



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **096** DEL **16 SET. 2020**

OGGETTO: Approvazione delle “Linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli operativi di collaborazione tra i Dipartimenti Salute mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze per favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi”.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si approvano le linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli di collaborazione tra Dipartimenti Salute mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze. Inoltre, si dà mandato al Gruppo Tecnico di lavoro che ha predisposto le linee di indirizzo di presentare all’Area Sanità e Sociale una proposta in ordine al fabbisogno, standard e relative tariffe per unità di offerta residenziali extraospedaliere specializzate nel trattamento dei pazienti con doppia diagnosi con indicazioni per una eventuale sperimentazione.

IL DIRETTORE GENERALE

AREA SANITA’ E SOCIALE

VISTO l’Accordo della Conferenza Unificata Rep. Atti n. 4, approvato nella seduta del 24 gennaio 2013, relativo al documento “Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale”, recepito dalla Regione del Veneto con DGR n. 1558 del 3 settembre 2013, che individua tra le azioni programmatiche “*la definizione di protocolli sui percorsi integrati di presa in carico e cura tra i servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze patologiche*”;

VISTA la legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 “*Piano socio sanitario regionale 2019-2023*” che indica tra gli obiettivi per la salute mentale la necessità di promuovere una forte integrazione tra Dipartimenti di Salute Mentale e Dipartimenti per le Dipendenze, in particolare al fine di favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi;

RICHIAMATA la DGR n. 3745 del 5 dicembre 2003, con la quale è stato approvato un protocollo operativo fra i Dipartimenti di Salute Mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze delle Aziende ULSS dedicato agli interventi congiunti in caso di pazienti con doppia diagnosi, finalizzato a permettere e facilitare la gestione operativa dei casi caratterizzati da rilevanti problematiche di ordine psicopatologico associate a comportamenti d’abuso;

VISTO il decreto del Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale n. 122 del 6 novembre 2019 di costituzione di un apposito gruppo tecnico di lavoro per la revisione del “Protocollo operativo di collaborazione tra i Dipartimenti Salute mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze” di cui alla citata DGR n. 3745 del 5 dicembre 2003;

VISTO il Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 48 del 14 maggio 2020 di integrazione della composizione del Gruppo Tecnico di Lavoro;

CONSIDERATO che il suddetto gruppo tecnico di lavoro, alla luce dei mutati contesti organizzativi ed operativi, propone un nuovo modello gestionale e organizzativo per il trattamento degli utenti con doppia diagnosi in cui il ruolo centrale è rivestito dall’equipe multidisciplinare con funzioni di “filtro attivo” e raccordo tra i due Dipartimenti ed il Territorio;

RICHIAMATE le linee strategiche regionali in materia di prevenzione e cura delle dipendenze, rappresentate nel dettaglio nel Piano Triennale per le Dipendenze 2020-2022, approvato con la DGR n. 911 del 9 luglio 2020, che indicano altresì come cogente l'implementazione ed applicazione degli strumenti diagnostici e terapeutici orientati alla comorbidità psichiatrica secondo i PDTA regionali e prevedono l'istituzione di un flusso dati per tale fenomeno;

RITENUTO di approvare il documento predisposto dal gruppo tecnico di lavoro "*Linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli operativi di collaborazione tra i Dipartimenti Salute mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze per favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi*" in **Allegato A**;

CONSIDERATO altresì che il gruppo tecnico di lavoro, dall'analisi effettuata sull'area della residenzialità extraospedaliera, relativamente al trattamento degli utenti con comorbidità psichiatrica, ha espresso la necessità di definire percorsi riabilitativi residenziali specificatamente dedicati a questo target di utenti;

VISTA la legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

DECRETA

1. di approvare il documento "*Linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli operativi di collaborazione tra i Dipartimenti Salute mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze per favorire percorsi di cura integrati per pazienti con doppia diagnosi*" di cui all'**Allegato A**, che costituisce parte integrante del presente atto;
2. di stabilire che le Aziende ULSS dovranno dotarsi di protocolli aziendali in applicazione delle linee di indirizzo regionali;
3. di stabilire che le Aziende ULSS trasmettano all'Area Sanità e Sociale i protocolli di cui al punto 2. entro il 30 novembre 2020;
4. di dare mandato al gruppo tecnico di lavoro di cui al decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 122 del 6 novembre 2019, la determinazione del fabbisogno, standard e relative tariffe per unità di offerta residenziali extraospedaliere specializzate nel trattamento dei pazienti con doppia diagnosi con indicazioni per una eventuale sperimentazione;
5. di stabilire che il gruppo nella definizione del mandato di cui sopra si avvarrà del supporto tecnico di Azienda Zero e di eventuali esperti in materia;
6. di stabilire che entro il 30 aprile 2021 il gruppo dovrà trasmettere all'Area Sanità e Sociale una proposta tecnica in attuazione al mandato di cui al punto 4.;
7. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
8. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.



F.to Dr. Domenico Mantoan



**Linee di indirizzo regionali per la
definizione di protocolli operativi di
collaborazione tra i Dipartimenti Salute
mentale e i Dipartimenti per le Dipendenze
per favorire percorsi di cura integrati per
pazienti con doppia diagnosi**



Il documento è stato redatto dal gruppo tecnico di lavoro come da Decreto del Direttore Area Sanità e Sociale n° 122 del 6 novembre 2019 e n° 48 del 14 maggio 2020

Dott. Marco Nuti	Dirigente U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria, Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, Regione del Veneto Coordinatore del Gruppo tecnico
Dott. Felice Alfonso Nava	Dirigente UO Salute Mentale e sanità penitenziaria, Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, Regione del Veneto Vice Coordinatore del Gruppo tecnico
Dott. Fabrizio Garbin	Direttore Direzione Servizi Sociali, Regione del Veneto
Dott. Mauro Filippi	Direttore Direzione Servizi Socio sanitari Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
Dott.ssa Maria Bianco	Direttore UOC Psichiatria Distretto Pieve di Soligo Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
Dott. Giuseppe Imperadore	Direttore DSM, Azienda ULSS 9 Scaligera
Dott. Diego Saccon	Direttore UOC SER.D, Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
Dott. Marcello Mazzo	Direttore UOC SER.D, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
Dott. Stefano Kusstatscher	Direttore U.O.C. Rischio Clinico, Azienda Zero
Dott.ssa Giulia Bassetti	U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria, Direzione Programmazione Sanitaria- LEA, Regione del Veneto funzione di supporto



Introduzione	4
Percorso di cura del paziente con comorbidità psichiatrica (“Doppia Diagnosi”)	6
Accesso al percorso di cura integrato	7
Equipe multidisciplinare	8
Formazione dell’equipe multidisciplinare	9
Formazione del Case Manager	9
L’Unità di Valutazione Multi Disciplinare (UVMD) nella gestione del paziente con comorbidità psichiatrica.....	9
Il percorso terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI).....	10
Setting Assistenziale	10
a) Ambulatoriale	10
b) Ospedaliero	16
c) Pronto Soccorso	16
d) Area riabilitativa	18
Residenzialità extra-ospedaliera.....	18
Percorsi riabilitativi semi-residenziali	20
Allegato 1 Il modello del Case Management nella gestione integrata del paziente con comorbidità psichiatrica (“doppia diagnosi”)	22



Introduzione

Il termine “Doppia Diagnosi” nasce negli Stati Uniti (Solomon et al., 1993)¹ sulla base dell’esistenza di circuiti assistenziali separati per i pazienti con disturbi psichiatrici e con dipendenza patologica: *“Quando i pazienti con doppia diagnosi venivano valutati, erano spesso esclusi da entrambi i tipi di programma di trattamento”* (Fioritti e Solomon, 2002)².

Il termine “doppia diagnosi” fa quindi riferimento in particolar modo alla modalità con cui i suddetti pazienti sono presi in carico e dal modello dell’organizzazione dei servizi. Tale definizione si è diffusa rapidamente nel mondo e anche in Italia dalla seconda metà degli anni novanta per una motivazione analoga a quanto già espresso, ovvero perché anche nel nostro Paese vi è una distinzione e una specificità tra servizi deputati alla prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi psichiatrici (Dipartimenti di Salute Mentale - DSM) e quelli da dipendenze patologiche (Dipartimenti Dipendenze - DD).

Nel testo si utilizza d’ora in avanti il termine “comorbidità” per indicare la “doppia diagnosi”, in quanto maggiormente corretto dal punto di vista clinico. La comorbidità si può definire in modo relativamente semplice come la co-occorrenza, anche life time, di diagnosi diverse poste per uno stesso soggetto, in un sistema nosografico categoriale che considera i diversi disturbi come distinti, e sostanzialmente indipendenti tra loro, in termini di esclusione reciproca e di gerarchia.

Rispetto allo sviluppo di dipendenza patologica, attualmente si ritiene che individui con vulnerabilità genetica esposti a stress cronico o affetti da un’altra patologia psichiatrica in comorbidità, così come quelli che hanno usato sostanze d’abuso nella prima adolescenza, siano a più alto rischio di passare ad un comportamento automatico e compulsivo nell’uso di sostanze quale quello che caratterizza l’addiction (Volchow e Morales, 2015)³.

Uno degli obiettivi principali nella clinica è stabilire quali rapporti di causalità vi siano in un quadro sindromico psicopatologico quando vi è associato un disturbo da uso di sostanze. Le tre principali possibilità, come suggerito anche dal DSM-5, per la diagnostica differenziale, sono che:

- (1) il quadro sindromico psicopatologico sia conseguenza diretta dell’abuso di sostanze;
- (2) esista un disturbo psichico primario che condiziona l’abuso di sostanze,
- (3) vi sia una co-occorrenza tra un disturbo da uso di sostanze ed un disturbo psichico primario, fra loro indipendenti.

Nel primo caso si ritiene che la remissione dei disturbi da uso di sostanze porti alla risoluzione anche del quadro psicopatologico secondario; nel secondo che il disturbo da uso di sostanze sia “sintomatico” per cui la sua risoluzione è legata, quantomeno “anche” al trattamento del disturbo primario; nel terzo caso che i disturbi possano avere una genesi indipendente e produrre una caratterizzazione clinica complessa e propria.

Le vie che possono condurre alla “comorbidità” sono tre: (1) fattori di rischio comuni; (2) disturbi mentali; (3) disturbi da uso di sostanze (NIDA, 2018)⁴.

Tra i primi vengono annoverati la vulnerabilità genetica (fra cui quella epigenetica), il coinvolgimento di circuiti cerebrali comuni alla base di entrambi i disturbi, i fattori ambientali, lo stress, i traumi e le esperienze avverse nell’infanzia. Tra i secondi vanno inclusi le modificazioni del funzionamento neurobiologico indotti da una serie di disturbi mentali che sono in grado di condurre all’uso compulsivo e al craving (es. l’ADHD influenzerebbe lo sviluppo di cambiamenti

¹ Solomon J., Zimberg S., Shollar E. (1993), Dual Diagnosis: Evaluation and Treatment Training and Program Development, Plenum Medical, New York.

² Fioritti A., Solomon J. (2002), Doppia Diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento, Franco Angeli, Milano.

³ Volchow Nora D., Morales M.; The brain on drugs: from reward to addiction, Cell 162, August 13, 2015.

⁴ NIDA (National Institute Drug on Drug Abuse), Common Comorbidities with Substance Use Disorders, Last Update February 2018, www.drugabuse.gov.



neurobiologici associati al craving). Tra i terzi vanno ricordati i cambiamenti neurobiologici indotti dal consumo di sostanze in soggetti vulnerabili, tali da favorire lo sviluppo di disturbi mentali (es. il rapporto tra cannabis e psicosi).

In tutti i casi la “comorbidità” deve essere gestita da una equipe multidisciplinare sia per quanto riguarda gli aspetti diagnostici sia terapeutici riabilitativi da parte dei servizi specialistici (CSM, Ser.D., NPI).

Il presente documento ha come oggetto i pazienti con comorbidità tra i soggetti con Disturbi Correlati a Sostanze (DCS) e disturbi da addiction e disturbi mentali severi (SMD), assumendo come definizione per questi ultimi quanto previsto nei PDTA approvati dalla Regione Veneto nel 2019 che prendono origine dalle linee di indirizzo previste nel Progetto di Azioni Nazionale Salute Mentale (PANSM, 2013). Non inclusa in questi PDTA è la comorbilità tra DCS e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) che talora presenta quadri severi che necessitano di una attenta valutazione.

A fianco della presa in carico e della diagnosi differenziale della comorbilità tra DCS e SMD, la collaborazione fra i Servizi dovrebbe svilupparsi anche su altri aspetti come la prevenzione dei disturbi psichici, con particolare attenzione ai soggetti ad alto rischio di sviluppare psicosi, la consulenza nei casi di disturbi psichici non severi, quella che riguarda le dipendenze comportamentali, segnatamente il Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA), la promozione della salute mentale attraverso interventi di prevenzione sia universale che selettiva.

Vi è inoltre una crescente evidenza della necessità della condivisione fra i diversi sistemi specialistici di strumenti diagnostici, farmacoterapici, psicoterapeutici e riabilitativi su cui è possibile sperimentare percorsi di confronto sia in ambito formativo che di esperienza clinica.

Quadro epidemiologico

Negli Stati Uniti secondo il National Survey on Drug Use and Health, nel 2018 il 7,8% della popolazione aveva un DCS, 19,1% un Disturbo Mentale (di qualsiasi natura), il 3,7% entrambi. La survey ha dimostrato che i disturbi mentali sono spesso associati al consumo di sostanza: l’assunzione di sostanze illecite è stata del 49,4% tra le persone con Disturbi Mentali Severi, del 36,7% tra quelle con qualsiasi forma di disturbo mentale e del 15,7% nella popolazione senza alcun disturbo mentale; il binge drinking è stato nelle predette categorie di soggetti rispettivamente del 32,3%, 31,3%, 25,3%. (SAMSHA, National Survey of Mental Health, 2018)⁵.

D’altra parte altri studi hanno dimostrato che fra i consumatori di sostanze sono spesso presenti disturbi mentali. Il progetto SIMI@Italia che ha valutato 6.000 soggetti in carico ai Ser.D. nel 2007 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2007) ha mostrato che il 22% ha una diagnosi di comorbilità (con un range fra i Servizi che va dal 13-51%) di cui il 56% corrispondente a disturbi di personalità, il 18% a psicosi affettive, il 10% a disturbi nevrotici e somatoformi, il 7% a psicosi schizofreniche, il 7% ad altri disturbi e l’1% a stati paranoici. Gli studi epidemiologici hanno anche dimostrato una stretta correlazione fra disturbi mentali e consumo di sostanze.

Nel progetto multicentrico regionale Veneto PICOS (Tosato et al., 2015)⁶ nel quale è stata analizzata una coorte di 397 pazienti all’esordio psicotico, la prevalenza di pazienti consumatori di sostanze illecite è risultata essere pari a poco più del 20%; tra le sostanze più frequentemente utilizzate si evidenzia la cannabis (19%), seguita dalla cocaina (4%) e allucinogeni (4%). D’altra parte, il rischio di sviluppare psicosi nell’abuso di cannabis è circa doppio rispetto alla popolazione

⁵ SAMSHA, National Survey of Mental Health, 2018, www.samsha.gov

⁶ Tosato S, Lasalvia A, Bonetto C, et al. The impact of cannabis use on age of onset and clinical characteristics in first-episode psychotic patients. Data from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS). *J Psychiatr Res* 2013;47:438-444.



generale per l' "abuso moderato" (OR: 1,97) e circa quattro volte maggiore per l'"abuso pluriquotidiano" (OR: 3,90).

Uno studio condotto negli anni 2002-2006 presso i DD della Regione Veneto ha rilevato una prevalenza di pazienti con "doppia diagnosi" del 20-21% per i soggetti con Disturbi da Uso di Sostanze stupefacenti e del 16-17% per i soggetti con Disturbi da Uso di Alcol, con una forte disomogeneità nei diversi territori. Sostanzialmente tale analisi dimostra un quadro di bassa reliability nelle diagnosi di comorbidità (Saccon et al., 2010)⁷.

Una recente rilevazione nei DSM/DD della Regione Veneto alla data del 31.12.19 ha dimostrato che i pazienti con comorbidità sono l'8.7% degli utenti in carico ai Ser.D. e l'1% di quelli dei CSM. Fra gli utenti con comorbidità il 49.3% sono alcolisti, il 27% dipendenti da oppiacei, il 9% dipendenti da cannabis e l'8% dipendenti da cocaina. Fra i disturbi psichiatrici quelli prevalenti sono i disturbi di personalità di cluster B (43%), le psicosi (27%) e i disturbi depressivi (18%).

Dei 1.931 utenti presenti nei DSM/DD con comorbidità il 70% segue programmi ambulatoriali, il 24% programmi residenziali e il 6% programmi semi-residenziali.

A riscontro dei dati rilevati emerge sempre più cogente la necessità di affinare la fase di valutazione diagnostica nei DSM/DD, anche utilizzando strumenti standardizzati di valutazione.

Percorso di cura del paziente con comorbidità psichiatrica ("Doppia Diagnosi")

La presa in carico e la gestione dei pazienti con comorbidità psichiatrica ("doppia diagnosi") è spesso argomento di discussione da parte dei professionisti in merito alla titolarità della presa in carico ed ai modelli organizzativi ritenuti più efficaci nella gestione di un'utenza che richiede interventi continuativi e ad elevato carico assistenziale.

Le diverse modalità di approccio e presa in carico adottate dai DSM e DD, riscontrabili anche osservando le marcate differenze che presentano i due Servizi, non hanno agevolato nel tempo lo sviluppo di modelli integrati di presa in carico; oggi per i servizi sanitari la presa in carico e il management degli utenti con comorbidità rappresentano una importante criticità sia in termini organizzativi che gestionali (Nava, 2010)⁸.

In questo contesto giova ricordare che a livello nazionale il DPCM 12.1.2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*" prevede l'integrazione tra Servizi:

- art.26 - "*assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali*", al comma 1 prevede la collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità;
- art.28 - "*assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche*", al comma 1 prevede la collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.

Per quanto attiene alla normativa regionale in materia si richiamano:

⁷ Saccon D., Banon D., Boatto E., Favaretto G. (2010), «La "Doppia Diagnosi" nel Veneto: indagine sulla prevalenza nei Dipartimenti per le Dipendenze», *Psichiatria di Comunità*, IX, 3-4: 170-178.

⁸ Nava F., 2010. La doppia diagnosi e l'integrazione dei trattamenti fra criticità organizzative e gestionali: l'esperienza della Regione Veneto. In Lucchini A., Strepparola G. (Editors). *Modelli di interventi in alcologia. L'esperienza e le indicazioni operative condivise degli operatori pubblici e privati in Lombardia*, Franco Angeli Editore, Milano, 97-104.



- DGR 1306/2017 “Linee Guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per la approvazione della dotazione di strutture nell’area non ospedaliera, per l’organizzazione del Distretto, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. DGR n.30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n.19)” che all’allegato D - Linee guida per il Dipartimento di Salute Mentale - recita come segue:” *è fondamentale prevedere ed implementare l’interfaccia con il Distretto sia per quanto attiene le aree della Neuropsichiatria Infantile che delle Dipendenze”.*
- L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018 che approva il Piano Socio Sanitario regionale 2019-2023. Tra gli obiettivi da perseguire relativi all’area Salute Mentale, annovera il seguente: *“promuovere una forte integrazione tra DSM e Dipartimento per le Dipendenze, in particolare al fine di favorire percorsi di cura integrati per i pazienti in doppia diagnosi”.*

Più in generale si deve evidenziare come il percorso di cura integrato dell’utente con comorbidità debba essere strutturato secondo logiche di integrazione e di specificità comuni ma non assimilabili né al singolo contesto della Psichiatria né a quello delle Dipendenze Patologiche. Tale evidenza si deve concretizzare in modelli clinico-organizzativi specifici che si rispecchiano in maniera trasversale in tutti i diversi setting di cura.

Accesso al percorso di cura integrato

L’accesso al percorso di presa in carico integrata per un paziente già in carico al DSM o al DD, richiede una valutazione preventiva da parte dei Servizi dopo aver compiuto una accurata diagnosi differenziale.

Per utenti non precedentemente in carico ai Servizi, l’accesso può avvenire secondo diverse modalità che sono:

- accesso diretto del paziente al CSM e/o al Ser.D.;
- invio da parte del MMG o PLS per una valutazione specialistica;
- invio da parte NPI per una valutazione specialistica (anche in previsione di una presa in carico condivisa);
- accesso dal Pronto Soccorso (PS) o da reparto ospedaliero, a seguito di richiesta di consulenza specialistica;
- invio da parte dell’Autorità Giudiziaria.

Si ribadisce che è sempre necessario il coinvolgimento nel percorso di cura dell’utente e dei suoi familiari, fin dai primi contatti con i Servizi specialistici, nonché del MMG e/o PLS.

Dopo la valutazione differenziale iniziale, confermata la necessità di presa in carico integrata in presenza di “doppia diagnosi”, per gli utenti ad elevato carico assistenziale e multicompleksi viene attivata **l’equipe multidisciplinare**, per completare la valutazione del paziente, necessaria per la predisposizione di un programma terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) da presentare, ove necessario, in sede di Unità di Valutazione Multi Disciplinare (UVMD). E’ necessario definire chiaramente la titolarità della presa in carico e la relativa equipe curante con evidenza della figura del case manager. La figura centrale dell’equipe curante è infatti il **case manager**, che in relazione ai bisogni specifici dell’utente e in relazione con il PTRI, ha un ruolo fondamentale nel coordinare e



”efficientare” il percorso di cura attraverso il collegamento tra i professionisti coinvolti, l’utente, i familiari, il sistema della rete e il contesto sociale.

Le attività e le funzioni del case manager sono dettagliate nell’**allegato 1**.

Equipe multidisciplinare

L’equipe multidisciplinare è interdipartimentale, funzionale ed è costituita stabilmente da operatori dei due servizi che, per parte del loro tempo lavoro, si riuniscono regolarmente, almeno due volte al mese. La responsabilità dell’equipe è in capo ai Direttori di Dipartimento che hanno facoltà di delegarla ad uno dei dirigenti per ciascuna delle due Aree.

Ha funzioni di “filtro attivo” e raccordo tra i due Dipartimenti ed il Territorio con gli obiettivi di seguito descritti.

- Valutare, approfondire e assicurare una pronta risposta a situazioni cliniche di comorbidità psichiatrica, di particolare complessità, segnalata da enti istituzionali o extraistituzionali;
- Promuovere la presa in carico assertiva dei Dipartimenti coinvolti, secondo l’organizzazione interna di ciascuno di essi, definendo la priorità clinica e la titolarità dell’intervento sulla base degli elementi clinici e contestuali emersi;
- Condividere con i referenti del caso (definiti appunto secondo l’organizzazione interna dei Dipartimenti) obiettivi e strumenti del PTRI, supportandoli tecnicamente;
- consentire la “standardizzazione” di percorsi di trattamento sostenuti dall’*evidence based medicine -EBM*;
- costituire una rete assistenziale non solo all’interno dei due dipartimenti, ma anche dei Servizi coinvolti nel percorso di cura dell’utente quali la NPI, i servizi consultoriali, le cure primarie (es. per utenti ultrasessantacinquenni), i servizi specialistici e ospedalieri (es. malattie infettive) e di emergenza/urgenza;
- monitorare l’andamento dei percorsi terapeutici, assistenziali e riabilitativi in atto, misurandone l’efficacia attraverso un set di indicatori sensibili e rendicontando l’attività dei risultati raggiunti;
- Successivamente, se necessario, promuovere una UVMD per definire tra l’altro, aspetti attinenti al budget o per meglio definire la titolarità di presa in carico;
- Proporre percorsi formativi comuni per migliorare le competenze di gestione dei pazienti con comorbidità psichiatrica;
- consentire la “standardizzazione” di percorsi di trattamento sostenuti dall’*evidence based medicine-EBM*;
- implementare la collaborazione con altri Servizi coinvolti nel percorso di cura dell’utente quali la NPI, i servizi consultoriali, le cure primarie (es. per utenti ultrasessantacinquenni), i servizi specialistici e ospedalieri;



Formazione dell'equipe multidisciplinare

La formazione specifica dei professionisti che compongono l'equipe multidisciplinare, e più in generale di tutti gli operatori dei Dipartimenti coinvolti nella gestione degli utenti con "doppia diagnosi", deve essere continua e prevedere contenuti trasversali relativi alla metodologia del lavoro in team e agli strumenti utilizzati nei processi ad alta integrazione.

La formazione deve affrontare sia contenuti tecnico-clinici, che gestionali, nonché organizzativo-assistenziali (percorsi appropriati, ecc.).

Costituiscono, pertanto, obiettivi formativi prioritari:

- l'approccio multi-professionale e lo sviluppo di competenze inerenti alla gestione dell'assistenza da parte del team;
- l'implementazione e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali adottati per la gestione integrata dei pazienti con comorbidità;
- l'identificazione degli strumenti di monitoraggio e verifica dell'implementazione dei PDTA;
- il governo delle reti nei servizi territoriali, l'integrazione con la rete ospedaliera e residenziale;
- le terapie farmacologiche, le psicoterapie basate sull'evidenza (EBM) e la riabilitazione.

Formazione del Case Manager

Per la formazione avanzata del case manager sono già attivi master universitari in case management, della durata di 1.500 ore pari a 60 crediti formativi universitari.

Il *core curriculum* del case manager prevede, tra l'altro la capacità di:

- progettare percorsi di gestione integrata per specifiche condizioni cliniche sulla base delle evidenze disponibili;
- utilizzare strumenti di approccio sistemico ai principali percorsi integrati;
- contribuire alla predisposizione dei piani di assistenza individualizzata dalla presa in carico alla dimissione ospedaliera e residenziale;
- gestire percorsi clinici integrando gli interventi di ciascun componente del team;
- conoscere e applicare la legislazione vigente.

L'Unità di Valutazione Multi Disciplinare (UVMD) nella gestione del paziente con comorbidità psichiatrica

La UVMD assume, per questa tipologia di utenti, particolare rilievo nella definizione:

- del percorso più appropriato sulla base del PTRI predisposto dall'equipe (con modalità, tempi e momenti di verifica);
- della responsabilità del DSM/DD riguardo le attività che devono essere garantite;
- dell'impegno di spesa per quanto riguarda i LEA e la compartecipazione ove prevista;
- del livello di coinvolgimento della famiglia, del terzo settore, della rete sociale nel suo complesso con le risorse attivabili.

Il coinvolgimento della famiglia deve essere obiettivo prioritario mediante interventi psico-educativi di gruppo o individuali, coinvolgendo la rete sociale (formale e informale) e favorendo la collaborazione fra i soggetti nel realizzare il progetto terapeutico dell'utente.

Al termine del percorso di trattamento è utile prevedere un periodo di monitoraggio e follow-up che verrà anch'esso definito dall'equipe curante in rapporto con l'equipe multidisciplinare ove necessario.

Il percorso terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI)

L'équipe multidisciplinare ha il compito della valutazione dell'utente al fine della definizione del PTRI che si deve basare su una valutazione:

- a. multi-professionale e multi-dimensionale;
- b. comprensiva del funzionamento globale;
- c. attenta alla qualità di vita percepita dall'utente.

Coerentemente con i principali documenti programmatori in materia di Salute Mentale (PANSM 2013; "Le Strutture Residenziali Psichiatriche", 25 marzo 2013, Gruppo di Lavoro Residenzialità Psichiatrica AGENAS-GISM), a supporto della valutazione nei suddetti ambiti devono essere utilizzati idonei strumenti validati. In tal senso è responsabilità dei DSM/DD l'adozione nella pratica dei servizi degli strumenti supportati dalle evidenze della letteratura scientifica e raccomandati dalla normativa, quali HoNOS, GAF, VADO e LQL.

Conseguentemente alla valutazione, viene definito il PTRI per l'utente e redatto a cura dell'équipe curante, comprendente le aree di intervento, gli obiettivi da raggiungere, i tempi previsti e le fasi di monitoraggio e valutazione.

Ai fini della continuità della presa in carico, è indispensabile che l'équipe curante ricerchi il coinvolgimento dell'utente e dei suoi familiari fin dalla fase di definizione e di avvio del progetto riabilitativo.

Setting Assistenziale

a) Ambulatoriale

I servizi territoriali (DSM e DD) hanno la responsabilità di completare l'*assessment* diagnostico e di formulare in maniera congiunta un PTRI per l'utente.

Si assumono tre modelli clinico-organizzativi per il governo dei processi di cura, individuati dal PANSM:

- a) la **collaborazione/consulenza**: che rappresenta una modalità di lavoro organizzata tra DSM, DD e medicina generale o tra servizi NPI, PLS, servizi psicologici o sociali e territoriali (es. scuole) per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- b) l'**assunzione in cura**: che rappresenta un percorso per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multi-professionali;
- c) la **presa in carico**: che rappresenta un percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e l'intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un PTRI per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del case manager e la ricerca e il "recupero" del rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre a un coinvolgimento delle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

L'elemento primario dei processi di cura è la valutazione, il cui primo step è rappresentato dalla diagnosi differenziale con i Disturbi Mentali Indotti da Sostanze (DMIS), elemento che permette l'accesso del caso all'équipe multidisciplinare.

In ogni caso è consigliabile utilizzare nel percorso diagnostico strumenti strutturati e validati per la formulazione delle diagnosi facendo riferimento ai sistemi nosografici ICD e DSM (ad esempio SCID-5, la SCID-5-PD, MINI, ecc.).

La definizione della diagnosi si avvale in modo sistematico dei seguenti:

- dati anamnestici;
- obiettività clinica ed esame psichico;
- accertamenti tossicologici di I° e II° livello;



- criteri di congruità tra effetto atteso dal tipo di sostanze consumate e quadro clinico presentato;
- decorso clinico.

Più in generale il percorso diagnostico che deve essere condotto ha come obiettivo quello di differenziare un disturbo psichico primario con una comorbidità per DCS da un DMIS o da un disturbo “non specificato”.

Nel primo caso (DMIS) il DSM-5 propone un procedimento schematico per la diagnosi differenziale dei DMIS attraverso un approccio di tipo “restrittivo” perché con l’eccezione di tre categorie (i disturbi neurocognitivi/demenza ed il disturbo amnestico correlato all’alcol ed ai sedativi ed i flash back correlati agli allucinogeni) stabilisce che tutti i disturbi che persistono oltre un mese dalla cessazione degli effetti delle sostanze vadano ritenuti primari.

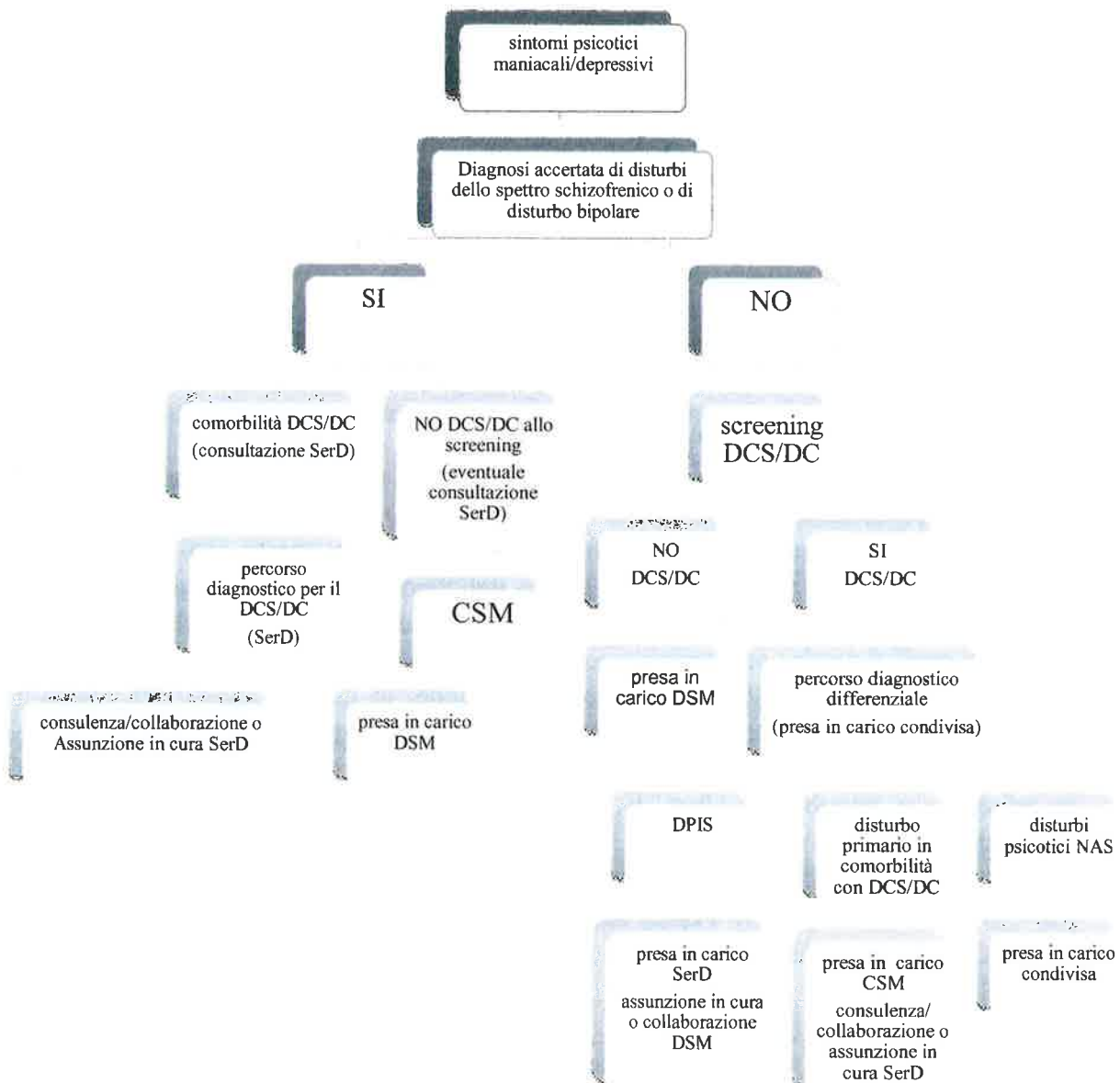
Nel secondo caso per il DSM-5 si può fare riferimento ai seguenti criteri principali:

- la sostanza è causalmente correlata allo sviluppo della sintomatologia psichiatrica che si sviluppa in corso di intossicazione o astinenza;
- alla stretta relazione temporale fra assunzione delle sostanze e comparsa della sintomatologia psichiatrica;
- alla congruità tra tipo, dose e durata di uso delle sostanze e sintomi psichiatrici sviluppati;
- alla capacità dei sintomi risolversi spontaneamente con la rimozione del fattore eziologico (al massimo 6 mesi secondo l’ICD-10).

Definito il quadro diagnostico possiamo evidenziare le seguenti categorie in funzione dei modelli clinico-organizzativi individuati dal PANSM:

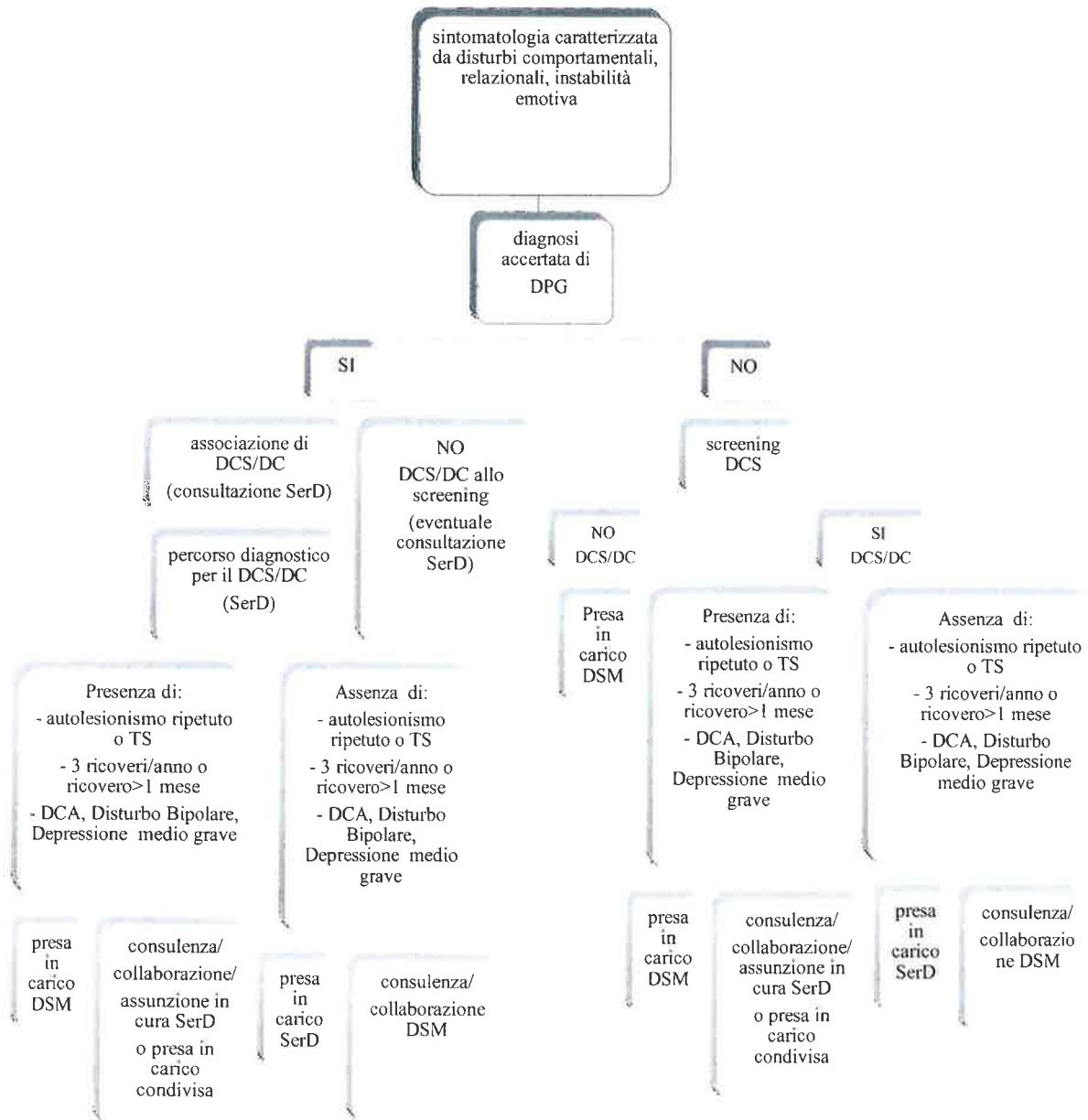
- (a) disturbi primari nei quali ci sia una comorbidità per DCS: in questo caso il DSM svolge attività di assunzione in cura/presa in carico dell’utente ed il DD svolge un’attività di collaborazione o di assunzione in cura per il trattamento del DCS (per il DGP vedi Fig. 2);
- (b) DMIS nei quali il quadro psicopatologico è causato dall’effetto delle sostanze e si dovrebbe pienamente risolvere a seguito della loro sospensione: in questo caso il DD svolge una assunzione di cura/presa in carico con l’obiettivo di raggiungere e mantenere la remissione del DCS e il DSM svolge una attività di collaborazione o assunzione di cura/presa in carico in relazione a possibili recidive dei quadri psicopatologici (anche acuti) e alla loro prevenzione;
- (c) Disturbi non ascrivibili ad (a) o (b) nei quali vi è una persistenza della sintomatologia psichiatrica non sicuramente indotta dall’uso di sostanze e in presenza di comorbidità per DCS: in questo caso l’assunzione di cura/presa in carico avviene congiuntamente tra DSM e DD.

Per maggiore completezza si riporta, relativamente al percorso diagnostico-terapeutico, quanto contenuto nei PDTA approvati dalla Regione Veneto nel 2019 (Fig.1,2,3).



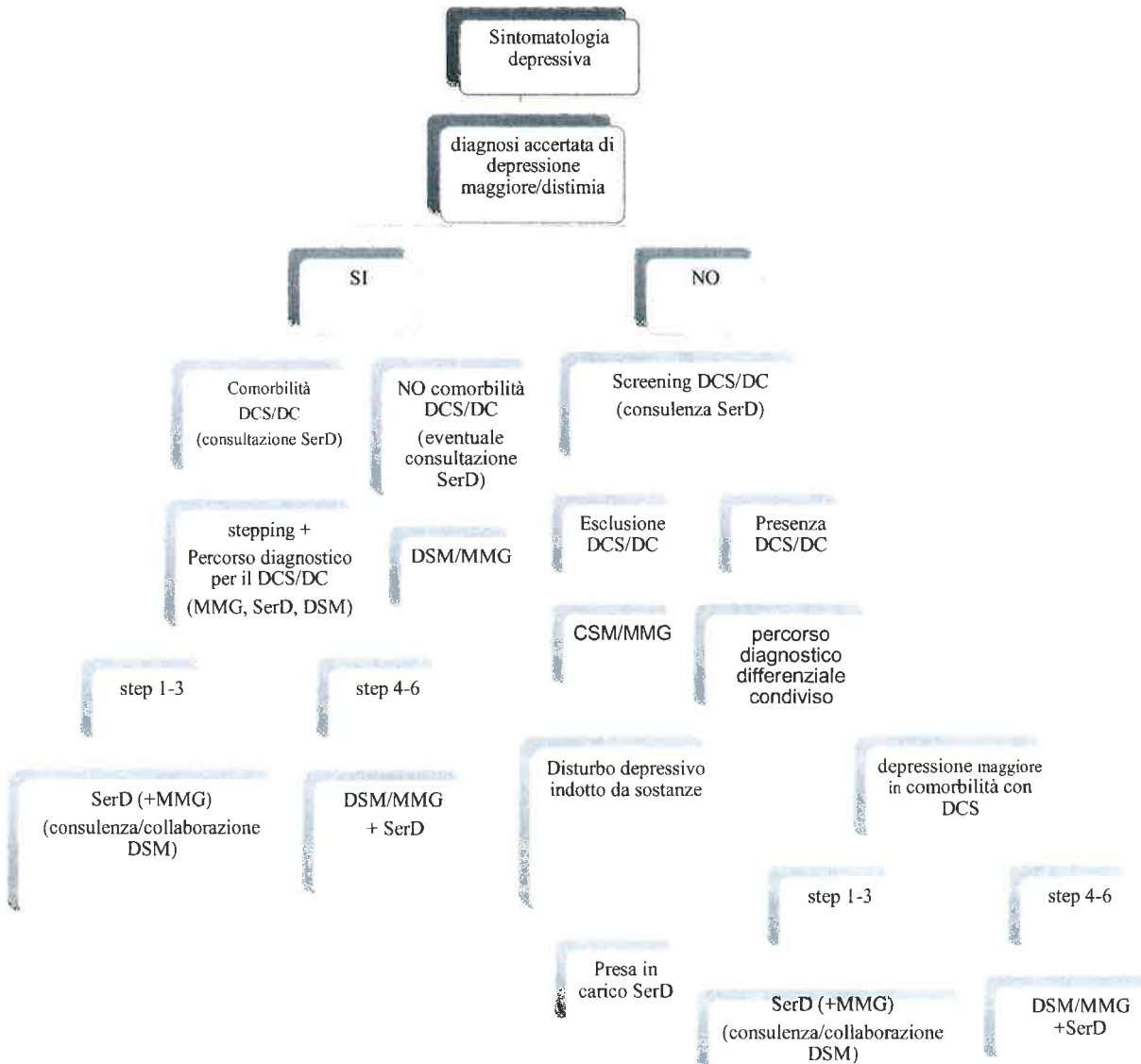
DCS=Disturbo Correlato a Sostanze
 DC=Dipendenza Comportamentale
 DPIS=Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze

Fig. 1. Diagramma Disturbi Correlati alle Sostanze PDTA Disturbi Schizofrenici/Disturbo Bipolare



DPG=Disturbo di Personalità Grave ; DCS= Disturbi Correlati a Sostanze ;
 DC=Dipendenze Comportamentali; DCA=Disturbo del Comportamento Alimentare
 TS=Tentativo di Suicidi

Fig. 2. Diagramma Disturbi Correlati alle Sostanze PDTA Disturbi gravi di personalità



DCS = Disturbo Correlato a Sostanze ; DC = Dipendenza Comportamentale

Modello” Stepped Care” (NICE, 2012 modificato):

Step 1-3 = Depressione lieve / distimia

Step 4-6= Depressione moderata grave / resistente, ricorrente, con sintomi psicotici / alto rischio suicidario, quadro complesso

Fig.3. Diagramma Disturbi Correlati alle Sostanze PDTA Depressione



Attualmente non sono disponibili evidenze a favore di trattamenti specifici per la comorbidità, per cui in generale viene consigliato di utilizzare i trattamenti *evidence-based* per i singoli disturbi, tenendo conto delle interazioni con l'uso di sostanze e con i trattamenti per i DCS.

Per la cura dei DCS nei DSM/DD dovrebbero essere garantiti (ASAM, 2015; EMCDDA, 2016; Liberman, 2012; NIDA, 2012; NSW, 2015; SAMHSA, 2017)^{9,10,11,12,13,14}:

- valutazione psicodiagnostica (diagnosi differenziale)
- trattamento farmacologico specifico (compreso la terapia agonista) valutando le interazioni farmacologiche e i loro effetti sia psichiatrici che internistici;
- monitoraggio tossicologico;
- screening delle patologie internistiche correlate;
- interventi psicoeducativi e di supporto per pazienti e familiari/caregivers;
- interventi di prevenzione della ricaduta;
- interventi di riduzione del danno.

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)

Per la comorbidità tra DCS/DC e DNA, tra i Servizi per le Dipendenze ed i Servizi per il trattamento dei DNA andranno definiti rapporti di collaborazione fra i diversi Servizi secondo il gradiente consultazione - assunzione in cura – presa in carico.

Comorbidità tra DCS/DC ed altri Disturbi Mentali "non-Severi"

In tali casi, Ser.D. e DSM, attraverso la componente stabile dell'equipe multidisciplinare, definiranno le modalità di reciproca consultazione, ed eventuali trattamenti, in relazione alla presenza di comorbidità con disturbi mentali "non-severi" definiti da diagnosi diverse da quelle dei PDTA (Disturbo post-traumatico da stress in comorbidità con DCS, reazioni d'adattamento in comorbidità con DCS, ecc...)

Dimissioni, follow up, riammissioni

Per quanto riguarda i DCS la dimissione dal trattamento può essere prevista dopo un periodo di remissione completa per 12 mesi (6 in caso di disturbi lievi, come ad esempio un abuso lieve di alcol o cannabis) e dovrebbe essere seguita da visite di follow up a 3-6-12 mesi nel primo anno e a 6-12 mesi negli anni successivi. In caso di ricaduta o anche di semplice lapse la riammissione deve essere prontamente disponibile (NIDA, 2012)¹⁵ così come l'attivazione di percorsi psico-educativi sia per i pazienti che per i famigliari/caregivers.

Per quanto riguarda i disturbi psichiatrici in comorbidità la remissione può essere definita al raggiungimento di un soddisfacente compenso psicopatologico e deve essere accompagnato da periodiche visite di follow-up in base alla natura e alle caratteristiche del disturbo psicopatologico.

⁹ ASAM (American Society of Addiction Medicine), National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use, 2015.

¹⁰ EMCDDA, Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe, www.emcdda.europa.eu, 2016.

¹¹ Liberman R.P., Recovery from disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation, Washington D.C., American Psychiatric Publishing, 2008; trad. it. Il recovery dalla disabilità: manuale di riabilitazione psichiatrica, Roma, Giovanni Fioriti editore, 2012.

¹² NIDA, Principles of drug addiction treatment. A research-based guide; NIH Publication N. 12-4180 Printed 1999; Reprinted July 2000, February 2008; Revised April 2009; December 2012.

¹³ NSW Ministry of Health, Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use, evidence check review, www.health.nsw.gov.au, 2015.

¹⁴ SAMHSA, Recovery and Recovery Support, www.samhsa.gov, 2017.

¹⁵ NIDA, Principles of drug addiction treatment. A research-based guide; NIH Publication N. 12-4180 Printed 1999; Reprinted July 2000, February 2008; Revised April 2009; December 2012.



In caso di riattivazione della sintomatologia psicopatologica la riammissione deve essere prontamente disponibile.

b) Ospedaliero

Premesso che il trattamento dei pazienti con comorbidità è prevalentemente effettuato a livello territoriale nei CSM e nei Ser.D., il ricovero del paziente in SPDC e/o negli altri reparti ospedalieri è una evenienza frequente.

Qualora si presenti il sospetto di DCS durante un ricovero è sempre necessario:

- realizzare una valutazione e un inquadramento del paziente con esecuzione di esami ematochimici, tossicologici ed alcolemia (ETG, CDT, a seconda del quadro clinico);
- richiedere, in caso di riscontro di quadri atipici/multicomplexi, una valutazione da parte di un centro clinico specialistico (DSM, Ser.D., N.P.I.) secondo i protocolli aziendali;

Il **ricovero ospedaliero presso il SPDC** può in taluni casi rappresentare il primo contatto dell'utente con il sistema sanitario; ciò richiama l'importanza di effettuare sempre una valutazione accurata e multidisciplinare del caso onde facilitare la presa in carico. La richiesta della consulenza al DD deve avvenire il prima possibile e deve essere effettuata entro due giorni lavorativi dalla data di richiesta; questa per gli utenti non precedentemente in carico rappresenta anche, nei casi in cui si ravvede la necessità, l'atto propedeutico all'attivazione dell'équipe multidisciplinare.

La collaborazione tra DSM/DD deve essere particolarmente proattiva in corso di trattamento di esordi psicotici correlati all'uso di sostanze e in caso di scarso insight di malattia o aderenza alla terapia al fine di ottimizzare gli esiti del trattamento e ridurre il rischio di drop out precoce.

Il **ricovero nei reparti ospedalieri di area medica/chirurgica** è spesso finalizzata al trattamento della patologia prevalente causa di ricovero e si avvale della consulenza specialistica sia per gli aspetti inerenti disturbi psichiatrici comorbili, sia per i DCS. Anche in questo caso le consulenze richieste al DD/DSM devono essere effettuate entro due giorni lavorativi dalla data di richiesta, fatti salvi i casi di urgenza in cui in assenza del consulente del DD vengono effettuate dallo psichiatra reperibile. Per i casi multi-complexi di "comorbidità" già conosciuti può essere prevista una consulenza da parte dell'équipe multidisciplinare, in modalità programmata. Un eventuale trasferimento in SPDC deve comunque essere stabilito in seguito di consulenza psichiatrica e dopo valutazione attenta del quadro internistico/chirurgico.

La segnalazione e il monitoraggio degli eventi avversi relativi a pazienti ricoverati con DSC avviene secondo le indicazioni regionali sulla gestione degli eventi avversi e, qualora un evento avverso si configuri come "evento sentinella", secondo le modalità previste dal Decreto Ministeriale dell'11 dicembre 2009.

Alla conclusione del percorso di cura in ambito ospedaliero è sempre necessario prevedere ed assicurare la **continuità terapeutica ospedale/territorio** e alla dimissione è opportuno definire direttamente una visita specialistica di controllo con i servizi entro e non oltre 15 giorni dalla dimissione.

c) Pronto Soccorso

Per utenti con DCS che accedono al Pronto Soccorso (PS) oltre al trattamento della patologia prevalente causa di accesso si rende spesso necessaria effettuare una consulenza specialistica sia per comorbidità che si manifestano con disturbi psichiatrici sia per disturbi correlati ad abuso di sostanze. Tali consulenze possono avere carattere di emergenza, ovvero necessità di essere



espletate nel più breve tempo possibile, oppure avere carattere di urgenza anche differibile a 48-72 ore e pertanto essere demandate ad una gestione ambulatoriale (a risposta rapida).

Per i casi multi-complessi di comorbidità conosciuti dovrebbe essere prevista una consulenza da parte dell'equipe multidisciplinare, in modalità programmata, mentre un eventuale trasferimento in SPDC andrà comunque stabilito a seguito di consulenza psichiatrica.

Percorso in PS dell'utente con comorbidità

Il percorso dell'utente con comorbidità che accede in PS necessita di approcci specifici gestiti da definite professionalità in base alla fase del percorso (Tab. 1).

Fase	Responsabile
ACCETTAZIONE Inquadramento del problema principale e priorità di valutazione	INFERMIERE TRIAGE
VALUTAZIONE CONDIZIONI ORGANICHE (Delirium, Stato di intossicazione)	MEDICO DEL PS
TRATTAMENTO EVENTUALI CONDIZIONI ORGANICHE ACUTE	MEDICO DEL PS
SEDAZIONE In caso agitazione psicomotoria	MEDICO DEL PS + CONSULENZA PSICHIATRICA
CONSULENZA/PRESA IN CARICO SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	CONSULENTE SER.D.
VALUTAZIONE ACUZIE DI TIPO PSICHIATRICO/COMORBILITÀ PSICHIATRICA	CONSULENTE SER.D./PSICHIATRA
DEFINIZIONE PROSECUZIONE PERCORSO (Dimissioni con appuntamento Ser.D./Ricovero SPDC/Pronta Accoglienza)	VALUTAZIONE CONGIUNTA CONSULENTE SER.D., CONSULENTE PSICHIATRA E MEDICO PS

Tab 1. Gestione utente con "comorbidità in Pronto Soccorso".

In ogni caso a parte la gestione delle condizioni emergenziali di natura medica e/o organica che sono specifiche dei professionisti del PS particolare rilievo assumono la gestione delle emergenze comportamentali di natura psichiatrica.

Gestione dei disturbi comportamentali di natura psichiatrica dei pazienti con comorbidità

Le emergenze psichiatriche - anche nei pazienti con comorbidità - possono essere definite come un cambiamento acuto nel comportamento di un soggetto con un impatto negativo sulle sue capacità di interagire con l'ambiente circostante.



Le emergenze psichiatriche possono necessitare di una valutazione medica generale prima di poter prendere una decisione sul trattamento specifico specialistico: consulenza psichiatrica, intervento farmacologico di tipo minimale o più globale, ricovero o altra misura di tipo istituzionale (es. TSO). Nell'affrontare queste situazioni di emergenza, il medico di medicina d'urgenza, deve prioritizzare i propri sforzi clinici sulla base di quattro aspetti principali:

1. garantire la propria sicurezza e il benessere psicofisico del personale in servizio, se sono presenti pazienti con manifestazioni di violenza o forte stato di agitazione;
2. effettuare una valutazione di screening cercando di escludere cause organiche ed eventualmente completando un percorso di sicurezza dal punto di vista psichiatrico. La valutazione di screening deve garantire che non sussista una causa organica sottostante in grado di spiegare la condizione clinica del paziente, ovvero che abbia indotto direttamente le alterazioni comportamentali o che la causa organica non sia il risultato finale delle stesse alterazioni comportamentali (per esempio malnutrizione o disidratazione). La valutazione di screening include anche una valutazione di sicurezza dal punto di vista psichiatrico cercando di identificare idee suicidarie, idee omicidarie o l'incapacità del paziente di prendersi cura di sé stesso;
3. assicurarsi che il paziente possa ricevere un adeguato supporto psicologico e un adeguato trattamento medico, anche se il trattamento medico deve essere somministrato senza il consenso del paziente stesso;
4. stabilire il miglior approccio sia gestionale che di trattamento per il paziente in quello specifico contesto.

d) Area riabilitativa

I percorsi riabilitativi sono interventi integrati nei PTRI e sono programmati dall'équipe multidisciplinare sulla base della valutazione dei bisogni, delle aree deficitarie, del funzionamento globale, degli obiettivi terapeutici, delle risorse, degli scopi e dei desideri della persona. Oltre al recupero e alla prevenzione degli esiti della malattia, gli obiettivi finali della riabilitazione sono: il lavoro, l'abitare, le relazioni sociali e la partecipazione alla vita della comunità.

Residenzialità extra-ospedaliera

È da sottolineare come nell'ambito della residenzialità extra-ospedaliera non siano previste specifiche strutture accreditate per il trattamento della comorbidità tra DCS e patologie psichiatriche e l'attuale offerta riabilitativa sia rivolta principalmente agli utenti che presentino soltanto problematiche psichiatriche o di DCS.

Sulla base dei principali riferimenti normativi per la residenzialità extra-ospedaliera della Salute Mentale (DGR 1616/2008, la DGR 748/2011, Progetto Obiettivo Regionale per la Salute mentale - triennio 2010-2012; DGR 1558/2013, DGR 2704/2014, DGR 1673/2018), il sistema della residenzialità per i DSM è regolamentato da indirizzi omogenei a livello regionale, mirato a promuovere percorsi individualizzati, differenziati per intensità di trattamento e per tipologie di intervento appropriate alla patologia e alla complessità dei bisogni degli utenti, seguendo il criterio



della prossimità e del reinserimento nella rete sociale. Uno dei motivi di esclusione degli utenti dall'ammissione a queste strutture è la presenza di "dipendenze patologiche con morbilità psichiatrica". Le unità d'offerta sono della seguente tipologia: Comunità terapeutica riabilitativa protetta di tipo A, Comunità terapeutica riabilitativa protetta di tipo B, Comunità Alloggio Estensiva, Comunità Alloggio Base, Gruppo Appartamento. Per la residenzialità extra-ospedaliera dei DSM la dotazione di posti letto ex DGR 1437/2019 è di 1.874 p.l. come di seguito suddivisi: 328 p.l. per la unità di offerta Comunità terapeutica riabilitativa di tipo A, 374 p.l. per la unità di offerta Comunità terapeutica riabilitativa di tipo B, 580 p.l. per la unità di offerta Comunità alloggio estensiva, 330 p.l. per la unità di offerta Comunità alloggio base e 262 p.l. per la unità di offerta Gruppo appartamento protetto.

Sulla base della vigente normativa (DGR 2743/2004, DGR 445/2006, DGR 3703/2006, DGR 84/2007, DGR 929/2012, DGR 247/2015, DGR 1043/2016, DGR 1860/2016, DGR 2212/2016, DGR 1969/2018) i percorsi presso le strutture riabilitative residenziali dei DD sono mirati principalmente al trattamento dei disturbi da uso di sostanze, con un approccio globale, ma specialistico per la patologia, e programmi volti al reinserimento sociale. Pur non essendo la presenza di comorbilità psichiatrica un criterio di esclusione all'ammissione nelle comunità terapeutiche per l'area delle dipendenze, esse non soddisfano i requisiti, gli standard di personale e i contenuti adeguati per il trattamento dei pazienti con comorbilità.

Le unità d'offerta previste dalla vigente normativa sono il Servizio di Pronto accoglienza, il Servizio residenziale di tipo A (di base), il Servizio residenziale di tipo B (intensivo), il Servizio residenziale di tipo C (specialistico), il Servizio residenziale di Tipo C1 (madre-bambino), Servizio residenziale di tipo C2 (minori). In totale sono programmati nella Regione Veneto 890 posti di residenzialità extra-ospedaliera accreditata per il trattamento delle problematiche di dipendenza, dei quali 130 della tipologia di tipo A (di base), 580 della tipologia di tipo B (intensivi), 120 della tipologia di tipo C (specialistici), 30 della tipologia di tipo C1 (madre-bambino) e 30 della tipologia di tipo C2 (minori); sono inoltre presenti 120 posti della tipologia Pronto accoglienza.

I DSM/DD devono supervisionare gli inserimenti degli utenti nelle strutture residenziali, verificando l'idoneità delle stesse alle problematiche di comorbilità e monitorando il numero, la durata e gli esiti dei percorsi riabilitativi.

Gli obiettivi delle strutture residenziali devono essere:

- la valutazione psicodiagnostica;
- il compenso psicopatologico e comportamentale
- il trattamento della prevenzione delle ricadute
- gli interventi psico-educativi e di supporto
- gli interventi riabilitativi e di recovery.

L'équipe multidisciplinare che progetta e segue il percorso riabilitativo residenziale, nell'ambito della presa in carico integrata dell'utente, deve definire:

1. il PTRI (in particolare gli obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine);
2. la tipologia della struttura idonea al percorso;
3. il case manager e le modalità di monitoraggio del percorso;
4. la possibilità di prosecuzione del percorso riabilitativo residenziale in un percorso di reinserimento sociale, abitativo e occupazionale;
5. l'integrazione dell'utente nella rete assistenziale (continuità delle cure) e nel contesto sociale e lavorativo.

Prima dell'inserimento dell'utente in struttura l'équipe multidisciplinare condivide con l'équipe della Comunità il PTRI e il piano di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi.



Percorsi riabilitativi semi-residenziali

La normativa nazionale e regionale che regola i percorsi semi-residenziali per gli utenti con comorbidità è compresa in quella già citata per i percorsi residenziali.

Le unità d'offerta semiresidenziali dedicate a utenti con patologia psichiatrica sono il Centro Diurno e il Day hospital territoriale. Di queste, il Centro Diurno, eroga prestazioni mirate al recupero delle disabilità correlate al disturbo psichiatrico, sia nell'ambito di attività riabilitative di gruppo validate dalla letteratura scientifica, sia nell'ambito di attività connesse al contesto territoriale con finalità di reinserimento e inclusione sociale. La presenza di problematiche correlate al DCS degli utenti con patologia psichiatrica è limitante ed è criterio di non eleggibilità alla frequenza del Centro Diurno.

Per i DD, i servizi semi-residenziali rientrano nella tipologia del sistema d'offerta riabilitativo residenziale, orientata al trattamento specifico della dipendenza, ma anche al recupero dell'autonomia personale e al reinserimento e integrazione sociale.

I DSM/DD devono supervisionare gli inserimenti degli utenti nelle strutture residenziali, verificando l'idoneità delle stesse alle problematiche di comorbidità e monitorando il numero, la durata e gli esiti dei percorsi riabilitativi. In questo senso rimane centrale la presa in carico integrata da parte dell'équipe multidisciplinare, che deve valutare la necessità e l'opportunità di un invio al semiresidenziale sulla base del quadro clinico attivo in una visione integrata e prospettica di recovery. Per questo setting assistenziale le attività dell'équipe multidisciplinare sono le medesime di quanto specificato relativamente al setting residenziale.

Percorsi riabilitativi orientati alla recovery

Riferendoci alla nota definizione di *recovery* della SAMSHA (2017)¹⁶, quale un processo di cambiamento attraverso cui gli individui migliorano la loro salute e il loro benessere, vivono una vita autonoma e cercano di raggiungere il loro pieno potenziale, le quattro principali dimensioni/aree di intervento sono:

1. **la salute:** intesa come la capacità di gestire la propria malattia o i sintomi che la caratterizzano; inclusa la capacità dell'astensione dall'uso di alcol, sostanze d'abuso, farmaci non prescritti, della gestione delle terapie, della prevenzione secondaria, delle scelte informate a favore della propria salute fisica ed emotiva;
2. **la casa:** intesa come la possibilità di avere un posto sicuro e stabile dove vivere;
3. **l'occupazione:** intesa come la capacità di svolgere le attività giornaliere significative, come il lavoro o la scuola, il volontariato, la cura della famiglia o impegni creativi, nonché la capacità di autonomia, di reddito e di possedere risorse per partecipare alla vita sociale;
4. **la comunità:** intesa come la possibilità/capacità di trovare nella comunità relazioni e reti sociali che forniscano sostegno, amicizia, relazione e speranza.

Sulla base delle evidenze scientifiche e dell'esperienza clinica gli strumenti della riabilitazione dei percorsi/processi di recovery sono (NIDA, 1012, NSW, 2017, Carozza, 2017)^{17,18,19}:

¹⁶ SAMHSA, Recovery and Recovery Support, www.samhsa.gov, 2017.

¹⁷ NIDA, Principles of drug addiction treatment. A research-based guide; NIH Publication N. 12-4180 Printed 1999; Reprinted July 2000, February 2008; Revised April 2009; December 2012.

¹⁸ NSW Ministry of Health, Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use, evidence check review, www.health.nsw.gov.au, 2015.

¹⁹ Carozza P., Linee guida dei trattamenti psicosociali Evidence Based, Verso una visione unitari della riabilitazione psichiatrica. Cesena, Sestante, 2017.



- gli interventi di psico-educazione individuale o di gruppo, per utenti e familiari (sulle tematiche relative ai disturbi psichici, ai DCS e alla loro interazione, alla gestione della salute, alla prevenzione delle ricadute, all'importanza dell'adesione al trattamento);
- il sostegno allo studio;
- il lavoro e l'abitare supportato (Sumnall et al., 2012; Otto et al., 2014)^{20,21}
- il coaching educativo che prevede un accompagnamento educativo guidato individuale per sostenere i pazienti in progetti di sviluppo delle competenze sociali;
- il coinvolgimento dei familiari e di altri caregivers nel processo di cura e riabilitazione;
- la partecipazione a gruppi di auto-aiuto, l'attivazione dei "peer" e del "paziente esperto";
- l'attività di promozione della salute mentale volta alla "lotta allo stigma" (Carozza, 2006)²².

Gli interventi riabilitativi vanno attivati, oltre che sulla base della rilevazione delle carenze di competenze, con l'intento di promuovere, sostenere o valorizzare ruoli attivi nelle aree che definiscono la *recovery* di questi utenti tenendo conto sia degli aspetti legati alla patologia psichiatrica, sia di quelli legati al DCS.

Nella definizione di un programma riabilitativo è fondamentale ricercare il coinvolgimento partecipe del paziente in un processo di *empowerment*.

I luoghi e gli ambiti dei percorsi orientati alla *recovery* devono utilizzare la rete dei servizi socio-sanitari dell'Azienda ULSS e della altre agenzie del territorio che possono concorrere alla realizzazione dei PTRI.

Qualsiasi siano i contesti in cui si svolgono, è comunque fondamentale garantire la continuità dei percorsi riabilitativi.

I percorsi orientati alla *recovery* sono pianificati e definiti dall'équipe interdipartimentale con particolare attenzione a:

- definizione delle aree di intervento e degli obiettivi da raggiungere;
- definizione delle responsabilità dell'operatore di riferimento nella gestione del paziente e nel raccordo con gli altri interlocutori dei percorsi messi in atto (in particolare percorsi di studio supportato, tirocini lavorativi, percorsi di abitare supportato);
- periodico aggiornamento sui percorsi attivati;
- valutazione degli esiti degli interventi messi in atto.

²⁰ Sumnall Harry and Brotherhood Angelina, Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012.

²¹ Otto E., Fioritti A., Burns T., Hilarion P., Weghel J., Cappa C., Sunol R.. Individual Placement and Support in Europe. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2014 Vol.37 No.2 123-128.

²² Carozza P., Principi di riabilitazione psichiatrica, prima edizione, Milano, Franco Angeli, 2006.



Allegato 1 Il modello del Case Management nella gestione integrata del paziente con comorbidità psichiatrica (“doppia diagnosi”)

Il *case management* nasce nel 1978 negli Stati Uniti quando la Commissione Presidenziale per la Salute Mentale indica nel suo rapporto annuale la necessità dell'introduzione della figura del *case manager* nella gestione dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici al fine di garantire la continuità terapeutica, rendere maggiormente efficiente il coordinamento tra i servizi ed il miglioramento della qualità degli stessi (Chiari, Santullo, 2010)²³. Verso la fine degli anni '80 alcuni progetti pilota hanno incorporato forme di *case management* intensivo e programmi di riabilitazione a lungo termine ottenendo degli esiti positivi (Mercer-McFadden *et al.*, 1997)²⁴. Questi progetti erano orientati a sviluppare negli utenti una relazione di fiducia con gli operatori e promuovere la motivazione per favorire il raggiungimento dell'astinenza soprattutto per gli utenti che non avevano consapevolezza dei propri problemi psichiatrici e di abuso di sostanze.

Nell'ambito del *case management* è altresì importante distinguere tra una visione più strettamente “gestionale/organizzativa” del *case manager*, che vede questa figura quale garante del processo/percorso terapeutico in una posizione che può essere anche di “backstage” (senza coinvolgimento diretto significativo col paziente) da una che implica un maggior coinvolgimento relazionale significativo col paziente stesso. È questa la posizione che ad esempio viene assunta dal *case manager* nell'ambito della *Mentalization Based Therapy* (MBT) dove il ruolo è di *key-worker* o di operatore che detiene la *key-relationship* (Fonay, Allison, 2014)²⁵. Nel nostro Paese alcune esperienze hanno enfatizzato questo ruolo e la necessità che esso sia supportato da una équipe multidisciplinare per sostenerne la propria funzione e la valenza terapeutico-riabilitativa di quest'ultima.

Nel SSN, in ambito ospedaliero, territoriale e domiciliare, sono numerose le esperienze ed i contributi della figura del *case manager* nella gestione di percorsi assistenziali per pazienti sia in fase acuta che cronica. A livello regionale tra i riferimenti normativi relativi tale modello si evidenziano:

- L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018, che approva il Piano Socio sanitario regionale 2019-2023; al paragrafo 8.1 “La salute mentale negli adulti”, individua tra gli obiettivi anche il seguente: “Promuovere la presa in carico assertiva dell'utenza, in un'ottica di psichiatria di Comunità, valorizzando il modello del case management”;
- DGR 426/2019 “Approvazione delle Linee Guida regionali per la predisposizione dei Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari 2020/2022 (L.R. n. 48 del 28/12/2018; DGR n. 1974 del 21/12/2018; DGR n. 2174 del 23/12/2016; DGR n. 2082 del 3/8/2010; DGR n. 157 del 26/1/2010)”. Nell'allegato A individua per l'area della Salute mentale, tra le diverse linee di indirizzo, anche la “*promozione della presa in carico assertiva dell'utenza, in un'ottica di psichiatria di Comunità, valorizzando la multiprofessionalità e il modello del case management*”;
- DGR1580/2019 “Istituzione dei percorsi di formazione complementare regionale per l'acquisizione di competenze avanzate in applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di

²³ Chiari P., Santullo A. L'infermiere case manager. Milano, McGraw Hill, 2010.

²⁴ Mercer-McFadden, C., Drake, R. E., Brown, N. B., & Fox, R. S. (1997). The Community Support Program demonstrations of services for young adults with severe mental illness and substance use disorders, 1987–1991. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 13–24.

²⁵ Fonagy P., Allison E., 2014. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3): 372-380.



Lavoro del comparto sanità 21 maggio 2018 - artt. 14-23 e approvazione di tre progetti pilota di percorso formativo complementare regionale per lo sviluppo di competenza avanzata. L.R. 28 dicembre 2018, n. 48, Piano socio-sanitario regionale 2019-2023”. La regione Veneto ha approvato l’istituzione dei percorsi di formazione complementare per l’acquisizione delle competenze avanzate per le professioni sanitarie, in applicazione del CCNL 2016/2018 Art 14-23, che introducono gli incarichi per lo svolgimento di funzioni con assunzione di elevata responsabilità e maggiormente complesse rispetto al profilo di appartenenza. Tra le competenze avanzate viene individuata anche quella del Case management.

Funzioni del case management

Il *case management* può essere descritto come un processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione delle cure erogate ad un individuo, per accertarsi che queste rispondano ai bisogni valutati per il soggetto. Questo può schematicamente distinguersi in “processi” e “azioni”.

Processi:

- individuazione/selezione degli utenti da prendere in carico secondo il modello del *case management*;
- valutazione del caso: valutazione multidimensionale della persona, mappatura della rete dei servizi da attivare, risorse disponibili;
- definizione del percorso assistenziale individuale che dovrà essere attuato: formulazione obiettivi, priorità tempi e risorse, pianificazione dei servizi attivabili, descrizione degli indicatori utilizzati per valutare percorso ed esiti;
- monitoraggio continuo del percorso rispetto agli obiettivi definiti;
- valutazione conclusiva delle attività svolte.

Azioni:

- accompagnare la persona in carico nel percorso di cura, relazionandosi con tutti gli altri specialisti coinvolti;
- condividere le informazioni necessarie con i diversi servizi, l’utente/famiglia, MMG, e coordinare le diverse fasi del percorso integrando gli interventi, evitandone la frammentazione, per garantire la continuità informativa, assistenziale e gestionale del percorso;
- attivare le risorse dei diversi setting assistenziali secondo il programma definito dall’equipe di riferimento nei tempi previsti, coordinare gli interventi attivando le risorse al momento opportuno;
- monitorare il percorso verificandone il regolare decorso, le risorse investite e l’utilizzo appropriato dei servizi, aggiornando in merito l’equipe. Dovrà valutare la congruità dei tempi previsti rispetto agli interventi programmati da parte dei professionisti coinvolti, ed il reale raggiungimento degli obiettivi predefiniti, proponendone la riformulazione se necessario;
- intervenire in caso di eventi che possano modificare il percorso, ponendo in atto le azioni correttive e informando il referente clinico.



L'individuazione del *case manager* avviene sulla base di alcune competenze trasversali possedute o sviluppabili dal singolo professionista. Tali competenze attengono ai seguenti ambiti:

- a. clinico/assistenziale;
- b. relazionale;
- c. organizzativo.

Nei DSM/DD, ma in particolare nella gestione di percorsi che vedono l'integrazione tra i due diversi ambiti di trattamento richiamati, e tra questi ed i servizi socio-sanitari e sociali presenti nel territorio, tale approccio consente di dare maggior efficacia alla presa in carico della persona riducendo il rischio di *drop-out* e di eventi avversi. A tal riguardo risulta importante richiamare gli aspetti relazionali nel ruolo del *case manager*; la capacità relazionale viene acquisita attraverso la comprensione sia cognitiva che esperienziale delle dinamiche interpersonali, nei due poli e tra i due poli, quello del paziente – e dei familiari - e quello proprio dell'operatore; tale comprensione si avvale inoltre di una conoscenza di base della psicopatologia; per analogia tale capacità viene estesa al rapporto con la rete dei servizi e l'equipe di riferimento.