

**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale**  
*Delibera del Direttore Generale n. 1288 del 12/07/2022*

# **DISTURBO DA USO DI SOSTANZE E DISTURBI DELLA SALUTE MENTALE GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOPPIA DIAGNOSI**





## **Redatto da**

Dott.ssa Carmen **Ruotolo**  
*Responsabile UOC Gestione Rischio Clinico e PDTA*

Dott.ssa Luisa **Russo**  
*Direttore Dipartimento di Salute Mentale*

Dott. Gennaro **Pastore**  
*Direttore Dipartimento Dipendenze*

Dott.ssa Valeria **Iodice**  
*Spec. Amb. Medico branca Psichiatria UOC Dipendenze Ovest UO Ser.D. DSB 31*

Dott.ssa Maria **Sabelli**  
*Spec. Amb. Psicologa branca Psicoterapia UO Ser.D. DSB 31*

Dott.ssa Paola **Grenci**  
*Spec. Amb. Psicologa branca Psicoterapia UO Ser.D. DSB 31*

Dott.ssa Maria **Buongiovanni**  
*Dir. Psicologa UOC Neuropsichiatria Infantile NONPI DSB n° 24*

Dott.ssa Rosa **Balestriere**  
*Dirigente Medico UOC Neuropsichiatria Infantile NONPI DSB n° 30*

Dott. Francesco **Grillo**  
*Dirigente Medico UOC di Salute Mentale DSB n°24/73-31*

Dott.ssa Valeria **Iniziato**  
*Dirigente Medico UOSM DSB n° 32-33*

Dott.ssa Valentina **Angelini**  
*Dirigente Medico - Staff Direzione Sanitaria*

Dott.ssa Maria **Riemma**  
*Farmacista UOC Farmaceutica Convenzionata e Territoriale*

Dott.ssa Costanza **Vitrone**  
*CSP UOC Gestione Rischio Clinico e Qualità*

Dott. Robert Joseph **Palma**  
*CPSI SerD DSB n° 30*

Dott. Stefano **Raia**  
*CPSI UOSM DSB n° 24-31*

## INDICE

1. Premessa	4
1.1 Antecedenti storici	7
1.2 Epidemiologia della Doppia Diagnosi	7
1.3 Riferimenti alla letteratura scientifica internazionale e nazionale	8
1.4 Realtà peculiari dipartimentali	8
2. Analisi del contesto aziendale	9
3. Scopo e campo di applicazione	11
4. Acronimi	17
5. Riferimenti Normativi	17
6. Modalità operative	19
6.1 Fasi del programma di intervento	21
6.1.1 Principi della presa in carico e dell'articolazione delle fasi del programma di intervento	22
6.1.2 Attivazione Percorso di Cogestione PDTA DD	23
6.1.3 Descrizione delle fasi	24
7. Matrice delle Responsabilità	25
8. Formazione	30
9. Diffusione	30
10. Monitoraggio e Valutazione	31
11. Revisione	32
12. Bibliografia	33
13. Allegati	36

## 1. PREMESSA

I servizi per le Dipendenze e per la Salute Mentale della ASL Napoli 1 Centro hanno aperto da lungo tempo un confronto intorno alla esigenza di mettere a punto una strategia comune per dare risposte integrate, adeguate e differenziate alle domande complesse che le persone adulte e/o minori, rivolgono ai due sistemi di servizi e interventi perché vivono, nel contempo, sofferenze e disagi riferibili alla salute mentale e alle dipendenze.

Nel corso degli anni è stata organizzata una formazione ad hoc comune ai due Dipartimenti che prevedeva anche supervisioni alle équipes dei servizi per le dipendenze e della salute mentale finalizzate ad individuare una prospettiva condivisa e integrata di diagnosi e di intervento. Successivamente sono stati sottoscritti due Accordi di Collaborazione tra i due Dipartimenti, con il coinvolgimento di tutti i Responsabili delle UUOO dei due Dipartimenti.

In particolare l'ultimo Accordo di Collaborazione indicava in modo più specifico le modalità di presa in carico e di messa a punto delle azioni integrate e personalizzate dei servizi, utilizzando una scheda di servizio comune quale strumento per facilitare tale orientamento e metodo di lavoro.

Inoltre, successivamente, è stato sottoscritto un documento di collaborazione nella CC di Poggioreale tra la UOS SerD Area Penale/UOC Dipendenze Nord, la UOC SSM 33 competente insieme alla UOC Tutela della Salute negli Istituti di Pena, secondo il principio dell'inclusione e dunque al fine di creare uniformità nella erogazione delle opportunità di cura.

Gli Accordi di Collaborazione tra Dipartimenti hanno fatto riferimento ai diversi modelli operativi riportati nella letteratura internazionale riconducibili a tre diverse prospettive di trattamento per rispondere ai bisogni delle persone con una comorbidità (Mc

Callum, et al., 2015; van Wamel, et al., 2015; NICE guideline, 2016):

- **Sequenziale:** le persone vengono seguite da un servizio alla volta (salute mentale o dipendenze) a seconda dei bisogni;
- **Parallelo:** le persone vengono seguite sia dalla salute mentale che dai servizi per le dipendenze durante lo stesso periodo di tempo;
- **Integrato:** un'unica équipe integrata tratta i bisogni relativi sia all'abuso di sostanze sia al disturbo mentale nello stesso setting.

In particolare:

- nel trattamento sequenziale o seriale, i disturbi psichiatrici e quelli derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti sono trattati consecutivamente e vi è scarsa comunicazione tra i servizi interessati. Di solito i pazienti vengono curati inizialmente per i problemi che presentano la maggiore gravità; una volta completato il trattamento, essi sono curati per gli altri problemi. Questo modello può portare però al passaggio dei pazienti da un servizio all'altro senza che nessuno di essi sia in grado di dare una risposta alle loro esigenze;
- nel trattamento parallelo gli interventi vengono realizzati nel medesimo tempo. I servizi per le dipendenze e della salute mentale sono in collegamento tra di loro, per fornire i servizi in maniera coerente. Le due esigenze terapeutiche vengono però spesso affrontate con approcci terapeutici e culturali diversi che possono entrare in conflitto compromettendo l'efficacia delle prestazioni a discapito degli utenti;
- il trattamento integrato viene realizzato secondo un programma integrato tra i servizi per la Salute mentale e per le Dipendenze, oppure all'interno di un programma o di un servizio speciale per la comorbidità.

Viene evitata la sovrapposizione di interventi tra i due circuiti e vengono utilizzate le risorse professionali e strutturali di entrambi i servizi.

Nei fatti, i trattamenti della comorbidità nell'UE, così come sono descritti nelle relazioni tecniche nazionali, non rientrano facilmente in questi tre gruppi.

Ad ogni modo, sin dalla fine degli anni '90 il trattamento integrato è stato indicato come gold standard per la gestione della DD/Comorbidità, inteso come singolo piano di cura che comprenda sia la salute mentale che la dipendenza e l'abuso di droghe (Mason, et al., 2016), anche se ancora non c'è accordo su quale modello di trattamento integrato sia il migliore (Torrens, et al., 2012).

In questa logica è importante quanto sostiene l'Osservatorio Europeo sulle droghe e sulle Tossicodipendenze (EMCDDA) riguardo l'eziologia:

*“Determinare l'eziologia della comorbidità può portare al tipico dibattito se sia nato prima l'uovo o la gallina. Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti non portano ad alcuna conclusione. I sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente”* (EMCDDA 2004)”.

Il punto di partenza per soddisfare la domanda rivolta ai due sistemi di servizi da parte delle persone che vivono uno stato di sofferenza che si esprime attraverso l'uso di droghe e uno o più disturbi della sfera della salute mentale, nonostante gli studi e le esperienze realizzate, deve partire ancora da quanto sostenuto dall'EMCDDA.

In merito all'eziologia in epoca adolescenziale, come suggeriscono Gerra e Frati (2000),

è più semplice, anche per la breve storia di dipendenza, trovare dei nessi tra alcune condizioni psicopatologiche (disturbi dell'Attaccamento, difficoltà del processo di separazione individuazione, disturbi delle funzioni esecutive) e l'avvicinarsi all'uso delle sostanze.

Gli interventi, dunque, si collocano in un'area di confine tra i due sistemi di servizi. Tali interventi richiedono un continuo lavoro di valutazione e verifica dell'efficacia dei modelli operativi.

Si tratta di adottare una prospettiva che eviti di creare nuovi etichettamenti e di bloccare i servizi intorno alla definizione rigida e standardizzata delle competenze reciproche. A tal fine anche le ipotesi diagnostiche devono rappresentare uno strumento di orientamento clinico-terapeutico senza diventare rigidi schemi che rischiano di far perdere di vista il paziente con le sue domande alle quali i servizi devono fornire risposte adeguate e personalizzate.

In questa cornice si iscrive il metodo di definizione del PDTA che si basa sulla valorizzazione delle esperienze già esistenti nella ASL Napoli 1 Centro. Ciò può realizzarsi sia rilevando i punti di forza sia evidenziando i punti critici da riformulare, operando, nello stesso tempo, un confronto con le altre esperienze a livello nazionale e attraverso il dibattito che emerge dalla letteratura internazionale di settore.

In particolare è importante recuperare il principio condiviso dai due Dipartimenti della ASL Napoli 1 Centro di Presa in Carico Congiunta del paziente con comorbidità tossico-psichiatrica, che avviene nell'ambito di una prospettiva orientata in primo luogo alla individuazione delle risorse e delle tipologie di servizi, che entrambi i sistemi dipartimentali hanno a disposizione, al fine di comporre in un programma di intervento personalizzato.

In questo processo il paziente assume un ruolo centrale trovando uno spazio adeguato per esprimere i propri bisogni all'interno di un setting integrato costituito dalle équipes dei servizi di entrambi i Dipartimenti.

Le strategie di intervento organizzate nel PDTA devono fare riferimento alle prospettive più efficaci e innovative che si sono manifestate all'interno delle due aree di servizi in Italia. Il nostro Paese ha rappresentato un laboratorio innovativo di pratiche di servizi sia per la salute mentale sia per le dipendenze, che deve essere recuperato in modo attivo negli interventi sulla comorbidità.

È necessario, a tal proposito recuperare e valorizzare negli interventi con i pazienti comorbilile prospettive della recovery e dell'empowerment, ossia della valorizzazione delle risorse e competenze delle persone in carico; il modello droga, set e setting; la prospettiva della Riduzione dei Danni e Limitazione dei Rischi; l'impegno di multi professionalità sia del Servizio pubblico sia del Terzo settore, che collaborano ai diversi livelli; l'uso integrato dei trattamenti sia farmacologici sia psicoterapici istituzionali.

Importante è riproporre e consolidare la logica dell'accompagnamento, dello stare a fianco, della presa in carico multidimensionale ossia dell'interesse verso la persona (R. Coleman) e del suo contesto di vita, individuando le risorse come le reti personali e sociali. Tutto ciò facendo attenzione ad identificare gli eventuali processi di stigmatizzazione al fine di precisare il ruolo che le influenze sociali e culturali possono avere nella evoluzione della etiopatogenesi della comorbidità tossico - psichiatrica.



## 1.1 ANTECEDENTI STORICI

Il termine “Doppia Diagnosi” rappresenta la traduzione italiana del termine anglosassone “dual disorder”, utilizzato originariamente dagli psichiatri newyorkesi, George De Leon e Joel Solomon, per configurare una “sindrome o costruito sindromico”; è stato successivamente codificato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico”.

Secondo l’Ufficio delle Nazioni Unite sulla Droga ed il Crimine (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC), una persona con doppia diagnosi è una “persona cui è stato diagnosticato un problema di abuso di alcool o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica, tipo disturbi depressivi o schizofrenia”.

Per la formulazione della diagnosi prenderemo come riferimento due strumenti nosografici: la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD 10) che rappresenta la classificazione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e il Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V (DSM V) che rappresenta la classificazione dei disturbi psichiatrici dell’Associazione Americana di Psichiatria. Come già detto la diagnosi, pur facendo riferimento agli orientamenti più accreditati della comunità scientifica, deve essere messa in relazione al più complesso processo di valutazione ed individuazione delle risorse e di coinvolgimento degli utenti nella scelta degli obiettivi e degli strumenti di servizio.

A tal proposito il processo diagnostico in età evolutiva viene effettuato in un contesto multidisciplinare secondo il modello di funzionamento bio-psico-sociale (ICF) nel quale vengono attenzionati e presi in carico sia

le caratteristiche individuali nelle componenti delle risorse e difficoltà sia le caratteristiche ambientali familiari e dei contesti di vita.

In questa ottica il lavoro multidisciplinare è svolto con l’obiettivo comune di benessere e di cura.

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA DELLA DOPPIA DIAGNOSI

Gli studi sulla comorbidità tossico-psichiatrica sono limitati e realizzati con metodologie diverse. Mancano a tutt’oggi vere e proprie revisioni sistematiche. La materia è, infatti, complessa ed è stata messa sempre più in evidenza in epoca relativamente recente; oggetto di dibattito, a tutt’oggi aperto, su modelli diagnostici, su interpretativi e sulla clinica sia dei disturbi riferibili alla salute mentale sia di quelli riferibili alle dipendenze. La realtà attuale è caratterizzata da strategie di intervento che i singoli sistemi di servizi elaborano e mettono in atto con le relative indicazioni di verifica e valutazione degli obiettivi e dei risultati. Il modello dei PDTA può rappresentare un contenitore comune alle esperienze italiane per individuare le convergenze sul piano della diagnosi, dei percorsi terapeutici, dei percorsi di socializzazione e di intervento più ampi. Il modello integrato, pur con tutte le sue difficoltà attuative, rappresenta al momento quello più adeguato ed efficace alla presa in carico e all’accompagnamento del paziente secondo il principio della recovery.

### 1.3 RIFERIMENTI ALLA LETTERATURA SCIENTIFICA INTERNAZIONALE E NAZIONALE

Tre studi condotti già negli anni '90 su larga scala nella popolazione generale degli Stati Uniti, l'Epidemiological Catchment Area (ECA) Survey, il National Comorbidity Survey (NCS) ed il National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES), utilizzando sistemi diagnostici standardizzati, hanno fornito alcune prime informazioni sull'epidemiologia della doppia diagnosi/comorbidità tossico-psichiatrica, mettendo in evidenza un'alta associazione tra i due tipi di disturbo psichiatrico e da dipendenza. Un dato riassuntivo dei risultati di questi tre studi è dato dal calcolo comparativo della odds ratio (OR), che esprime la probabilità di un'associazione significativa, non casuale, tra disturbi da assunzione di sostanze ed altri disturbi psichiatrici. La odds ratio è data dal rapporto tra le percentuali di associazione di un disturbo psichiatrico con un disturbo da uso di sostanze nella popolazione generale e la percentuale di incidenza dello stesso disturbo in assenza di un disturbo da uso di sostanze.

Tra i soggetti con una diagnosi psichiatrica è risultata una prevalenza nel corso della vita di disturbi da abuso di alcool o droghe del 29% (OR = 2,7). Viceversa, il 45% dei soggetti con tossicodipendenza o soggetti affetti da disturbo da uso di alcool sviluppa un disturbo mentale (OR = 2,9).

I primi dati relativi alla situazione italiana, rilevati tramite i risultati di studi condotti nei Ser.D e nelle Comunità Terapeutiche di tre città campione, Milano, Roma e Cagliari, hanno evidenziato che il rischio di sviluppare un disturbo mentale o di abuso di sostanze si potenziano a vicenda. Il 35% di coloro che abusano di sostanze riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo dell'umore e, viceversa, il 32% di coloro che hanno un disturbo affettivo e il 47% di coloro che hanno un disturbo schizofrenico presentano anche abuso di sostanze.

Un gran numero di pubblicazioni successive, a livello internazionale, consentono di indicare come la sostanza d'abuso che più di frequente si associa a un disturbo di tipo psichiatrico sia l'alcool, seguito da cannabis e cocaina.

Per quanto riguarda, invece, la frequenza di patologie psichiatriche nei pazienti con problematiche di tossicodipendenza, i dati sono meno omogenei. A questo proposito, una recente revisione afferma che i disturbi reperiti più frequentemente nei pazienti in doppia diagnosi sono quelli psicotici (negli uomini) e dell'umore (nelle donne), senza trascurare, però, i disturbi di personalità e i disturbi d'ansia, sempre nell'associazione con l'abuso di sostanze. Alcuni studi hanno indagato le caratteristiche sociodemografiche dei pazienti con doppia diagnosi, concordando nel definire il paziente multiproblematico come un soggetto di sesso maschile, giovane, disoccupato e di basso livello culturale. (E. Giampieri, M. Clerici et. al., 2013)

### 1.4 REALTÀ PECULIARI DIPARTIMENTALI

1. La UOC Neuropsichiatria Infantile e la sua articolazione territoriale nei NONPI, negli ultimi anni ha intercettato numerose situazioni di break-down adolescenziale (Laufer. M; Laufer M. E., 1984) esitate, in alcuni casi, in quadro psicopatologico e di disagio adolescenziale accompagnati ad abuso di sostanze. Tali risultati sono in accordo con quanto emerge dai recenti report dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (EMCDDA, 2020, 2021) in cui si rileva un abbassamento dell'età della dipendenza e un uso prevalente di sostanze sintetiche e/o psicoattive (NPS). Il lavoro multidisciplinare relativo a queste situazioni, dopo una prima fase di accoglienza e di ascolto e definizione della presa in carico, si è articolato attivando

reti funzionali con le UOMS e le UO SERD territoriali, con il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Università Vanvitelli, costruendo Buone Prassi includibili e formalizzabili nel PDTA.

2. Tra le persone senza dimora e tra i migranti la comorbilità tossico - psichiatrica è diffusa largamente. Da tempo, infatti, i Dipartimenti delle Dipendenze e della Salute Mentale hanno aperto su questo tema un confronto che è esitato, in particolare, nella strutturazione di servizi quali l'Unità di Strada e il Drop-in (a bassa soglia di accesso) afferenti alla UOSD del Dipartimento Dipendenze. Tali servizi cooperano, in diverse circostanze, con il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso la collaborazione di alcuni dirigenti psichiatri. Il PDTA rappresenta, dunque, il contenitore istituzionale per delineare in modo più definito ed efficace percorsi e modalità di presa in carico congiunta anche di questa area di utenza.
3. Nelle carceri napoletane la percentuale di pazienti con tossicodipendenza è molto alta, e tra questi, quelli che sviluppano la condizione di comorbilità sono in numero rilevante, vista l'intensità della sofferenza amplificata anche dallo stato di detenzione. La UOS Area Penale del Dipartimento Dipendenze e la UOC Salute Mentale del DSB 33 competente, insieme alla UOC Tutela della Salute negli Istituti di Pena che adottano, già da tempo sperimentate buone pratiche di collaborazione che, se opportunamente formalizzate, potranno costituire parte integrante del PDTA DD.
4. Anche nell'Istituto Penale Minorile (IPM) di Nisida, il Dipartimento Dipendenze è presente con una mini équipe del SerD Area Penale.

## 1.5 CRITICITÀ RIGUARDANTI LA DOPPIA DIAGNOSI

Dalla coesistenza temporale di due o più disturbi mentali e di disturbi da uso di sostanze, che possono influenzarsi in vario modo, deriva una grande varietà di condizioni. Infatti, le persone con comorbilità soffrono di complicazioni sociali e relazionali che vanno ben oltre quelle dei pazienti con problematiche solo psichiatriche o solo di dipendenza, definendo, quindi, una situazione di particolare complessità non solo sul piano strettamente clinico e gestionale, ma anche su quello sociale, lavorativo, familiare e di relazione, tanto da essere definiti "pazienti multiproblematici".

Le difficoltà che i servizi hanno con questi pazienti comorbili, sia per quanto riguarda l'inquadramento diagnostico sia per quanto riguarda gli interventi, sono evidenziate dalla disomogeneità delle modalità di approccio e di organizzazione dei Servizi non solo in Italia, ma anche negli altri Paesi del mondo. Infatti, i Servizi per le dipendenze e per la salute mentale interagiscono tra loro in vari modi, offrendo a volte interventi specialistici integrati e, più spesso, come in Italia, modalità di intervento parallele ma distinte l'una dall'altra, nella teoria e nella prassi. Tali modalità di approccio si iscrivono in maniera altrettanto variegata nei diversi sistemi sia sanitari pubblici o privati sia di assistenza sociale.

In ambito diagnostico, inoltre, è frequente incontrare difficoltà nello stabilire la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi. Tra questi motivi possiamo menzionare l'utilizzo di modelli organizzativi e culturali divergenti e la presenza di pregiudizi, in entrambe le équipes dei due sistemi di servizi, verso i pazienti con comorbilità.

Ulteriori limiti sono rappresentati dalla sensazione da parte degli operatori di non

poter incidere sugli aspetti organizzativi e di progettazione degli interventi ma di dover subire scelte calate dall'alto che non prevedono il loro coinvolgimento attivo. Pertanto, il processo di attivazione del PDTA deve presumere forme di coinvolgimento attivo degli operatori dei Servizi, anche ideando percorsi formativi che prevedono la partecipazione e la valorizzazione degli operatori come è già accaduto in alcune realtà operative di Buone Prassi sanitarie.



## 2. ANALISI DEL CONTESTO AZIENDALE

Il territorio dell'ASL Napoli 1 Centro si estende per circa 128 Km<sup>2</sup> e comprende l'intera città metropolitana di Napoli e l'isola di Capri, con i due Comuni di Capri ed Anacapri.

L'assistenza sanitaria territoriale, che costituisce il primo livello di interazione del cittadino con il Servizio Sanitario Nazionale viene assicurata da 10 Distretti Sanitari di Base, che coincidono con le municipalità della città di Napoli e dell'isola di Capri.

L'assistenza ospedaliera viene garantita da 5 Presidi Ospedalieri di cui uno insulare ed un Presidio Sanitario Intermedio:

- Presidio Ospedaliero San Paolo
- Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco con annesso Presidio Sanitario Intermedio
- Presidio Ospedaliero Santa Maria di Loreto Nuovo con annesso Stabilimento Capilupi di Capri
- Presidio Ospedaliero dei Pellegrini
- Presidio Ospedaliero DEA II livello Ospedale del Mare

Le UO di Salute Mentale e Dipendenze della ASL Napoli 1 sono distribuiti su tutto il territorio così come riportato nelle seguenti tabelle:

### UOC SALUTE MENTALE 24, 31 E 73

Via Filangieri Fieschi Ravaschieri, già Via della Croce Rossa, 8, 80122 Napoli  
081 254 7062/7060/7483  
uosm.ds24@aslnapoli1centro.it | uosm.ds24@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO
CSM 24	Via Filangieri Fieschi Ravaschieri, 8	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 7062
CDR 24 "La Fenice"	Corso Vittorio Emanuele, 690/691	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 7606
CSM 31	Via Amerigo Vespucci, 9	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 2464
CDR 31 "Salvi Tutti"	Via Amerigo Vespucci, 9	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 2464

### UOC SALUTE MENTALE 25 E 26

Via Adriano, 16, 80126 Napoli  
081 254 8507/8572/8577  
uosm.ds26@aslnapoli1centro.it | uosm.ds26@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO
CSM 25	Via G. Fremariello, 28	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 8083
CDR 25 "Officina 25"	Via G. Leopardi, 2	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 7762
CSM 26	Via Adriano, 16	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 8507
CDR 26 "La Fiera dell'EST"	Via Adriano, 16	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 8577
Scuola Psicoterapia	Via Adriano, 16	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 8573
SIR "La Casa del Nespolo"	Via Venezia Giulia	Solo Residenza		
SIR "La Bailadeira"	Via Adriano, 16			

### UOC SALUTE MENTALE 27 E 28

Via Cavone delle Noci allo Scudillo 24/26, 80131 Napoli

081 254 9934/9920

uosm.ds27@aslnapoli1centro.it | uosm.ds27@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO
CSM 27	Via Cavone delle Noci allo Scudillo 24/26	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 9934
CDR 27 "Il Vascello"	Via Torrione S.Martino, 43	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 9793
CSM 28	Via Zuccarini	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 6445
CDR 28 "Gatta Blu"	Via Zuccarini	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 6452
SIR "27 Gennaio"	Via Lattanzio, 18	Solo Residenza		081 728 1254
SIR "Casa Rossella"	Via E. Scaglione, 494			081 254 9070

### UOC SALUTE MENTALE 29 E 30

Via della Ferrovia, 4, 80144 Napoli

081 254 6736/6732

uosm.ds30@aslnapoli1centro.it | uosm.ds30@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO
CSM 29	Via S. Maria Antesaecula, 48/50	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 5472
CDR 29 "Lavori in Corso"	Via S. Maria Antesaecula, 48/50	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 5473
CSM 30	Via della Ferrovia, 4	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 6736
CDR 30 "Gulliver"	Via della Ferrovia, 4	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 6732
CDR 30 "L' Aquilone"	Via Janfolla, 462	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 6366
SIR "Casa Janfolla"	Via Janfolla, 462	Solo Residenza		
SIR "La Gabianella"	Via Don G. Diana,36			
SIR "Vico Carrette"	Vico Carrette, 5			
SIR "Vico Supportico"	Vico Supportico a Capodimonte, 10			
Gruppo Appartamento	Via V. Emanuele, 6			

**UOC SALUTE MENTALE 32 E 33**

Viale W. Disney, 80147 Napoli

081 254 1423/1424

uosm.ds32@aslnapoli1centro.it | uosm.ds32@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO
CSM 32	Viale W. Disney	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 1423
CDR 32 "La Roccia"	Viale W. Disney	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 1424
CSM 33	Via Nuova Poggioreale, 47/c	Lun-Sab	8.00-20.00	081 254 4470
CDR 33 "Canone Inverso"	Via Monfalcone, 42	Lun-Ven	9.00-17.00	081 254 4701
SIR "S. Rosa"	Via Rione S. Rosa	Solo Residenza		
SIR "Casa Raffaella"	Via Monfalcone, 42			
SIR "Casa Mia"	Via Stadera, 151			

**UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Via Raffaele Morghen, 84, 80129 Napoli

081 254 6736/6732

uoc.npi@aslnapoli1centro.it | uoc.npi@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	*ORARI	TELEFONO	E-MAIL
NONPI 24	C.so Vittorio Emanuele 690, 80122 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 7692-7616	nonpi24@aslnapoli1centro.it
NONPI 25	Via G. Leopardi, 2 80125 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 8434	nonpi25@aslnapoli1centro.it
NONPI 26	Via Giorgio Dei Grassi,17 80126 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 8465-5449-5401	nonpi26@aslnapoli1centro.it
NONPI 27	Via S. Gennaro ad Antignano, 42 80129 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 9731-9755-9816	nonpi27@aslnapoli1centro.it
NONPI 28	Via Oliviero Zuccarini c/o Presidio M. Sciuti 80145 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 6470-6419-6436	nonpi28@aslnapoli1centro.it
NONPI 29	Via L. Samuele Cagnazzi, 29 c/o PSI Elena D'Aosta 80136 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 9946-9948	nonpi29@aslnapoli1centro.it
NONPI 30	Via della Ferrovia, 4 80144 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 6486	nonpi30@aslnapoli1centro.it
NONPI 31	Via Egiziaca a Forcella, 18 c/o P.O. Annunziata 80139 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 2666	nonpi31@aslnapoli1centro.it
NONPI 32	Viale W. Disney 80147 Napoli	Lun-Ven	-	081 254 4314-1434-1435-1436	nonpi32@aslnapoli1centro.it
NONPI 33	Via M. Andrea Acquaviva, 45 80143	Lun-Ven	-	081 254 9295-9297	nonpi33@aslnapoli1centro.it

\*Gli orari sono consultabili sul sito aziendale per ciascun distretto

**UOSD SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA OSPEDALE DEL MARE (SPDC)**

Via E. Russo, 80147 Napoli

081 187 75083/5084

spdc.odm@aslnapoli1centro.it | spdc.odm@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO
SPDC	Via Enrico Russo	Sempre	24/24 h	081 187 75053

**UOSD TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NEGLI ISTITUTI DI PENA (TSMIP)**

Via Don Bosco, 4/F, 80141 Napoli

081 254 6356/6355/5913

tsmip@aslnapoli1centro.it | tsmip@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO
Direzione	Via Don Bosco, 4/f	Martedì	13.00-17.00	081 254 5913
Articolazione Psichiatrica	Via Roma verso Scampia c/o IP P. Mandati di Secondigliano	Lun-Ven	9.00-16.00	081 254 6356

**UOC DIPENDENZE EST**

081 254 7683/80

dipendenze.est@aslnapoli1centro.it | dipendenze.est@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO SerD 28 (Scampia Piscinola)	Viale della Resistenza, 25	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 6509-6571	serd.ds28@aslnapoli1centro.it
UO SerD 30 (Miano Secondigliano)	Via Janfolla, 446	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 6805-828- 6824	uosert.ds30@aslnapoli1centro.it
UO SerD 32 (Ponticelli Barra)	Via dei Mosaici, lotto 0	Lun-Ven	8.00-19.00	081 254 3916-3917- 3925	sert.ds32@aslnapoli1centro.it
UO SerD 33 (Ferrovia S. Lorenzo Pog- gioreale)	Vico I Casanova, 24	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 3256- 3244	sert.33@aslnapoli1centro.it

## UOC DIPENDENZE OVEST

081 254 7683/80

dipendenze.ovest@aslnapoli1centro.it | dipendenze.ovest@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO SerD 25 (Fuorigrotta Bagnoli)	Via Gianbattista Marino/Sottopasso Claudio (compreso La Piramide)	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 8119-05- 18-06-07	serd.ds25@aslnapoli1centro.it
UO SerD 26 (Soccavo Pianura)	Via Canonico Scherillo, 21	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 8428-26- 25	sert.ds26@aslnapoli1centro.it
UO SerD 29 (Sanità)	Via Fontanelle, 66	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 5114-5737	serd.ds29@aslnapoli1centro.it
UO SerD 31 (Avvocata Montecalvario)	Via Tarsia Presidio Ospedaliero Gesù e Maria	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 2407-18- 20	sert.31@aslnapoli1centro.it

## UOC DIPENDENZE NORD

081 254 7683/80

dipendenze.ovest@aslnapoli1centro.it | dipendenze.ovest@pec.aslnapoli1centro.it

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
UO SerD 24 (Chiaia Posillipo)	Via Manzoni, 249	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 7687-89- 47-52	sert24@aslnapoli1centro.it
UO SerD 27 (Vomero Arenella)	Via Pansini c/o Ospedale Cardarelli	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 59773-75	sert.27@aslnapoli1centro.it
UO SerD Area Penale	CC Poggioreale CP Secondigliano	Lun-Ven	8.00-15.30	081 254 6541-9694 081 254 6492	serd.areapenale@aslnapoli1centro.it

## UOSD STRUTTURE INTERMEDIE

Via Janfolla, 446, Napoli  
081 254 6828/05

[strutture.intermedie@aslnapoli1centro.it](mailto:strutture.intermedie@aslnapoli1centro.it) | [farmacodipendenze@pec.aslNapoli1centro.it](mailto:farmacodipendenze@pec.aslNapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI	TELEFONO	E-MAIL
Centro Diurno Arteteca (UO SerD 30)	Via Janfolla, 446	Lun-Ven	8.00-17.00	081 254 6828-05	
Centro Diurno Aleph	Via Ben Hur, 71	Lun-Ven	8.00-17.00	081 767 7396	<a href="mailto:centroaleph@libero.it">centroaleph@libero.it</a>
Villa Aleph	Via dell'Auriga, 160 (Soccavo)	Sempre su moduli programmati	h 24	081 588 8534	<a href="mailto:centroaleph@libero.it">centroaleph@libero.it</a>
Centro Diurno Lilliput (UO SerD 32)	Via dei Mosaici Lotto 0	Lun-Ven	8.00-17.00	081 254 7688	<a href="mailto:cdlilliput@libero.it">cdlilliput@libero.it</a>
Centro Diurno Palomar (UO SerD 24)	Via A. Manzoni, 249	Lun-Ven	8.00-17.00	081 254 7688	<a href="mailto:cdrpalomar@gmail.com">cdrpalomar@gmail.com</a>

## UOSD NUOVI MODELLI DI CONSUMO

081 254 4671/73/74/75/76/70/72

[modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it](mailto:modelli.diconsumo@aslnapoli1centro.it) | [farmacodipendenze@pec.aslNapoli1centro.it](mailto:farmacodipendenze@pec.aslNapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI
Spazio EmmeCi	In anonimato	Lun-Ven	8.00-17.00
Progetto Hybrid	Interventi territoriali	Sempre su programmazione	19.00-2.00

## UOSD UNITÀ DI STRADA

Via Postica alla Maddalena, 42, Napoli  
081 254 9307/04

[unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it](mailto:unistradadipendenze@aslnapoli1centro.it) | [unistradadipendenze@pec.aslNapoli1centro.it](mailto:unistradadipendenze@pec.aslNapoli1centro.it)

SERVIZIO	INDIRIZZO	APERTURA	ORARI
Unità di Strada	Itinerante	Lun-Ven	8.00-17.00
Drop In	Via Postica alla Maddalena	Lun-Ven	8.00-17.00

### 3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del PDTA DD è di definire la presa in carico del paziente adulto e minore con comorbidità tossico-psichiatrica, garantendo un'assistenza efficiente ed efficace, coordinata e omogenea in tutto il territorio di competenza della ASL Napoli 1 Centro.

#### 3.1 PRINCIPI DEL PDTA DD

Sulla base di quanto emerso dal tavolo di lavoro sul PDTA, si individuano i seguenti Principi ai quali i servizi per le Dipendenze e quelli della Salute Mentale della ASL Napoli 1 Centro si riferiranno per la valutazione, la presa in carico e l'accompagnamento dei soggetti che presentano una comorbidità tossico-psichiatrica:

il presente PDTA DD prevede, inoltre, l'individuazione, da parte del responsabile UO SerD/UOSM/NONPI, della figura di un suo delegato referente PDTA DD che prenderà in carico la richiesta di valutazione dell'utente interessato, effettuata dagli operatori dell'altro dipartimento attraverso la scheda di presentazione (allegato 1), e che lo stesso delegato porterà all'attenzione del proprio responsabile del servizio. Il referente PDTA DD di ogni servizio, quindi, avrà la funzione di curare e facilitare la collaborazione tra i sistemi di servizi dei due dipartimenti, contribuendo, nello stesso tempo, a garantire che tutti gli operatori delle diverse qualifiche professionali interessate, siano coinvolti attivamente nel processo di valutazione clinica e di presa in carico, anche in considerazione delle già esistenti relazioni terapeutiche nel caso in cui il paziente sia noto.

- Nell'ambito della valutazione diagnostica e ai fini di un orientamento terapeutico e riabilitativo aderenti alle problematiche psicopatologiche e di dipendenza dell'utente affetto da una comorbidità, si considereranno, per gli interventi conseguenti, tutte le risorse

a disposizione dei due sistemi di servizi.

- Per quanto riguarda l'invio in una struttura residenziale accreditata per doppia diagnosi, la scelta della struttura sarà coerente con l'orientamento diagnostico rispetto al paziente comorbile in modo da scegliere la soluzione più aderente alla problematica ed alle esigenze espresse dall'utente.

In particolare per l'invio di un utente in una struttura accreditata per doppia diagnosi sarà necessario concordare un iter che preveda, in ogni caso, una certificazione diagnostica sia della UOSM sia della UO SerD con l'eventuale indicazione rispettivamente del piano di trattamento con gli psicofarmaci e di quello con eventuali farmaci agonisti (metadone cl., levo metadone, buprenorfina) e/o con gli alcol mimetici e gli altri presidi farmacologici in uso per l'alcolismo e per le problematiche alcol correlate.

Sarà compito del Direttore del Dipartimento della Salute Mentale e del Direttore del Dipartimento Dipendenze:

- seguire, facilitare e valutare in itinere il processo di attuazione del presente PDTA DD tra i due sistemi di servizi, anche assicurando il proprio coinvolgimento diretto nelle questioni più complesse e nelle eventuali criticità che si potranno presentare;
- convocare periodicamente incontri congiunti tra i Responsabili delle UOSM e delle UO SerD e delle altre strutture di servizio di riferimento, nell'ambito di tutte le rispettive articolazioni dipartimentali, finalizzati all'analisi degli eventuali nodi problematici che si saranno evidenziati nel corso della collaborazione tra i due sistemi di servizi, alla verifica e valutazione comune delle esperienze di presa in carico ed accompagnamento degli utenti affetti da una comorbidità tossico-psichiatrica, alla

individuazione di ipotesi di riadeguamento, implementazione e miglioramento dell'attuazione del PDTA DD;

- Promuovere ed implementare il lavoro di collaborazione e di condivisione delle strategie cliniche e di servizio attraverso gruppi di lavoro misti per l'approfondimento di specifiche questioni e l'elaborazione di proposte specifiche relative alle diverse indicazioni e principi oggetto del PDTA DD tra il Dipartimento della Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze;
- Programmare ed implementare incontri ed iniziative di formazione e di aggiornamento comuni su tematiche di rilevanza clinica ed organizzativa tesi a migliorare le competenze professionali e le prassi di intervento nell'ambito di una cultura di garanzia dei diritti di cittadinanza;
- Promuovere eventi pubblici di interesse culturale più ampio tesi a diffondere una cultura critica nei confronti dei processi di stigmatizzazione e di emarginazione culturale e sociale tra la popolazione ed a facilitare processi di partecipazione degli utenti e della cittadinanza alla vita dei servizi pubblici.
- Coinvolgere in modo attivo le Agenzie e gli operatori del Terzo Settore impegnati nei diversi servizi e strutture di tutte le aree di attuazione del presente PDTA DD con particolare riferimento alle attività dei gruppi di lavoro ed alla programmazione e partecipazione alle attività di formazione e degli eventi pubblici.

Gli obiettivi ultimi di questo PDTA sono quelli di realizzare una rete di tutte le forze in campo (NONPI, UOSM, SPDC, SerD, UOOSSDD, Poli territoriali per il Trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo) le quali devono condividere le informazioni della presenza e dello stato



di avanzamento della gestione dei pazienti e adottare una strategia diagnostico-terapeutica-assistenziale integrata, comune e condivisa.

Il PDTA si applica integralmente per tutti i pazienti in carico ai Servizi territoriali di entrambi i dipartimenti. Si rimanda, invece agli accordi specifici e procedure già in essere per i pazienti in dimissione dalle Residenze per l'Espletamento delle Misure di Sicurezza (REMS), per i detenuti ed i pazienti per i quali la Magistratura disponga l'applicazione di misure di sicurezza in regime alternativo alla detenzione.

## 4. ACRONIMI

<b>AOU</b>	<b>Azienda Ospedaliera Universitaria</b>
<b>AORN</b>	<b>Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale</b>
<b>CC</b>	<b>Casa Circondariale</b>
<b>CGAS</b>	<b>Children's Global Assessment Scale</b>
<b>CPSI</b>	<b>Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere</b>
<b>CSM</b>	<b>Centro Salute Mentale</b>
<b>DD</b>	<b>Doppia Diagnosi</b>
<b>DM</b>	<b>Disturbo Mentale</b>
<b>DSM V</b>	<b>Manuale Diagnostico E Statistico dei Disturbi Mentali - revisione 5</b>
<b>DSM</b>	<b>Dipartimento Salute Mentale</b>
<b>DUS</b>	<b>Disturbo da Uso di Sostanze</b>
<b>DGA</b>	<b>Disturbo Gioco d'Azzardo</b>
<b>ECA</b>	<b>Epidemiological Carchment Area</b>
<b>EMCDDA</b>	<b>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</b>
<b>GAF</b>	<b>Global Assessment of Functioning</b>
<b>GRC</b>	<b>Gestione Rischio Clinico</b>
<b>ICD10</b>	<b>Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati- decima revisione</b>
<b>IPM</b>	<b>Istituto Penale Minorile</b>
<b>NCS</b>	<b>National Comorbidity Survey</b>
<b>NLAES</b>	<b>National Longitudinal Alchohol Epidemiologic Survey</b>
<b>NONPI</b>	<b>Nucleo Operativo di Neuropsichiatria Infantile</b>
<b>NPS</b>	<b>Nuove Sostanze Psicoattive</b>
<b>OR</b>	<b>Odds Ratio</b>
<b>REMS</b>	<b>Residenze per l'Espletamento delle Misure di Sicurezza</b>
<b>SC</b>	<b>Scheda (All.1-All.2)</b>
<b>SCID-5-CV</b>	<b>Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinical Version</b>

<b>SERD</b>	<b>Servizio Dipendenze</b>
<b>SPDC</b>	<b>Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura</b>
<b>TD</b>	<b>Tossicodipendenza</b>
<b>UO</b>	<b>Unità Operativa</b>
<b>UOC</b>	<b>Unità Operativa Complessa</b>
<b>UNODC</b>	<b>United Nations Office on Drugs and Crime</b>
<b>UOS</b>	<b>Unità Operativa Semplice</b>
<b>UOSM</b>	<b>Unità Operativa Salute Mentale</b>
<b>VGF</b>	<b>Scala di Valutazione Globale del Funzionamento</b>

## 5. RIFERIMENTI NORMATIVI

- **DPCM 12 gennaio 2017** “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)” (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017), con particolare riferimento agli Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche e Art. 35 Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche
- **Piano Triennale 2019-2021** di Sviluppo e Riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191
- **Decreto n. 6 del 17/01/2020** oggetto: Approvazione del “Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191”. Modifiche ed integrazioni al Piano già approvato con decreto commissariale n. 94 del 21 novembre 2019.
- **DCA n. 32 del 25/03/2019** - Approvazione del “Documento Tecnico di indirizzo sulla metodologia di stesura dei PDTA in Regione Campania” (anisapcampania.it).
- **Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70** “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera.”
- **Conferenza Stato-Regioni del 15/09/2016:** Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento “Piano nazionale della cronicità” di cui all’art. 5, comma 21, dell’Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Accordo ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- **DCA n. 134 del 28/10/2016** oggetto: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell’art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96. Recepimento dell’Accordo ai sensi dell’art. 4 del decreto Legislativo 28 agosto 1997, n.281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l’utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2014. Ritiro del DCA n. 22/2016.
- **Decreto Commissario ad Acta n. 99/2018** “Piano Triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191” riconosce nei PDTA lo strumento di innovazione e governance di patologie acute e croniche
- **Decreto Commissario ad Acta n. 86 del 08/08/2016:** Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche.
- **Decreto Commissario ad Acta n. 81 del 15/10/2018:** Presa d’atto. Intesa Stato Regioni 6 dicembre 2017: “Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal Gioco d’Azzardo Patologico (GAP)”. Approvazione Piano Regionale 2018/2019 di contrasto al disturbo da gioco d’azzardo.
- **Decreto Commissario ad Acta n. 32 del 25/03/2019:** Approvazione del “Documento Tecnico di indirizzo sulla metodologia di stesura dei PDTA in Regione Campania”.
- **Legge 13 maggio 1978 n. 180:** “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”
- **D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309:** “Testo

unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”

- **Decreto Ministeriale 2 aprile 1990 n. 444:** “Regolamento concernente la determinazione dell’organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali.

## 6. MODALITÀ OPERATIVE

### 6.1 FASI DEL PROGRAMMA D’INTERVENTO

Al fine di valorizzare la specificità e la differenziazione delle competenze degli interventi e, di fatto, rendere possibile ed efficace l’integrazione delle stesse in un eventuale successivo lavoro congiunto, si premette che presso ciascun Servizio territoriale di entrambi i Dipartimenti al quale si sia rivolto inizialmente il paziente si effettueranno sia l’accoglienza sia la valutazione diagnostico-terapeutica per competenza, ognuno secondo le proprie modalità operative già in essere.

#### 6.1.1 PRINCIPI DELLA PRESA IN CARICO E DELL’ARTICOLAZIONE DELLE FASI DEL PROGRAMMA D’INTERVENTO

La presa in carico del paziente e la definizione congiunta del programma di intervento tra i servizi dei due Dipartimenti sia Dipendenze sia Salute Mentale si declinano lungo una serie di fasi che delineano un’offerta di servizi e di risorse utili a tracciare percorsi personalizzati concordati con i pazienti e che coinvolgono, quando è possibile, le famiglie, le reti personali e sociali.

Considerata la complessità delle problematiche e nonostante la lunga esperienza clinica accumulata dagli operatori dei due Dipartimenti con le proprie utenze di riferimento, i percorsi risulteranno non sempre lineari, presenteranno anche momenti di arresto, crisi, pause, interruzioni e abbandoni; limiti e criticità questi che, quando presenti, richiederanno l’individuazione di ulteriori risorse e servizi.

Sulla base di questa premessa “metodologica”, si prevede che il percorso dei pazienti con comorbidità tossico-psichiatrica si declini in fasi di intervento, intese come elementi costitutivi di un programma, che si svilupperanno sulla base del lavoro concreto realizzato dalle équipe di

cogestione costituita dagli operatori dei servizi territoriali dei due Dipartimenti.

Per i pazienti per i quali si individui la necessità di inserimento nel percorso PDTA DD, si attiverà un **percorso in fasi**, descritte successivamente, tenendo presente che tali fasi devono intendersi come uno sforzo di schematizzazione e di sintesi di un percorso altamente complesso del quale si può prevedere, per casi particolari e dopo discussione nell'équipe di cogestione dedicata, anche la possibilità di una rimodulazione più specifica.

### 6.1.2 ATTIVAZIONE PERCORSO DI COGESTIONE PDTA DD

Si attiverà il percorso in fasi ogni volta che il Servizio di uno dei due Dipartimenti individuerà, secondo i criteri diagnostici come da DSM V, segni e/o sintomi riferibili a comorbidità tossico psichiatrica come di seguito specificati:

- **Presenza di un disturbo da uso di sostanze (DUS) negli ultimi 12 mesi di gravità così come di seguito indicato secondo DSM V:**

- presenza di almeno 5 criteri tra quelli previsti secondo DSM V

e contemporaneamente

- **Presenza di un Disturbo Mentale Severo: come definito da Diagnosi DSM V di:**

- Schizofrenia o altro disturbo dello spettro schizofrenico negli ultimi 12 mesi
- Disturbo Bipolare negli ultimi 12 mesi
- Disturbo Depressivo Maggiore negli ultimi 12 mesi
- Disturbo di Personalità Grave (Cluster A e B) negli ultimi 12 mesi
- Disturbo da Stress Post Traumatico negli ultimi 12 mesi
- Disturbo del Neurosviluppo negli ultimi 12 mesi
- Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione negli ultimi 12 mesi

- Disturbo del Comportamento Dirompente, del Controllo degli Impulsi e della Condotta negli ultimi 12 mesi
- Multimorbilità tra due o più dei precedenti disturbi

Presenza di un Disturbo Mentale Severo come definito da Diagnosi DSM V

- con punteggio di valore uguale o inferiore a 50 alla scala di valutazione VGF per gli adulti
- con punteggio di valore uguale o inferiore a 50 alla scala di valutazione CGAS in Età Evolutiva

A tal proposito verranno utilizzati per la valutazione diagnostica e del funzionamento:

- **SCID-5-CV** (Structured Clinical Interview for DSM-5- Clinical Version)
- **GAF** Global Assessment of Functioning - (**VGF**, nella traduzione italiana, Valutazione Globale del Funzionamento)
- **CGAS** Children's Global Assessment Scale

Per facilitare l'attivazione degli interventi si utilizzeranno anche i criteri di classificazione ICD-10. Come si evince da quanto fino ad ora definito, la gravità verrà valutata non solo secondo i criteri diagnostici come da DSM V, ma necessariamente anche attraverso la valutazione del funzionamento del paziente in ambito relazionale, familiare, sociale, lavorativo e/o in altre aree importanti della sua vita quotidiana, sottolineando che la comorbidità tossico-psichiatrica in Età Evolutiva rappresenta di per sé una condizione di gravità.

Per tutti gli altri pazienti che non rientrano nei precedenti criteri di gravità, potranno, invece, essere attivati percorsi agevolati di consulenze da effettuarsi tra i servizi dei due Dipartimenti, come già da prassi consolidata e modulistica già in uso.

Gli operatori dei Servizi di ciascun Dipartimento, una volta ipotizzata per un paziente la presenza di comorbidità tale da richiedere un trattamento in cogestione, utilizzeranno, per le comunicazioni formali con gli operatori del Servizio afferente all'altro Dipartimento, una scheda comune per la proposta di

valutazione del caso (Allegato 1\* - SC presentazione) e una scheda comune per la successiva eventuale presa in carico congiunta del paziente (Allegato 2\* - SC presa in carico)

### 6.1.3 DESCRIZIONE DELLE FASI

#### Fase 1

Dopo aver effettuato l'accoglienza e la valutazione diagnostica per competenza, gli operatori e/o la mini équipe del Servizio di uno dei due Dipartimenti a cui il paziente ha fatto accesso, avendo ipotizzato per lo stesso la presenza di comorbidità di gravità, così come indicato nel paragrafo precedente, compilano la scheda comune (Allegato 1\* - SC presentazione) e attivano la procedura di invio per la prima valutazione del paziente con gli operatori di riferimento del Servizio dell'altro Dipartimento, che stabiliranno, in questa fase, un appuntamento programmato per l'utente.

È auspicabile che, tutte le volte che le esigenze del Servizio lo consentano, sin dal primo contatto, l'utente possa essere accompagnato da un operatore del Servizio Inviante. I Responsabili dei Servizi dei due Dipartimenti, o delegati da loro formalmente individuati, si occuperanno di attivare la procedura di invio così come prevista dalla fase 1.

#### Fase 2

Valutata la necessità di un percorso di gestione, le mini équipe dei due Dipartimenti provvedono ad incontrarsi entro 15 giorni per organizzare le modalità d'intervento e di presa in carico congiunti (Allegato 2\* - SC presa in carico) e ad individuare all'interno dell'équipe di gestione un operatore (case manager) di riferimento del **percorso a fasi** del paziente.

Naturalmente, nel caso in cui il paziente sia già stato preso precedentemente in carico presso uno dei Servizi dei due Dipartimenti, in questa fase, si terrà conto in primo luogo delle conoscenze acquisite dal Servizio che ha già in carico la persona e delle relazioni terapeutiche eventualmente già in corso.

#### Fase 3

L'équipe di gestione, nell'ottica dell'empowerment del paziente e sulla scorta della valutazione congiunta del caso, ossia dell'età, dello stato di salute, del funzionamento, delle risorse personali, familiari e sociali del paziente, e considerando la disponibilità di risorse delle diverse strutture e professionalità dei due circuiti di Servizi dei due Dipartimenti, individuerà, anche per favorire e sostenere l'aderenza al trattamento e la sua attuabilità, una prima ipotesi di percorso PDTA DD che si configurerà come risposta complessa ed articolata alle esigenze del paziente.

#### Fase 4

L'équipe di gestione stabilirà, di volta in volta, la periodicità degli incontri di verifica, valutazione ed eventuale rimodulazione del percorso del paziente. A tale scopo verrà utilizzata la scheda di presa in carico congiunta (Allegato 2\*-SC presa in carico) utile a monitorare l'evoluzione del paziente e ad individuare i punti di forza e i punti critici del percorso.

Il case manager, già individuato nell'équipe di gestione, avrà cura di sostenere la continuità e la regolarità del percorso, concordando incontri e contatti periodici tra gli operatori dell'équipe di gestione.

Ogni sei mesi dall'attivazione sarà effettuata una valutazione complessiva del percorso diagnostico - terapeutico del paziente.

Le comunicazioni tra gli operatori dell'équipe di gestione avverranno a mezzo telefono e e-mail.

## 7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Responsabilità \ Attività	Medico	Psicologo/ Psicoterap.	Ass. Sociale	CPSI	Educ. Profes.	Ref. delegato del Percorso	Resp. Serv.	Case Manager dell'Équipe di cogestione
Accoglienza e prima valutazione del paziente	R	R	R	R	R			
Compilazione scheda per cogestione del paziente (All.1)	R	R	R	R	R			
Trasmissione scheda al servizio di II accoglienza tramite email						R	R	
Recepimento richiesta e attivazione équipe del servizio di II accoglienza						R	R	
Appuntamento programmato per l'invio dell'utente al servizio di II accoglienza						R		
Comunicazione al paziente dell'appuntamento programmato per l'invio al servizio di II accoglienza						R	R	
Valutazione del paziente del servizio di II accoglienza	R	R	R	R	R			
Programmazione incontro delle 2 équipe entro 15 gg						R		
Incontro tra le due équipe entro 15 gg dall'inizio della II valutazione del paziente	R	R	R	R	R			
Compilazione scheda per la presa in carico (All.2)	R	R	R	R	R			
Formulazione prima ipotesi del percorso di cogestione del paziente	R	R	R	R	R			
Stesura del verbale delle riunioni della équipe di cogestione								R
Programmazione e incontro della équipe di cogestione, come da all. 2								R
Programmazione e incontro dell'équipe di cogestione ogni 6 mesi dall'attivazione del percorso PDTA								R

### LEGENDA

R: Responsabile

C: Collabora

Responsabilità \ Attività	Dir. DSM	Dir. Dip. Dipendenze	Dir. UOC CSM	Dir. UOC NONPI	Dir. UOC Ser.D	Resp. UOC CSM	Resp. UOC NONPI	Resp. Ser.D	UOS GRC
Diffusione del PDTA	R	R	R	R	R	R	R	R	
Organizzazione percorsi formativi/informativi	R	R	C	C	C	C	C	C	I
Monitoraggio e Valutazione	R	R	C	C	C	C	C	C	I

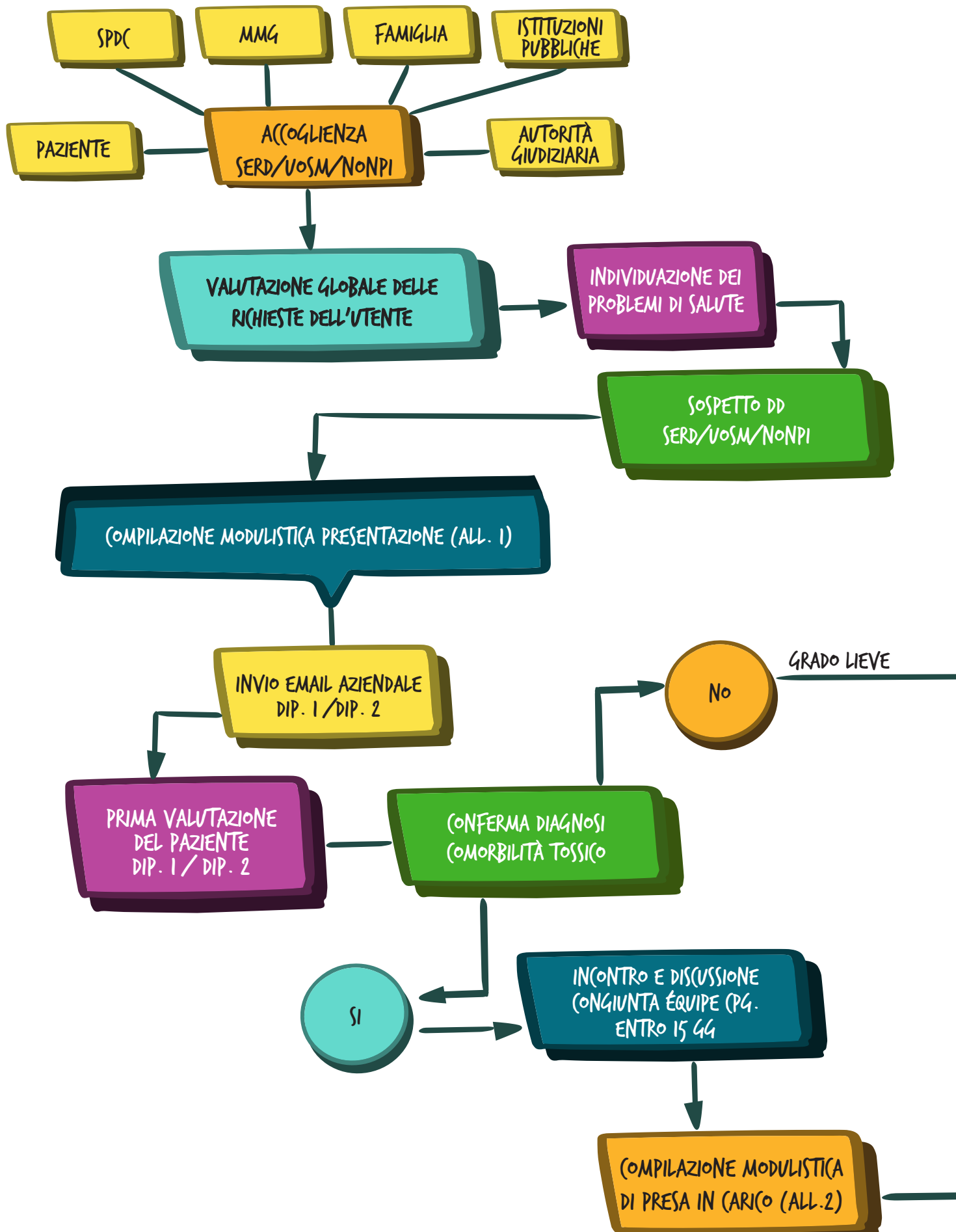
#### LEGENDA

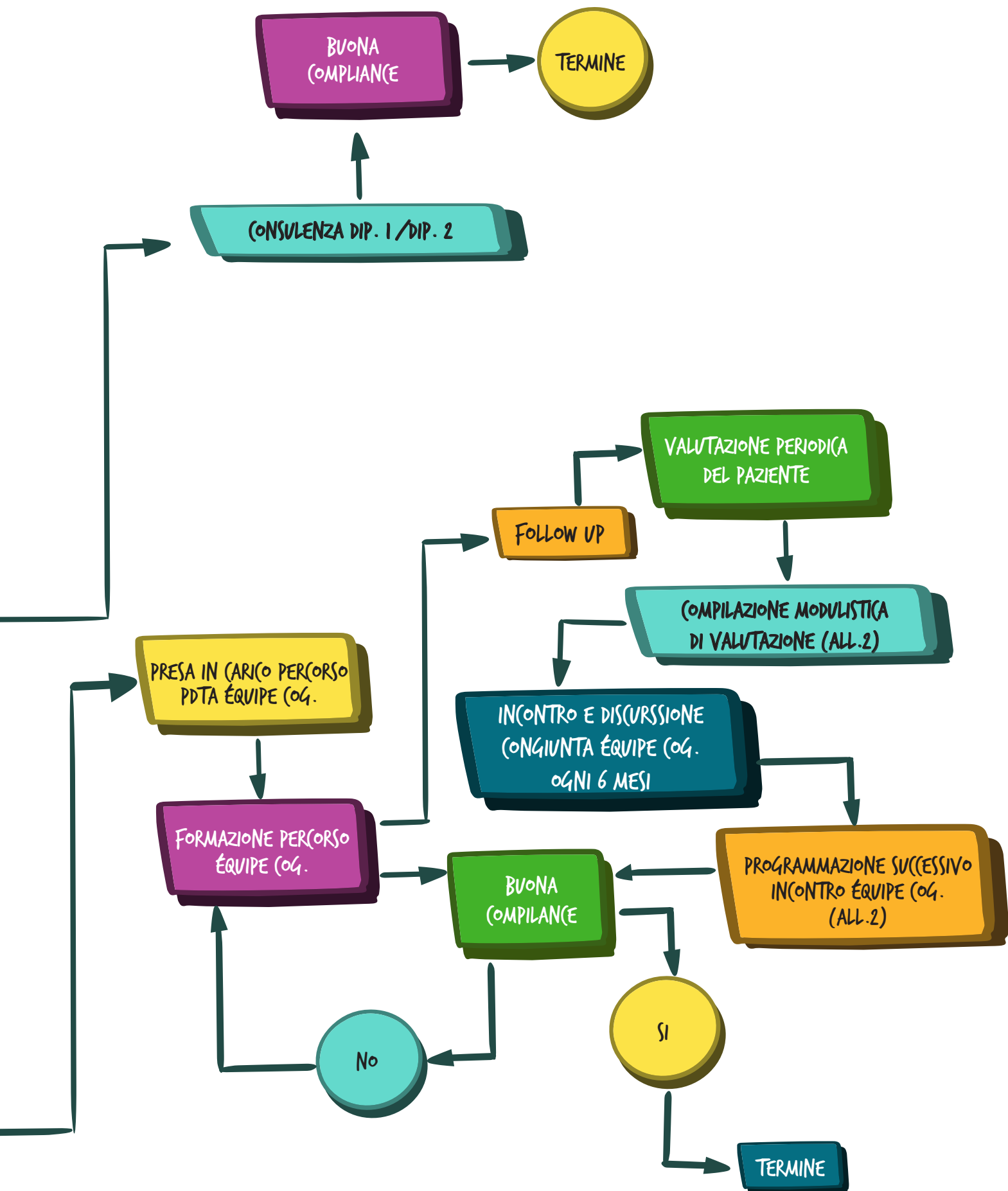
R: Responsabile

C: Collabora

I: Informato







## 8. FORMAZIONE

La presentazione del PDTA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOPPIA DIAGNOSI-COMORBILITÀ TOSSICO PSICHIATRICA a tutti gli operatori interessati è a cura del gruppo di lavoro che ha redatto il documento.

L'organizzazione di percorsi formativi/informativi del PDTA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOPPIA DIAGNOSI-COMORBILITÀ TOSSICO PSICHIATRICA è a cura dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.



## 9. DIFFUSIONE

Il presente documento e la delibera di adozione sono disponibili sul portale aziendale sezione intranet, nella pagina dedicata a “**GESTIONE RISCHIO CLINICO E PDTA**”.

La UOC Programmazione e Pianificazione Aziendale invia il documento a:

- Regione Campania Direzione Generale per la Tutela della salute e del coordinamento del Servizio Sanitario Regionale
- Direttore Dipartimento Salute Mentale e per suo tramite ai Direttori/Responsabili

- delle UUOO interessate all'applicazione del percorso con diffusione capillare agli operatori
- Direttore Dipartimento Dipendenze e per suo tramite ai Direttori/Responsabili delle UUOO interessate all'applicazione del percorso con diffusione capillare agli operatori
- Direttore Dipartimento Attività Ospedaliera e per il suo tramite ai Direttori/Responsabili delle UUOO interessate all'applicazione del percorso con diffusione capillare agli operatori
- Direttore Dipartimento Assistenza Primaria e per suo tramite diffusione alle strutture interessate all'applicazione del percorso e condivisione con MMG/PLS e specialisti ambulatoriali in sede di comitato ex art. 13
- Responsabile della UOS Stranieri Temporaneamente Presenti interessato all'applicazione del percorso con diffusione capillare agli operatori
- Direzione Generale AOU Federico II
- Direzione Generale AORM Santobono – Pausilipon
- CUP E Flussi Informativi
- Associazioni dei familiari dei pazienti
- Responsabile UOS Gestione Rischio Clinico e PDTA

## 10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

I Direttori del Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento Dipendenze sono responsabili del monitoraggio periodico del percorso; i Direttori/Responsabili delle UU.OO. sono responsabili di vigilare la corretta applicazione del presente PDTA.

Al fine di verificare l'appropriatezza del percorso, evidenziare e apportare specifici miglioramenti, vengono definiti i seguenti INDICATORI per valutare l'efficienza e la riproducibilità della attivazione del PDTA nei servizi:

INDICATORI DI PROCESSO	FONTE DEL DATO
N° di riunioni di équipe cogestione PDTA DD effettuate per ciascun paziente ogni 6 mesi / N° totale di riunioni programmate	Verbale Équipe di Cogestione
N° di pazienti arruolati nel percorso dell'équipe cogestione / N° totale di pazienti valutati con sospetto di comorbidità tossico-psichiatrica	Scheda Allegato 1 Scheda Allegato 2

INDICATORI DI ESITO	FONTE DEL DATO
N° di eventi critici (TSO/overdose/reato) nel corso di 6 mesi dalla presa in carico nel percorso PDTA DD / N° totale di pazienti inseriti nel percorso PDTA DD	Cartella Clinica
N° di pazienti che abbandona il percorso a 6 mesi / N° totale di pazienti inseriti nel percorso di cogestione PDTA DD	Scheda Allegato 2

## 11. REVISIONE

Il presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica a seguito di aggiornamento delle evidenze scientifiche emerse, a modifiche normative, a riorganizzazione aziendale ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.



## 12. BIBLIOGRAFIA

1. G. De Leon. Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, pp. 177-188, 1989.
2. J. Solomon. Doppia diagnosi. *Personalità/Dipendenze*, 2, pp. 279-289, 1996.
3. Babor T, Campbel R, Room R, et al. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization 1994.
4. UNODCCP (Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e la prevenzione della criminalità) (2000), *Demandreduction: a glossary of terms*, Nazioni Unite: New York.
5. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990;264:2511-8
6. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
7. Grant FB. Prevalence and correlates of drug use and DSMIV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse* 1996;8:195-210.
8. Clerici M, Carta I, Cazzullo CL. Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989;24:219-26.
9. Pani PP, Carta M, Rudas N. Psychopathological heterogeneity in opium drug addicts. *Minerva Psichiatr* 1991;32:145-50.
10. Tempesta E, Pozzi G, Tacchini G, et al. Mental disorders of drug addicts in treatment: a study of prevalence with retrospective evaluation by means of structured diagnostic interviews. *Minerva Psichiatr* 1995;36:139-54.
11. Miquel L, Roncero C, López-Ortiz C, et al. Epidemiological and diagnostic axis I gender differences in dual diagnosis patients. *Adicciones* 2011;23:165-72.
12. Helzer JE, Przybeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 1991;49:219-44.
13. Zilberman ML, Tavares H, el-Guebaly N. Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders. *BMC Psychiatry* 2003;3:1.
14. Fenton MC, Keyes K, Geier T, et al. Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction* 2012;107:599-609.
15. Tomasson K, Vaglum P. A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics - a study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:378-85.
16. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998;23:893-907.
17. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2010;40:977-88.
18. Wu P, Goodwin RD, Fuller C, et al. The relationship between anxiety disorders and substance use among adolescents in the community: specificity and gender differences. *J Youth Adolesc* 2010;39:177-88.
19. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, et al. The sociodemographic patterning of drinking and binge drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland, 1994-2002. *BMC Public Health* 2007;7:241.

20. Vasquez EP, Gonzalez-Guarda RM, De Santis JP. Acculturation, depression, self-esteem, and substance abuse among Hispanic men. *Issues Ment Health Nurs* 2011;32:90-7.
21. Benaiges I, Prat G, Adan A. Neuropsychological aspects of dual diagnosis. *Curr Drug Abuse Rev* 2010;3:175-88.
22. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, et al. Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:856-61.
23. Adams MW. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers’ reported attitudes and perceptions. *J PsychiatrMent Health Nurs* 2008;15:101-8.
24. *Mental Health Policy Implementation Guide: Dual Diagnosis Good Practice Guide*. London: Department of Health 2002.
25. Baker KD, Lubman DI, Cosgrave EM, et al. Impact of cooccurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:896902.
26. Lang K, Meyers JL, Korn JR, et al. Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *PsychiatrServ* 2010;61:1239-47.
27. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012;37:11-24.
28. Manning V, Betteridge S, Wanigaratne S, et al. Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophr Res* 2009;114:98-104.
29. Lysaker P, Bell M, Beam-Goulet J, et al. Relationship of positive and negative symptoms to cocaine abuse in schizophrenia. *J NervMent Dis* 1993;182:109-12.
30. Kerfoot KE, Rosenheck RA, Petrakis IL, et al.; CATIE Investigators. Substance use and schizophrenia: adverse correlates in the CATIE study sample. *Schizophr Res* 2011;132:177-82.
31. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry* 2006;6:44-54.
32. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, et al. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994;44:247-251.
33. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 2000;176:345-50.
34. McNiel DE, Binder RL. Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence. *Am J Psychiatry* 2007;164:1395-403.
35. Latt N, Jurd S, Tennant C, et al. Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. *Australas Psychiatry* 2011;19:354-9.
36. Ogloff JR, Lemphers A, Dwyer C. Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: prevalence and implications for services. *BehavSci Law* 2004;22:543-62.
37. Afuwape SA. *Where are we with dual diagnosis (substance misuse and mental illness): a review of literature*. London: Rethink 2003.
38. Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia – a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15-years. *Schizophr Res* 2011;130:228-33.
39. Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, et al. Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. *ActaPsychiatrScand* 2008;117:133-8.

40. Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. Substance use disorder and schizophrenia: prevalence and sociodemographic characteristics in the Latin American population. *ActasEspPsiquiatr* 2011;39:123-30.
41. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Homelessness and Dual Diagnosis. *Am Psychol* 1991;46:1149-58.
42. Crawford V, Crome IB, Clancy C. Co-existing problems of mental health and substance misuse (Dual Diagnosis): a literature review. *Drugs EducPrev Pol* 2003;10:1-74.
43. Compton MT, Weiss PS, West JC, et al. The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems. *SocPsychiatryPsychiatrEpidemiol* 2005;40:939-46.
44. Serra G, Biggio G. Atti del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia, Cagliari, 2010.
45. Parolaro D, Rubino T. Atti del XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia, Cagliari, 2010.
46. Deshmukh a, Rosenbloom MJ, De Rosa E, Sullivan EV, Pfefferbaum A. Regional striatal volume abnormalities in schizophrenia: effects of comorbidity for alcoholism, recency of alcoholic drinking, and antipsychotic medication type. *Schizophrenia research* 200; 79 (2-3):189-200.
47. Torrens M, Martin-Santos R, Samet S. Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotox Res* 2006;10:253-61.
48. Moggi F, Hirsbrunner HP, Brodbeck J, et al. One-year outcome of an integrative inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addict Behav* 1999;24:589-92.
49. Carrà G, Johnson S. Variations in rates of comorbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol* 2009;44:429-47.
50. McCrone P, Menezes PR, Johnson S, et al. Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta PsychiatrScand* 2000;101:464-72.
51. Andrade LH, Viana MC, Tófoli LF, et al. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *SocPsychiatryPsychiatrEpidemiol* 2008;43:45-53.
52. Zanon D, Scaramagli S. Il ruolo del distretto socio sanitario. *Salute e territorio* 2002;132:188-192.
53. Verde L, Moccia E, Riccio M, et al. Oltre la doppia diagnosi: la gestione del paziente multiproblematico nel Servizio per le Tossicodipendenze. Case management e lavoro di rete in un caso clinico. *Mission* 2010;31:19-24.
54. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *PsychiatrRehabil J* 2004;27:360-74.
55. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *AddictBehav* 1998;23:717-34.
56. Solomon J, Snaider H. *Droga, farmaci e cervello*. I ed. Bologna: Zanichelli 1996.
57. Morojele N. K., Saban A, Seedat S. "Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders". *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25 : 181 - 6.
58. Carrà G., Clerici M. The Italian Association on Addiction Psychiatry (SIPDip), formerly The Italian Association on Abuse and Addictive Behaviours. *Addiction* 2003;98:1039-42.
59. Carrà G, Clerici M. Dual Diagnosis – Policy and practice in Italy. *Am J Addictions* 2006; 15 : 1 - 6.

60. Percorso clinico-assistenziale e organizzativo (PCAO) per la Presa in carico del paziente con “Doppia Diagnosi” (D.D.) Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze – Zona Sud ATS Sardegna
61. Journal of Psychopathology 2013; 19: 199 - 207. “Dual diagnosis” and use of healthcare resources in psychiatric care services. The experience of Monza and Brianza E. Giampieri, et al.
62. Laufer, M.; Laufer, M. E. “Adolescenza e breakdown evolutivo”. Borimghieri, Torino, 1986.
63. Gerra G, Frati F. (2000) “La ricerca sui Disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti ed alcolisti”, Personalità/Dipendenze 6, 1, 73-87.

### **13. ALLEGATI**

- ✓ **ALLEGATO 1:** Scheda di presentazione per la valutazione di Comorbidità Tossico-Psichiatrica
- ✓ **ALLEGATO 2:** Scheda di presa in carico



**C.A. Responsabile del Servizio**  
**C.A. Referente PDTA DD**

## SCHEDA DI PRESENTAZIONE PER LA VALUTAZIONE DI COMORBILITÀ TOSSICO-PSICHIATRICA

### SERVIZIO INVIANTE:

UOSM Distretto \_\_\_\_\_ Refente del servizio \_\_\_\_\_  
 NONPI Distretto \_\_\_\_\_ Refente del servizio \_\_\_\_\_  
 UO SerD Distretto \_\_\_\_\_ Refente del servizio \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Nome	Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita
Telefono	Email	Indirizzo di residenza	UO di primo contatto
Data di primo contatto	Stato Civile	Occupazione	Percorso di cura in atto <input type="checkbox"/> Assunzione in cura <input type="checkbox"/> Presa in carico
N° figli minori di 14 anni	Titolo di studio/scolarità	Telefono familiare	

### COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE

Ruolo	Nome	Professione

### STORIA TOSSICOLOGICA ULTIMI 12 MESI

Sostanza/farmaco d'uso primario	Dosaggio, modalità d'assunzione, frequenza
Sostanza/farmaco d'uso secondario	Dosaggio, modalità d'assunzione, frequenza
Altra sostanza/policonsumo	Dosaggio, modalità d'assunzione, frequenza

Ipotesi diagnostica del servizio inviante (secondo DSM-V e ICD-10)

## EVENTUALI ULTERIORI SERVIZI COINVOLTI ATTUALMENTE

### INTERVENTI ATTUALMENTE IN CORSO

- Psicologici SI / NO
- Psicoterapici SI / NO
- Ambientali SI / NO
- Sociali SI / NO
- Tribunale ordinario \_\_\_\_\_
- Tribunale dei minori \_\_\_\_\_
- Servizi sociali \_\_\_\_\_
- Farmacologici \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Test sottoposti all'utente		Gravità
<input type="checkbox"/> SCID V <input type="checkbox"/> VGF <input type="checkbox"/> C-GAS <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Punteggio se $\leq 50$ _____ Punteggio se $\leq 50$ _____	<input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Severa

### BREVE STORIA CLINICA

Altre patologie note \_\_\_\_\_

### ESAMI EMATOCHIMICI / INDAGINI STRUMENTALI EFFETTUATI

### IN DATA

- Esami ematici di routine \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Esame tossicologico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- CDT \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- ECG \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### NOTE

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Équipe/Referente PDTA DD

Responsabile del Servizio



VERBALE DI RIUNIONE

Presenti	Servizio	Firma

Prossima data di équipe \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



