottimizzare la presa in carico del paziente con DD da parte dei due servizi si propone il seguente *percorso clinico organizzativo e la procedura per la presa in carico condivisa del paziente in doppia diagnosi da parte dell'equipe multidisciplinare dipartimentale.*

Destinatari del percorso

Operatori del Dipartimento

Servizi coinvolti operativamente nel percorso

CSM

Ser.D

Servizio Professioni Sanitarie

Popolazione oggetto del percorso (target)

I destinatari del percorso clinico organizzativo saranno tutti gli utenti per i quali viene formulata una Doppia Diagnosi,

obiettivi

- Sviluppare un atteggiamento diagnostico terapeutico e progettuale adeguato alla complessità del paziente con DD
- Sperimentare interventi coordinati tra gli operatori delle U.O. tradizionalmente operanti in modo autonomo.
- Predisporre ed attivare procedure condivise per la presa in carico del paziente in DD
- Prevenire il "revolving door".

Indicatori

- N. batterie di test somministrati (BPRS,ASI, SOGS,GAF)/ utenti gestiti in equipe mista.(target 90%)
- N° verbali compilati / N° di richieste di equipe mista (target 90%)
- N° di consulenze espletate nei tempi stabiliti (< 10 gg) / N° richieste di consulenza (target 90%)
- N° riunioni di equipe mista espletate nei tempi stabiliti (< 20 gg) / N° riunioni di equipe mista (target 90%)

Documenti per la rilevazione dei dati

cartella clinica, verbali delle riunioni e copia consulenze effettuate.

Gruppo di lavoro – programmazione del percorso

Dr Scano Stefano Dirigente Medico Psichiatra CSM Sanluri incarico Resp. Staff DSM-D (Responsabile Scientifico/partecipante)
Dr. Coni Alessandro Direttore ff DSM-D, Direttore Centro Salute Mentale (partecipante)
Dr. Fois Angelo Direttore Servizio Dipendenze (SerD) (partecipante)
Dr. Atzei Renzo Dirigente Psicologo Ser.D (partecipante).
D.ssa Sodde Carla Dirigente Psicologa DSM-D (Partecipante).
Dr.ssa Mancosu Paola dirigente medico psichiatra CSM sede san Gavino (partecipante)
D.ssa Corda Marina Dirigente Medico Psichiatra Se.rD (partecipante)
Sig. Atzeni Giovanni Coordinatore Infermieristico DSM-D (partecipante)
Sig. Mereu Ignazia Infermiera CSM sede Sanluri (partecipante)
Sig.ra Guidi M Antonietta Infermiera CSM sede San Gavino (partecipante)
Sig. Maxia Giuseppe infermiere SERD (partecipante)
Sig.ra Collu Anna infermiere CSM sede Sanluri (partecipante)
Sig.ra Maccioni Antonella Assistente sociale SERD (partecipante)
Sig.ra Atzeni Rosalba coord. Inferm. P.O. SPS (Facilitatore/coordinatore)

APPROCCIO DIAGNOSTICO

Ai fini dell'inquadramento diagnostico il gruppo propone come strumenti l'ICD 10 (International Classification of Diseases) e il DSM –IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision) Infatti l'abuso, la dipendenza,l'intossicazione e l'astinenza sono concettualizzati dal DSM IV come disturbi specifici dell'assunzione di sostanze psicoattive.

Ai fini diagnostici, secondo il DSM IV i sintomi psichici che persistono per più di 4 settimane dopo la cessazione di una intossicazione acuta o dopo la sospensione, dovrebbero essere considerati manifestazioni di disturbo mentale indipendente dall'abuso e non necessariamente indotto da sostanze.

In riferimento al concetto di doppia diagnosi le più frequenti co-morbilità psichiatriche che accompagnano il disturbo additivo con riferimento al DSM – IV TR sono:

- *in Asse I*
- - Disturbi dell'umore
- - Disturbi d'ansia, attacchi di panico
- - Depressione maggiore o depressione atipica e distimia
- - Disturbi da deficit dell'attenzione ed iperattività
- - Disturbi dell'alimentazione
- - Disturbi psicotici
- - Disturbi dell'identità e della relazione sessuale

- *In Asse II*
- - Disturbo di personalità antisociale
- - Disturbo di personalità borderline
- - Disturbo di personalità narcisistico
- - Disturbo di personalità istrionico.

Strumenti diagnostici: Al riguardo si propongono

per il CSM :, BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale) ;

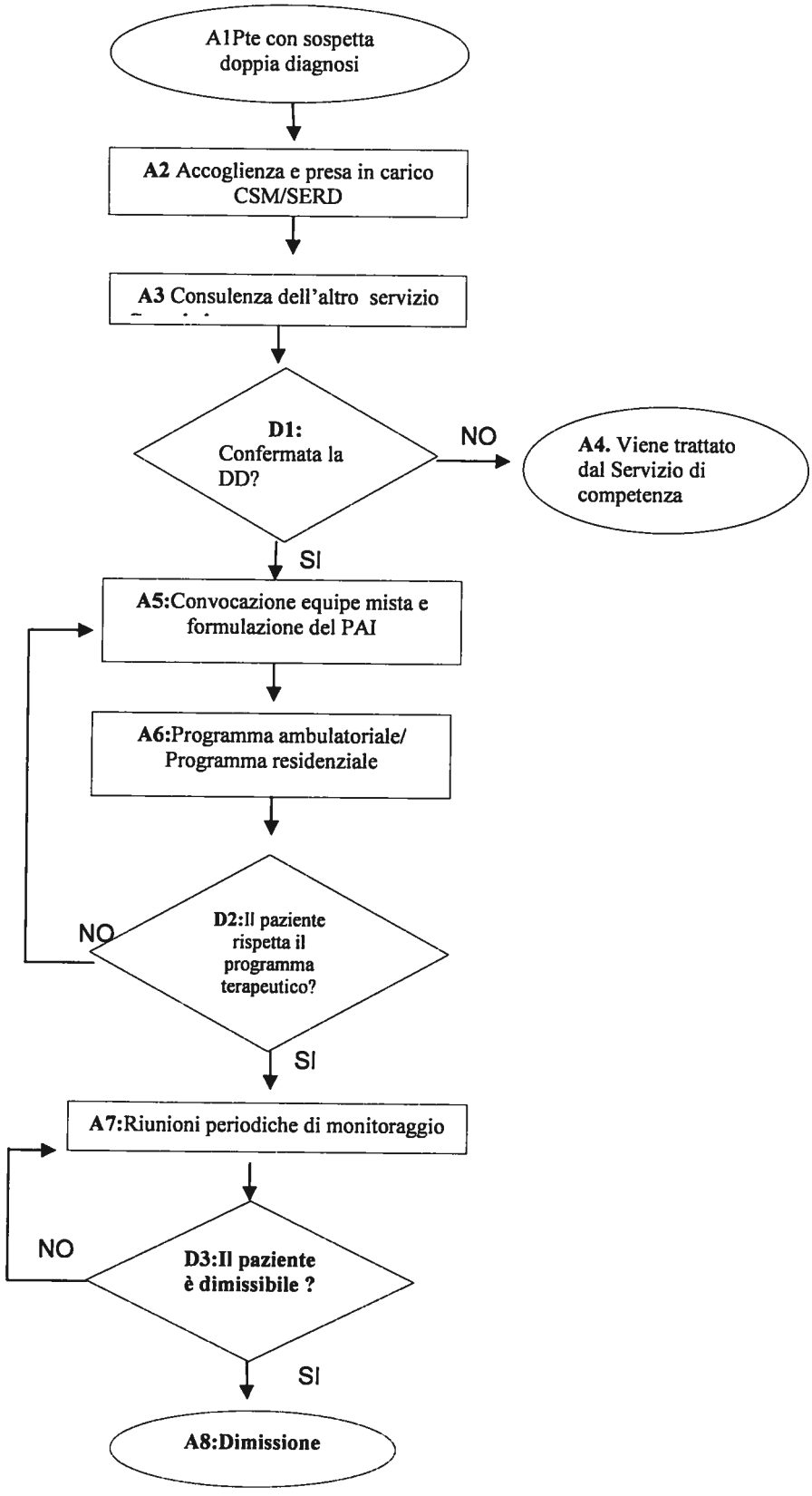
per il SERD: ASI (Addiction Severity Index) adattamento italiano, SOGS (South Oaks Gambling Screen).

nei due ambiti verrà utilizzato il GAF (Global Assessment of Functioning Scale), che fornisce una immediata informazione sul livello di funzionamento complessivo.

In tali pazienti, verrà effettuata la valutazione tossicologica mediante anamnesi e indagine di laboratorio.

DIAGRAMMA DI FLUSSO

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DOPPIA DIAGNOSI SERD /CSM



NOTE ESPLICATIVE DIAGRAMMA DI FLUSSO

A1 :INGRESSO DEL PAZIENTE CON SOSPETTO DI DOPPIA DIAGNOSI L'inquadramento diagnostico dei pazienti con importanti problemi di abuso di sostanze psicotrope o alcol e contemporanei problemi psichiatrici (eccedenti le manifestazioni psicopatologiche attese come diretta conseguenza della sostanza assunta), afferenti al CSM o al SERD, sarà effettuato da ogni singolo Servizio, per quanto di competenza.

A2 :ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO SERD/CSM:
Qualora il pz. afferisca al CSM e/o al SERD, il servizio avvierà il processo di valutazione clinico-diagnostico dei problemi psichiatrici e/o tossicomanici, che può essere supportato da specifici strumenti finalizzati a definire il livello di gravità del disturbo, con procedure semplici, di rapida esecuzione e di facile condivisione. Al riguardo si propongono
per il CSM : BPRS (brief psychiatric rating scale) ;
per il SERD ASI (addiction severity index) adattamento italiano, SOGS (South Oaks Gambling Screen).
Inoltre verrà utilizzato nei due ambiti indifferentemente il GAF (Global Assessment of Functioning Scale), che fornisce una immediata informazione sul livello di funzionamento complessivo. Si conviene che il valore di cut off del livello di gravità della scala GAF sia pari a 50.
In tali pazienti, verrà inoltre effettuata la valutazione tossicologica mediante anamnesi e indagine di laboratorio.

A3: CONSULENZA DELL'ALTRO SERVIZIO Medici e psicologi di un servizio possono richiedere consulenza specialistica all'altro servizio in caso di presunta contemporanea presenza di disturbi correlati all' uso di sostanze e disturbi psichici. Per l'attivazione dell'altro Servizio dovrà essere utilizzato il modulo di richiesta (allegato 1) e inviato come richiesta di consulenza ordinaria.

D1:E' CONFERMATA LA DD? Il paziente, all'esito della valutazione, ha una patologia psichiatrica predominante e attiva ed una tossicodipendenza non attiva o viceversa?

A4 : VIENE GESTITO DAL SERVIZIO D'APPARTENENZA se il paziente, all'esito della valutazione, ha una patologia psichiatrica predominante ed attiva e una tossicodipendenza non attiva o viceversa. Ci sarà una presa in carico da parte del servizio primariamente competente e l'altro avrà funzioni di consulenza (secondo il modello di trattamento sequenziale o parallelo)

A5 : CONVOCAZIONE EQUIPE MISTA se il paziente, all'esito della valutazione, ha una patologia psichiatrica attiva e contemporaneamente una tossicodipendenza attiva ci sarà una attivazione dell'equipe mista (secondo il modello di trattamento integrato)
.(vedi procedura allegata).

A6 ELABORAZIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO L'equipe si riunisce per una valutazione congiunta e una diagnosi multidisciplinare condivisa; elabora il progetto terapeutico individualizzato (PAI) che può

essere ambulatoriale o residenziale concordandolo col paziente, con particolare attenzione alla valorizzazione delle sue risorse. (condizione abitativa, socio economica ,familiare,formazione- lavoro, relazioni sociali, ecc.)
L'equipe nella stesura del PAI stabilisce la durata del programma, fissa gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione degli interventi.
Se viene definito un programma residenziale l'inserimento in Comunità deve essere curato dal servizio competente per la tipologia di comunità.

D2 : IL PAZIENTE RISPETTA IL PAI?
Qualora il programma terapeutico venga disatteso per ragioni riconducibili al paziente (es. abbandono comunità o discontinuità nel sottoporsi al trattamento ambulatoriale) l'operatore di riferimento del Servizio e del paziente riconvoca l'equipe mista per una rivalutazione del caso e la riformulazione del PAI

A7 :RIUNIONI PERIODICHE PER MONITORAGGIO Con cadenza prestabilita l'equipe mista si riunisce per il monitoraggio del caso.

D3: IL PAZIENTE è DIMISSIBILE? Per dimissione si intende la remissione e/o stabilizzazione di una delle due patologie (dipendenza e/o disturbo psichiatrico) con conseguente prosecuzione del trattamento specifico nel servizio di competenza.

A8 : DIMISSIONE In caso di esito positivo del programma il paziente viene dimesso dal percorso doppia diagnosi con decisione formalizzata dalla equipe mista.

Allegato 1

OGGETTO: RICHIESTA CONSULENZA SPECIALISTICA

Il Dr._____

In servizio presso: C.S.M. ☐ Ser.D. ☐

CHIEDE

Una consulenza da parte del C.S.M. ☐ Ser.D. ☐

Sig. _____

Nato a _____il _____

Residente in _____

In cura presso: C.S.M. ☐ Ser.D. ☐

Dal_____

Diagnosi_____

Terapia in corso_____

Motivazione consulenza:

_____

_____

_____

_____

_____li,_____

Dr.

_____

ALLEGATO 2

Procedura: attività dell'equipe multidisciplinare per la presa in carico condivisa del paziente in doppia diagnosi

Data di prima emissione Rev. n. 0.0	Data redazione 17/12/2013	Verifica data	Approvazione data
Gruppo di lavoro	Scano Stefano, Fois Angelo, Atzei Renzo, Sodde Carla, Mancosu Paola, Corda Marina, Maccioni Antonella, Atzeni Giovanni, Mereu Ignazia, Guidi M Antonietta, Collu Anna, Maxia Giuseppe, Facilitatore: Atzeni Rosalba		

INTRODUZIONE

La seguente procedura nasce dall'esigenza di operare secondo un approccio integrato e coordinato per il paziente con doppia diagnosi, coinvolgendo tutti i livelli assistenziali, al fine di ridurre la frammentazione e lo scoordinamento nella cura,facilitarela visione sistemica della problematica da gestire,migliorare la comunicazione tra gli operatori, sviluppare un atteggiamento diagnostico terapeutico e progettuale adeguato alla complessità del paziente con doppia diagnosi, identificando compiti e ambiti di responsabilità definiti e condivisi degli operatori che intervengono nella cura del paziente.

SCOPO/OBIETTIVO

- implementare interventi coordinati tra gli operatori delle U.U.O.O. tradizionalmente operanti in modo autonomo.
- attivare procedura condivisa per la presa in carico del paziente in Doppia Diagnosi.
- prevenire il "revolving door" .

CAMPO DI APPLICAZIONE / A CHI E' RIVOLTO

La seguente procedura si applica per la presa in carico condivisa del paziente in DD. E' rivolto a tutti gli operatori DSM-D

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' /MOTIVAZIONE/ RESPONSABILITA'/PROFESSIONISTI COINVOLTI

In caso di presunta contemporanea presenza di disturbi correlati all' uso di sostanze e disturbi psichici non adeguatamente gestibili da un solo servizio, medici e/o psicologi del servizio che valuta la necessità, dovranno richiedere consulenza specialistica all'altro servizio.

Operatività e invio richieste equipe multidisciplinare:

Se il paziente, all'esito della valutazione, risulti realmente portatore di una patologia psichiatrica attiva e contemporaneamente di una tossicodipendenza attiva, il medico che ha in carico il paziente proporrà l'attivazione dell'equipe dipartimentale, Le richieste di attivazione della equipe mista CSM SERD dovranno essere inoltrate al responsabile dell'area tematica Doppia Diagnosi al fine di coordinare la costituzione della stessa, avviare il percorso terapeutico del paziente, e istituire un registro di casistica aziendale.

Il responsabile D.D., predisporrà il primo incontro per la condivisione delle valutazioni diagnostiche, le criticità rilevate e la presa in carico condivisa.

Pertanto l'equipe multidisciplinare dipartimentale, dovrà essere costituita in tutti i casi in cui l' utente non si ritenga gestibile autonomamente da una singola U.O..

Si conviene che l'equipe dipartimentale sia costituita inizialmente almeno da: medico del servizio di riferimento, dal medico dell' altra U.O. coinvolta, oltreché da psicologo, infermiere, Assistente Sociale appartenenti ad una delle due U.O., successivamente l' equipe Multidisciplinare potrà includere altre figure professionali, sanitarie e non, che di volta in volta dovesse rendersi opportuno coinvolgere nella gestione del singolo caso (medico di base, specialisti, educatore, operatore di comunità, assistente sociale del comune di residenza, etc.).

Compito primario dell' Equipe Multidisciplinare è quello di predisporre il P.A.I. in relazione alle condizioni cliniche, socio relazionali, familiari e lavorative del paziente. Di stabilire i tempi di attuazione e di verificarne l'efficacia e i benefici sul paziente, di identificare gli ambiti di responsabilità di ogni componente.

Nell' ambito di detta Equipe Multidisciplinare verrà identificato il Case Manager.

Le funzioni di case manager possono essere svolte da ognuno dei diversi professionisti dell'èquipe: medico, psicologo, assistente sociale,infermiere, tecnico della riabilitazione e educatore.

Il professionista identificato come case manager all'interno dell'equipe MD, è l'operatore referente per il paziente lungo tutto il percorso di cura previsto nel PAI, in quanto coordina gli interventi previsti nel progetto elaborato dalla équipe, e ne convoca le riunioni necessarie o programmate e redige il verbale . In base alla rimodulazione del PAI, alle esigenze dell'utente, l'operatore idoneo al management del caso potrà essere sostituito dall'equipe.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

attori / attività	Case manager	R. Dip. Area Tematica Doppia Diagnosi	Medico struttura proponente (CSM SERD)	psicologo	Ass sociale	infermiere	Altre professioni	Resp CSM/ Resp.SERD
Attivazione equipe MD		R	R	R/C	C	C	C	I
Elaborazione PAI	R/S	I/C/R	R	R	R	R	C/I	I/R
coordinamento interventi/ verbale riunioni	R/S	I/C	I/C	I/C	I/C	I/C		I/C
verifica	R/S	I/C	R	R	R	R	I	I
dimissibilita'	R/S	I/C	R	R	R	R	I	I

Legenda: R= responsabile C= collabora-I= informato S=sintesi

Indicatori : n di equipe formate secondo procedura/n totale equipe formate

ABBREVIAZIONI

PAI: piano assistenziale individualizzato
DD : doppia diagnosi
CSM : Centro Salute mentale
U.O. unità operativa
Ser-D: Servizio Dipendenze
DSM-D Dipartimento Salute Mentale Dipendenze
ASI addiction severity index,
DSM –IV TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision
BPRS Brief Psychiatric Rating Scale
SOGS South Oaks Gambling Screen
GAF Global Assessment of Functioning Scale,
ICD 10 (International Classification of Diseases)

BIBLIOGRAFIA

De Leon G., Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders : what is being learned from research in therapeutic community, Journal of psychoactive drugs, 21, 177/188, 1989

Serra G., Biggio G., Atti del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia, Cagliari, 2010

Parolaro D., Rubino T., Atti del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia, Cagliari, 2010

Deshmukh Anjali; Rosenbloom Margaret J; De Rosa Eve; Sullivan Edith V; Pfefferbaum Adolf
Regional striatal volume abnormalities in schizophrenia: effects of comorbidity for alcoholism, recency of alcoholic drinking, and antipsychotic medication type.
Schizophrenia research 2005;79(2-3):189-200

Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2007

Regione Veneto, Indagine sulla prevalenza degli utenti dei Dipartimenti per le Dipendenze con doppia diagnosi psichiatrica al 31 dicembre 2002

Massimo Clerici et Al., PADDI Study - Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy, anno 2005

B.J. Rounsaville, et al.
Heterogenity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Arch. Gen. Psychiatry. 39,

pp.161-166, 1982

J. Vukov, et al.
Personality dimensions of opiate addicts. Acta Psychiatrica Scandinavica, 91, pp. 103-107, 1995

Brooner R.K., King V.L. Kidorf M. Schmidt CW Bigelow GE Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opiod abusers Arch Gen Psych 1997; 54; 71-80