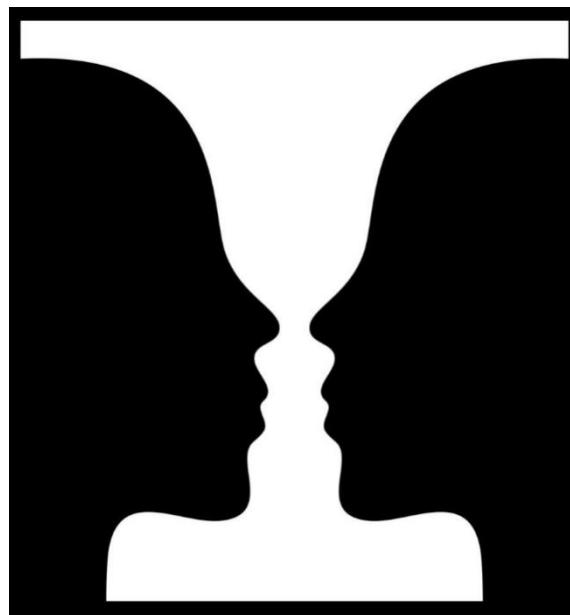


**PDTA
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

DOPPIA DIAGNOSI



SOMMARIO

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE	3
ELABORAZIONE DOCUMENTO – COMUNITÀ DI PRATICA 2024	3
REVISIONE DOCUMENTO - COMUNITÀ DI PRATICA 2025.....	4
VALIDAZIONE 2025.....	4
APPROVAZIONE FORMALE 2025.....	5
REFERENTI CLINICI 2025	5
RACCOLTA Ed ELABORAZIONE DATI E REPORTING 2025	5
STATO DELLE REVISIONI.....	5
DEFINIZIONI	6
INTRODUZIONE.....	10
SCOPO	10
OBIETTIVI.....	10
INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA	11
CODIFICHE ICD- IX CM	12
ICD 9 CM DIAGNOSI	12
ICD 9 CM PROCEDURE	12
AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE	13
DATI DI ATTIVITÀ.....	14
IL RAGIONAMENTO CLINICO	17
FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO.....	17
LEGENDA RAGIONAMENTO CLINICO.....	18
PERCORSO ORGANIZZATIVO	21
LEGENDA ORGANIZZATIVA	22
Il PASS (Punto Unitario dei Servizi Sanitari)	27
La Centrale Operativa Territoriale (COT).....	28
APPROFONDIMENTI.....	29
ATTIVAZIONE PERCORSO SERV. RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICO	29
ATTIVAZIONE INTERVENTI MEDICINA PENITENZIARIA	29
MONITORAGGIO	30
ALLEGATI	31
LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	32

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE
ELABORAZIONE DOCUMENTO – COMUNITÀ DI PRATICA 2024

Nominativo	Ruolo	Struttura
Antonella Denti	Dirigente medico	CSM Nuoro
Angela Mereu	Dirigente medico	Laboratorio Analisi
Anna Zene	Dirigente medico	NPI Nuoro
Anna Elisa Tolu	Infermiere	CSM Sorgono
Anna Rosa Fancello	Dirigente medico	Medicina HSF
Antonella Chessa	Dirigente medico	SerD Macomer
Antonella Piga	Tecnico sanitario di Lab.	Laboratorio Analisi
Cesare Piras	Dirigente medico	SPDC Nuoro
Elena Biondi	Dirigente psicologo	SerD Nuoro
Giovanna Pala Mundanu	Farmacista	Farmacia Territoriale
Giuseppe Gentile	Infermiere	SPDC Nuoro
Giuseppina Caddeo	Dirigente medico	Medicina HSF
Grazia Tolu	Dirigente medico	SerD Nuoro
Letizia Canu	Assistente sociale	SerD Nuoro
Lucia Vincenza Marongiu	Infermiere	Governo Clinico
Marcella Puddu	Infermiere	Medicina HSF
Margherita Monni	Dirigente psicologo	CSM Siniscola + SerD
Maria Chiara Campus	Dirigente psicologo	SerD Macomer
Maria Crocetta Ruiu	Dirigente medico	CSM Macomer
Maria Daniela Paglietti	Dirigente medico	CSM Macomer
Maria Lucia Puddu	Educatrice	SerD Macomer
Maria Luigia Piras	Dirigente medico	Neurologia
Michela Matta	Dirigente medico	PS HSF
Michele Matta	CPSI	PS HSF
Patrizia Carcassi	Dirigente medico	CSM Sorgono
Maria Cadeddu	Educatrice	SerD Macomer
Deserra Francesca	Dirigente Medico	CSM Macomer

REVISIONE DOCUMENTO - COMUNITA' DI PRATICA 2025

Nominativo	Ruolo	Struttura
Bellu Maria Rita	Dirigente psicologo	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Bonu Daniela	Infermiere	Medicina Penitenziaria – Distretto di Nuoro
Brau Filomena	Dirigente psicologo	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Cadeddu Maria	Educatore professionale	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Canu Letizia	Assistente sociale	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Chessa Antonella	Direttrice SC	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Contu Rosa	Infermiere	Medicina Penitenziaria – Distretto di Nuoro
Denti Antonella	Direttrice SC	SC Centro salute mentale
Ferrone Rosario	Infermiere	SC Dermatologia
Gentile Giuseppe	Infermiere	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure
Loi Eleonora	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	SC Centro salute mentale
Magnetti Maya	Infermiere	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Manca Francesca	Infermiere	SC Centro salute mentale
Mariani Mariangela	Dirigente medico	SC Emergenza urgenza pronto soccorso osservazione breve
Matta Michela	Direttrice SC	SC Emergenza urgenza pronto soccorso osservazione breve
Mingioni Diego Pasquale	Infermiere	SC Centro salute mentale
Murgia Elisabetta	Educatore professionale	SC Centro salute mentale
Paglietti Maria Daniela	Dirigente medico	SC Centro salute mentale
Pala Graziella	Dirigente psicologo	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Pinna Stefano	Dirigente medico	SC Centro salute mentale
Pira Francesca	Infermiere	Distretto di Nuoro
Piras Cesare	Direttore SC	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure
Pisanu Maria Francesca	Infermiere	SC Oncologia
Pulina Mariella	Infermiere	Medicina Penitenziaria – Distretto di Nuoro
Ruvinetti Anna Stefania	Direttrice SSD	SSD SRRSP - Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico
Zene Anna	Direttrice SC	SC Neuropsichiatria Infantile

VALIDAZIONE 2025

Nominativo	Ruolo	Struttura
Antonella Denti	Direttrice SC	SC Centro salute mentale
Antonella Chessa	Direttrice SC	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Michela Matta	Direttrice SC	SC Emergenza urgenza pronto soccorso osservazione breve
Cesare Piras	Direttore SC	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure
Stefania Ruvinetti	Direttrice SSD	SSD SRRSP - Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico
Anna Zene	Direttrice SC	SC Neuropsichiatria Infantile

APPROVAZIONE FORMALE 2025

Nominativo	Ruolo	Struttura
Zuccarelli Angelo	Commissario Straordinario	ASL 3 Nuoro
Bitti Pierpaolo	Direttore Sanitario	ASL 3 Nuoro
Raspitzu Paola	Direttrice Amministrativa	ASL 3 Nuoro

REFERENTI CLINICI 2025

Nominativo	Ruolo	Struttura
Antonella Denti	Direttrice SC	SC Centro salute mentale
Antonella Chessa	Direttrice SC	SC Servizi Dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
Michela Matta	Direttrice SC	SC Emergenza urgenza pronto soccorso osservazione breve
Cesare Piras	Direttore SC	SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure
Stefania Ruvinetti	Direttrice SSD	SSD SRRSP - Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico
Anna Zene	Direttrice SC	SC Neuropsichiatria Infantile

RACCOLTA ED ELABORAZIONE DATI E REPORTING 2025

Nominativo	Ruolo	Struttura
Carla Piga	Facilitatore	SC Qualità, governo clinico e gestione dei processi clinici e logistici

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	Paragrafi revisionati	Data Elaborazione documento	15/11/2023
		Descrizione Revisione	Data
0	Ragionamento Clinico	Prima Stesura	15/11/2023
1	Ragionamento clinico	Prima Revisione	23/12/2024
2	Ragionamento clinico	Seconda Revisione	11/11/2025

N.B. Le indicazioni contenute nel presente documento devono essere periodicamente aggiornate alla luce dell'evoluzione nelle pratiche di diagnosi e trattamento. In particolare, l'aggiornamento è previsto ogni qualvolta intervengano modifiche nell'ambito delle fonti scientifiche, bibliografiche e delle normative di riferimento, ovvero sulla base delle evidenze scaturite dai processi di audit periodici.

DEFINIZIONI

Linee Guida	<p>Le linee guida (LG) sono “raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, coerenti con le conoscenze sul rapporto costo/beneficio degli interventi sanitari, allo scopo di assistere sia i medici che i pazienti nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche”. (<i>Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From Development to Use. Washington DC, National Academic</i>).</p> <p>Le LG orientano dunque verso un’attività clinico assistenziale più omogenea, al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti degli operatori.</p> <p>Sostanzialmente una LG deve assistere al momento della decisione clinico-assistenziale ed essere di ausilio all’esercizio professionale orientato alle <i>Best Practice</i>.</p> <p>Le LG vengono emanate da <u>organismi scientifici superiori</u> (AHA – ILCOR – SSN); possono riguardare attività di prevenzione, diagnostiche, terapeutico-assistenziali e di follow-up e contengono raccomandazioni “pesate” in base al concetto di “forza”.</p> <p>Le raccomandazioni affermano chiaramente il tipo di azione da fare o da non fare in specifiche circostanze.</p> <p style="text-align: center;">Dalle linee guida vengono poi elaborati specifici “documenti” di intervento in uno specifico contesto organizzativo.</p>
PDTA	<p>Con il termine di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) (anche denominato Percorso Clinico Organizzativo o Algoritmo) si intende l’insieme sequenziale (da cui Percorso) di valutazioni/azioni/interventi che una Organizzazione Sanitaria adotta, in coerenza con le Linee Guida correnti, al fine di garantire a ciascun paziente le migliori possibilità di Diagnosi, Cura e Assistenza rispetto al bisogno di salute presentato. In altri termini il PDTA descrive il metodo adottato nello specifico contesto organizzativo per affrontare e possibilmente risolvere un problema di salute complesso, esplicitando i “risultati” che si vogliono ottenere, a partire da un certo insieme di dati/informazioni/valutazioni.</p> <p>Nell’interpretazione qui adottata, il PDTA è un modello formalizzato di comportamento professionale della cui stesura è responsabile la “comunità di pratica” che lo elabora e lo utilizza:</p> <p style="text-align: center;">il PDTA, di conseguenza, è da ritenersi efficace solo nel contesto organizzativo e tecnico-professionale che lo ha elaborato.</p> <p>Operativamente, un PDTA descrive le modalità con cui è affrontata una patologia o gruppi omogenei di patologie in ogni sua fase, attraverso il coordinamento di più funzioni aziendali, in un’ottica di multidisciplinarietà e integrazione di “saperi”.</p> <p>L’adozione di un PDTA non esclude la possibilità di discostarsene in relazione alle valutazioni sul singolo caso che uno specifico professionista ritiene di dover adottare secondo scienza e coscienza (le motivazioni delle possibili divergenze potranno eventualmente essere oggetto di analisi in occasione di audit periodici).</p> <p>Un metodo rapido e sintetico per rappresentare algoritmi complessi è costituito dai cosiddetti diagrammi di flusso o <i>Flow-Chart</i> (Tabella 1).</p> <p>I PDTA rappresentano l’interpretazione clinico-assistenziale della cosiddetta “gestione per processi” (all’interno di un’organizzazione i processi possono interagire tra loro, in quanto gli output di uno sono talvolta input di altro/i).</p>
Protocollo	<p>Il protocollo può essere definito come “un documento scritto che formalizza la successione di azioni prefissate e consequenziali di tipo fisico/mentale/verbale, con le quali l’operatore raggiunge un determinato risultato prefissato, di cui può essere stabilito il livello qualitativo”. (<i>Lolli, Lusignani, Silvestro, 1987</i>).</p> <p>Normalmente può descrivere alcune fasi specifiche di un PDTA e coinvolge di solito una o poche funzioni aziendali.</p>
Procedura/ Istruzione Operativa	<p>La procedura indica “chi fa cosa” in un determinato contesto /processo, suddividendo in fasi di cui definisce le specifiche responsabilità.</p> <p>La Istruzione Operativa è una dettagliata descrizione degli atti da compiere e/o delle tecniche da adottare per eseguire una determinata azione. Normalmente è inserita all’interno di procedure e/o PDTA, dei quali costituiscono una parte rilevante.</p>

Schema comparativo delle definizioni adottate

	Linee guida	PDTA e Procedure	Istruzione Operativa
DEFINIZIONE	Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, al fine di assistere nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.	Si riferisce ad uno specifico processo clinico - assistenziale. Descrive i risultati attesi e le azioni e procedure da attivare in una situazione clinica nota. Lascia agli operatori ampia libertà di azione per quanto riguarda i dettagli operativi.	Si riferisce ad una singola azione. È una descrizione molto dettagliata degli atti da compiere per eseguire determinate operazioni. Tutti gli operatori si attengono esattamente a quanto descritto nella istruzione
TIPO DI STRUMENTO	È uno strumento a valenza interdisciplinare e con ampi contenuti.	È uno strumento prevalentemente interdisciplinare, finalizzato al coordinamento di molteplici ambiti organizzativi.	È tipicamente uno strumento interdisciplinare.
VALENZA	Generale.	Locale.	Locale.
DIFFUSIONE	Elaborate e diffuse da organi autorevoli a livello internazionale e nazionale.	È elaborato da una specifica comunità di pratica ed è diffuso tra gli operatori delle U.U.O.O. coinvolte.	È elaborata e diffusa dal gruppo professionale all'interno della singola Unità Operativa.
VALUTAZIONE E VALIDAMENTO	Esperti del settore.	Responsabili di U.U.O.O. e Direzione Strategica	Responsabile di U.O.
FLESSIBILITÀ	Si	Relativamente ad uno specifico caso.	No
DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE	No	Si	Si
ADOZIONE E CONSERVAZIONE	Discrezionale	Obbligatoria	Obbligatoria
REFERENZIALITÀ SCIENTIFICA	Sono necessarie alla costruzione dei protocolli.	Sono necessari per valutare le performance professionali e delle U.U.O.O. coinvolte.	

Simboli utilizzati nei diagrammi di flusso – Flow-Chart

	1. L'input è rappresentato nel diagramma di flusso come ellisse; è il punto di inizio del processo; corrisponde ai bisogni, ai problemi di salute ed alle richieste di intervento che determinano l'inserimento nel processo; definisce fattori fisici e informativi acquisiti all'esterno o derivanti da altri processi.
	2. Le attività sono rappresentate da rettangoli. Nella descrizione delle attività, per ciascuna fase, occorre definire puntualmente le figure coinvolte, gli aspetti logistici, le tempistiche di attuazione, la documentazione prodotta, le informazioni da fornire al paziente/utente, eventuali rischi specifici correlati e, soprattutto, gli obiettivi/traguardi clinico-assistenziali da conseguire.
	3. Gli snodi decisionali sono rappresentati con un rombo. Descrivono le scelte diagnostico-terapeutiche e/o di tipo organizzativo e/o socio-assistenziale. Rappresentano in genere i punti di maggiore interesse clinico e sono spesso riferibili a raccomandazioni EBM.
	4. I connettori. Le interdipendenze tra le attività e gli snodi sono rappresentate da linee di congiunzione o frecce; descrivono i legami logici e di precedenza che esistono tra le fasi di un processo e, eventualmente, con altri processi.
	5. Gli output sono rappresentati da un'ellisse; sono il punto di uscita dal processo e corrispondono ai traguardi ed agli outcomes attesi. Un output può diventare input di un processo successivo.

Abbreviazioni/acronimi

PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
DD	Doppia diagnosi
GIDD	Gruppo Interdisciplinare Doppia Diagnosi
PZ	Paziente
CSM	Centro Salute Mentale
Ser.D	Servizio Dipendenze
CDP	Comunità di pratica
PIS	Psicosi indotta da sostanze
DUS	Disturbo da uso di sostanze
DUA	Disturbo da uso di alcol
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
GAF	Global Assessment of Functioning
CAN	Camberwell Assessment of Need
ECG	Elettrocardiogramma

INTRODUZIONE

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono strumenti di governo clinico che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione e della rete in cui essa è inserita.

I PDTA si propongono di garantire:

- riproducibilità delle azioni;
- uniformità delle prestazioni erogate;
- riduzione dell'evento straordinario;
- scambio di informazioni;
- definizione dei ruoli.

SCOPO

Lo scopo del presente PDTA, è quello di guidare il lavoro degli operatori fornendo indicazioni utili, basate sull'evidenza scientifica, nella pianificazione delle fasi di presa in carico del paziente.

Lo stesso cerca di definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei pazienti/utenti che afferiscono all'ASL di Nuoro, migliorando il livello qualitativo dell'offerta e ottimizzando l'uso delle risorse professionali/tecnologiche/economiche dell'azienda.

OBIETTIVI

Obiettivi generali dei PDTA:

- sviluppo di un PDTA condiviso dalla comunità di pratica e dalle strutture in seno alle quali essi operano;
- sviluppo di tecniche e strumenti orientati al miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa;
- armonizzazione delle pratiche adottate nell'area aziendale allo scopo di garantire equità e qualità delle cure;
- favorire l'aggiornamento continuo su linee guida, protocolli, procedure;
- rafforzare la continuità ospedale-territorio.
- miglioramento della presa in carico dei pazienti affetti da doppia diagnosi attraverso forme di confronto di pratiche ed evidenze scientifiche;
- promuovere la diagnosi precoce;
- garantire la presa in carico e la gestione interdisciplinare di ogni singolo assistito;
- integrazione sistemi informativi SERD/CSM.

In generale il PDTA si prefigge come obiettivi specifici di:

- ottimizzazione dei tempi tra la presa in carico del paziente e valutazione psichiatrica
 - garantire ai pazienti un'efficace presa in carico interdisciplinare, secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili;
 - definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei pazienti che afferiscono all'ASL di Nuoro;
 - razionalizzare e rendere omogeneo il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale adottato;
 - migliorare e facilitare l'accesso ai servizi di diagnosi e cura, anche con l'interazione dei servizi di diagnosi e cura di altre strutture e servizi extraaziendali;
 - monitorare la qualità dei trattamenti attraverso l'identificazione, la raccolta e l'analisi di indicatori di processo e di esito;
 - consolidare la continuità dell'assistenza;
 - offrire un percorso integrato e di qualità che garantisca la presa in carico assistenziale dei pazienti, riduca e standardizzi i tempi dell'iter diagnostico-terapeutico, fissando gli standard aziendali;

- orientare il gruppo di lavoro alla multidisciplinarietà e alla condivisione delle best practice ad oggi conosciute a garanzia della sicurezza del paziente;
- perfezionare gli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti, cui saranno garantiti:
 - la comprensione del percorso di diagnosi e cura per una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di trattamento,
 - la sinergia e l'integrazione tra le varie fasi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi
 - l'accompagnamento e l'attenzione ai bisogni aggiuntivi.

INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come doppia diagnosi, la coesistenza, nel medesimo individuo, di disturbi mentali e disturbi dovuti al consumo di sostanze psicoattive (Babor et al., 1994). L'abuso di sostanze è la comorbidità più frequente nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici di grado severo (Drake et al., 2001).

I primi studi condotti in USA sulla popolazione generale rilevavano, tra i soggetti affetti da malattia mentale, una prevalenza lifetime di disturbi da abuso di alcol o droghe del 29% (OR = 2,7) mentre nei pazienti tossicodipendenti la prevalenza di un disturbo mentale risulta pari al 45% (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1994; Grant, 1996). I primi dati relativi alla situazione italiana si riferiscono a una serie di studi (Clerici et al., 1989; Pani et al., 1991; Tempesta et al., 1995) svolti in tre città campione (Milano, Roma e Cagliari) ed evidenziano come i disturbi mentali e l'abuso di sostanze si potenzino 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. Studi successivi hanno evidenziato come la sostanza più correlata a disturbi psichici sia l'alcol, seguita da cannabis e cocaina (Giampieri et al., 2013). I disturbi psichiatrici reperiti più frequentemente nei pazienti in doppia diagnosi sono quelli psicotici (negli uomini) e dell'umore (nelle donne), i disturbi di personalità e i disturbi d'ansia (Giampieri et al., 2013).

I pazienti con doppia diagnosi tendono ad avere un outcome peggiore, con maggior numero di ricoveri, minor risposta al trattamento, maggior compromissione cognitiva, maggior prevalenza di alterazioni comportamentali e suicidio, maggior gravità dei sintomi depressivi. Questi pazienti, inoltre, soffrono di problematiche sociali e relazionali ben più gravi di quelle dei soggetti soltanto psichiatrici o tossicodipendenti, tanto da essere definiti "multiproblematici" (Verde et al., 2010). Fra i pazienti con doppia diagnosi, gli schizofrenici e coloro che vivono nelle regioni centromeridionali dell'Italia, sono quelli che hanno la minore chance di essere trattati adeguatamente (Carrà et al., 2015). Questo dato mette in evidenza disparità significative non solo relativamente a determinate patologie ma anche nella distribuzione territoriale del servizio; ciò denota la necessità di un'integrazione dell'intervento su vasta scala. Particolare attenzione va rivolta, inoltre, ai pazienti con psicosi indotta da sostanze (PIS). Recenti studi evidenziano come una percentuale sostanziale di individui con PIS sviluppi nel lungo periodo condizioni psicotiche persistenti. Niemi-Pynttaeri et al. (2013) hanno analizzato i dati relativi a tutte le dimissioni ospedaliere con diagnosi di PIS (inclusi 18478 pazienti). Il rischio cumulativo di avere una diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico negli 8 anni successivi alla PIS è del 46% per pazienti con PIS da cannabis, del 30% per PIS da amfetamine, del 5% per PIS da alcol. La maggior parte delle conversioni avviene nei primi 3 anni. Fattori di rischio sono: giovane età (< 30 anni), genere maschile, uso di cannabis, durata del ricovero fra 1 e 4 settimane. Tali dati evidenziano come i PIS siano predittivi dello spettro schizofrenico in misura maggiore a quanto ritenuto in precedenza; di conseguenza, dovrebbe aumentare l'attenzione clinica verso questi disturbi. G. Di Petta (2017), segnala come i pazienti con PIS siano difficili da trattare, presentino numerosi ricoveri, abbiano pattern clinici peculiari come agitazione psicomotoria, disturbi della percezione (incluse allucinazioni visive), discontrollo comportamentale e aggressività, fluttuazioni dello stato di coscienza. L'autore consiglia l'utilizzo degli antipsicotici atipici LAI per la gestione di questi quadri.

In ambito diagnostico è frequente incontrare difficoltà nel diagnosticare la primarietà dell'una o dell'altra diagnosi per vari motivi. Tra questi: l'abitudine a diagnosticare il disturbo che si presenta più frequentemente in ambito clinico, la scarsa diffusione di operatori con esperienza in entrambi gli ambiti di indagine, la sottovalutazione dell'importanza della diagnosi in psichiatria, la frequente comparsa – durante l'intossicazione e l'astinenza da sostanze – di sintomi psichiatrici, l'appartenenza di alcuni sintomi

alle due classi di disturbi (apatia, disforia, astenia, turbe del sonno, crisi d'ansia acute), la scarsa abitudine a collaborare dei Servizi durante il processo diagnostico, spesso molto lungo (Morojele et al., 2012; Giampieri et al., 2013). In molti casi si può solo prendere atto che due diagnosi coesistono in un definito soggetto.

I quadri clinici risultano complessi e articolati. All'interno di questa eterogeneità di manifestazioni cliniche, va sottolineato come la semplice coesistenza dei due disturbi non necessariamente rappresenti un bisogno di doppia assistenza e/o presa in carico da parte dei due Servizi. Nell'ambito dei Servizi per le Tossicodipendenze non tutti i pazienti che presentano oltre alla patologia da dipendenza o abuso anche un sintomo psicopatologico vanno considerati pazienti con doppia diagnosi, altrimenti vista la frequenza in questa popolazione di disturbi d'ansia, oscillazioni del tono dell'umore o episodi di apatia e rallentamento psicomotorio, quasi tutti i pazienti tossicodipendenti e alcolisti sarebbero "casi con doppia diagnosi". Le stesse considerazioni valgono nel campo dei Servizi di Salute Mentale, dove è alta la percentuale dei pazienti che utilizzano saltuariamente o hanno avuto un uso pregresso di sostanze di abuso. È, quindi, chiaro che il ricorso improprio ed eccessivo al termine "doppia diagnosi" rischierebbe di essere a livello operativo confondente ed inutile. In questo protocollo si utilizza il termine di doppia diagnosi per indicare i casi di compresenza di gravi disturbi da uso di sostanze e di gravi disturbi di tipo psicopatologico, tali da rendere necessaria la presa in carico contemporanea da parte di entrambi i Servizi delle Dipendenze Patologiche e di Salute Mentale.

CODIFICHE ICD- IX CM

ICD 9 CM DIAGNOSI

("International classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification" 2007 versione italiana)

Cod.	Descrittivo Diagnosi
295*; 297*; 298*; 299*	<i>Schizofrenia e altre psicosi funzionali</i>
296.0*; 296.1*; 296.4*; 296.8*; 296.5*; 296.6*; 296.7*	<i>Manie e disturbi affettivi bipolari</i>
296.2*; 296.3*; 296.9*; 298.0*; 300.4*; 309.0*; 309.1*	<i>Depressione</i>
300*; 306*; 307.4*; 307.8*; 307.9*; 308*; 316*; 300.4*;	<i>Sindromi nevrotiche e somatoformi</i>
301; 302; 312*;	<i>Disturbi della personalità e del comportamento</i>
307*; 307.4*; 307.8*; 307.9*; 309*; 309.0*; 309.1*; 313*; 314*; 315;	<i>Altri disturbi psichici</i>
+	
291*;292*;303*;304*;305*	<i>Alcolismo e tossicomanie</i>

ICD 9 CM PROCEDURE

("International classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification"2007 versione italiana)

Cod.	Descrizione Procedura
89.01	<i>Prima visita psichiatrica</i>
9411	<i>Valutazione psichiatrica dello stato mentale</i>
9423	<i>Terapia neurolettica</i>
9412	<i>Visita psichiatrica di routine, SAI</i>
9419	<i>Altro Colloquio E Valutazione Psichiatrica</i>

AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE



L'ASL, Azienda Socio-sanitaria Locale, di Nuoro si estende territorialmente su una superficie di 3.933,72 km², è organizzata in 4 distretti che rappresentano un'articolazione territoriale dell'Azienda Socio-sanitaria Locale e assicurano alla popolazione la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e garantiscono i livelli essenziali di assistenza:

- Distretto di Nuoro
- Distretto di Macomer
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono

Le Strutture Ospedaliere presenti sono:

- P.O. San Francesco;
- P.O. Cesare Zonchello;
- P.O. San Camillo di Sorgono.

Il P.O. S. Francesco è un “Presidio DEA di 1° livello potenziato”, il P.O. S. Camillo di Sorgono è un “Ospedale di zona disagiata”; il PO C. Zonchello avrà le funzioni di “Ospedale Riabilitativo con funzioni di Lungodegenza e Ospedale di Comunità”.

All'interno della ASL di Nuoro sono presenti numerose Strutture coinvolte nel PDTA Doppia Diagnosi:

- SC SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure
- SC Centro Salute Mentale (CSM Nuoro, Macomer, Siniscola, Sorgono)
- SC Servizi dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo) (Ser.D Nuoro, Macomer, Siniscola)
- SSD SRRSP Servizio Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrico
- SC Emergenza urgenza pronto soccorso osservazione breve
- SC Laboratorio Analisi
- SC Farmacia territoriale
- SC Neurologia Stroke-Unit
- Medicina penitenziaria

Il presente PDTA è applicato a tutti i pazienti con DD di età uguale e superiore a 18 anni.

DATI DI ATTIVITÀ
DATI DI ATTIVITA' DEL CSM - PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI
Distretto di Nuoro - Utenti in DD

ANNO	2022	2023	2024
Disturbo Bipolare (uso alcol)	5	5	5
Disturbo Bipolare (uso sostanze psicotrope)	5	5	5
Depressione	8	8	8
Disturbo spettro schizofrenia	5	5	5
Disturbo tratti personalità	9	9	9
Neurocognitivo	1	1	1
TOTALE	33	33	33

Distretto di Macomer - Utenti in DD

ANNO	2022	2023	2024
Disturbo Bipolare (Dipendenza da alcol, poliabuso e stupefacenti)	8	10	9
Depressione maggiore cronica (Dipendenza da alcol, poliabuso e stupefacenti)	4	4	5
Psicosi (Dipendenza da alcol, poliabuso e stupefacenti)	10	10	12
Disturbo di personalità (Dipendenza da alcol, poliabuso e stupefacenti)	6	12	12
TOTALE	28	36	38

Distretto di Siniscola - Utenti in DD seguiti

ANNO	2022	2023	2024
Disturbo Bipolare (Dipendenza da Cannabis)	4	4	4
Depressione Maggiore (N°1 Dipendenza da Benzodiazepine, N°1 Dipendenza da Alcol)			3
Disturbo Schizoaffettivo (N°1 Dipendenza da Eroina, N°1 Dipendenza da Sostanze)	2	2	2
Disturbo Dell'Umore NAS (Dipendenza da Alcol)			1
Disturbo Psicotico (Dipendenza da Cannabis e altro)	3	3	3
TOTALE	9	9	13

Distretto di Sorgono - Utenti in DD seguiti

ANNO	2022	2023	2024
Disturbo Bipolare (Dipendenza da Cannabis)	3	3	3
Depressione Maggiore (N°1 Dipendenza da Benzodiazepine, N°1 Dipendenza da Alcol)	2	2	2
Disturbo Schizoaffettivo (N°1 Dipendenza da Eroina, N°1 Dipendenza da Sostanze)	2	2	2
Disturbo Dell'Umore NAS (Dipendenza da Alcol)	2	2	2
Disturbo Psicotico (Dipendenza da Cannabis e altro)	1	1	1
TOTALE	10	10	10

Si evidenzia che è presente una quota non quantificabile di pazienti che:

- con sospetto DD rifiutano la presa in carico, anche solo per valutazione, al CSM e quindi non è possibile effettuare diagnosi formale di DD;
- con sospetto DD scelgono di rivolgersi ad un Psichiatra Privato.

Questi pazienti non rientrano nel percorso di DD.

DATI DI ATTIVITA' DEL SPDC NUORO RELATIVI AI RICOVERI PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI

RICOVERI PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI – ANNO 2022							
PRIMA DIAGNOSI	NUORO	LANUSEI	MACOMER	SORGONO	SINISCOLA	Altri DSM	TOT.
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	1	2	3	1	2	1	10
Manie e disturbi affettivi bipolari	3	0	0	0	0	1	4
Depressione	1	0	1	0	0	0	2
Sindromi nevrotiche e somatoformi	0	0	0	0	0	0	0
Disturbi della personalità e del comportamento	2	0	0	0	1	0	3
Alcolismo e tossicomanie	6	3	0	1	0	2	12
Altri disturbi psichici	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	13	5	4	2	3	4	31

RICOVERI PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI – ANNO 2023							
PRIMA DIAGNOSI	NUORO	LANUSEI	MACOMER	SORGONO	SINISCOLA	Altri DSM	TOTALE
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	1	2	2	1	0	1	7
Manie e disturbi affettivi bipolari	1	0	0	0	0	0	1
Depressione	3	0	0	0	0	0	3
Sindromi nevrotiche e somatoformi	0	0	0	0	0	0	0
Disturbi della personalità e del comportamento	4	1	0	0	0	1	6
Alcolismo e tossicomanie	3	1	1	1	3	1	10
Altri disturbi psichici	0	0	1	1	0	0	2
TOTALE	12	4	4	3	3	3	29

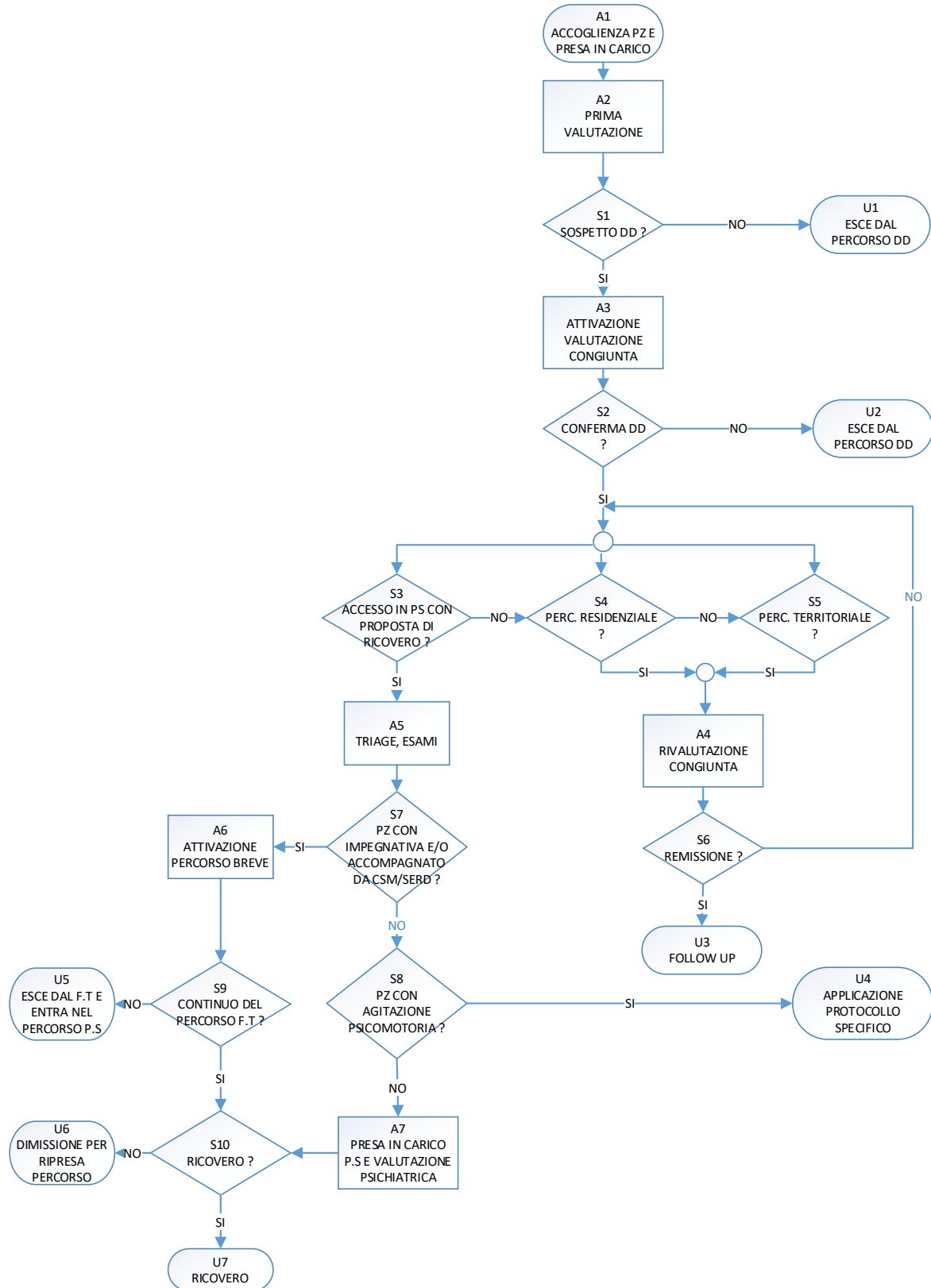
RICOVERI PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI – ANNO 2024							
PRIMA DIAGNOSI	NUORO	LANUSEI	MACOME R	SORGONO	SINISCOLA	Altri DSM	TOTALE
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	3	2	0	0	0	0	5
Manie e disturbi affettivi bipolari	0	0	1	0	0	0	1
Depressione	0	0	0	0	0	0	0
Sindromi nevrotiche e somatoformi	0	0	0	0	0	0	0
Disturbi della personalità e del comportamento	4	0	2	0	0	4	10
Alcolismo e tossicomanie	7	1	1	1	2	1	13
Altri disturbi psichici	1	0	1	0	0	0	2
TOTALE	15	3	5	1	2	5	31

RICOVERI PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI CON PRIMA DIAGNOSI DI ALCOLISMO E TOSSICOMANIE – ANNO 2022							
SECONDE DIAGNOSI	NUORO	LANUSEI	MACOMER	SORGONO	SINISCOLA	Altri DSM	TOTALE

Schizofrenia e altre psicosi funzionali	3	1	0	1	0	1	6
Manie e disturbi affettivi bipolari	1	1	0	0	0	1	3
Depressione	0	0	0	0	0	0	0
Sindromi nevrotiche e somatoformi	0	0	0	0	0	0	0
Disturbi della personalità e del comportamento	1	1	0	0	0	0	2
Altri disturbi psichici	1	0	0	0	0	0	1
TOTALE	6	3	0	1	0	2	12

RICOVERI PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI CON PRIMA DIAGNOSI DI ALCOLISMO E TOSSICOMANIE 2023							
SECONDE DIAGNOSI	NUORO	LANUSEI	MACOMER	SORGONO	SINISCOLA	Altri DSM	TOTALE
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	2	1	0	0	1	1	5
Manie e disturbi affettivi bipolari	0	0	0	1	0	0	1
Depressione	0	0	0	0	1	0	1
Sindromi nevrotiche e somatoformi	0	0	0	0	0	0	0
Disturbi della personalità e del comportamento	1	0	1	0	0	0	2
Altri disturbi psichici	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	3	1	1	1	2	1	9

RICOVERI PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI CON PRIMA DIAGNOSI DI ALCOLISMO E TOSSICOMANIE 2024							
SECONDE DIAGNOSI	NUORO	LANUSEI	MACOMER	SORGONO	SINISCOLA	Altri DSM	TOTALE
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	0	0	0	1	1	0	2
Manie e disturbi affettivi bipolari	0	0	0	0	0	0	0
Depressione	0	0	0	0	0	0	0
Sindromi nevrotiche e somatoformi	0	0	0	0	0	0	0
Disturbi della personalità e del comportamento	6	0	0	0	0	1	7
Altri disturbi psichici	1	1	1	0	1	0	4
TOTALE	7	1	1	1	2	1	13

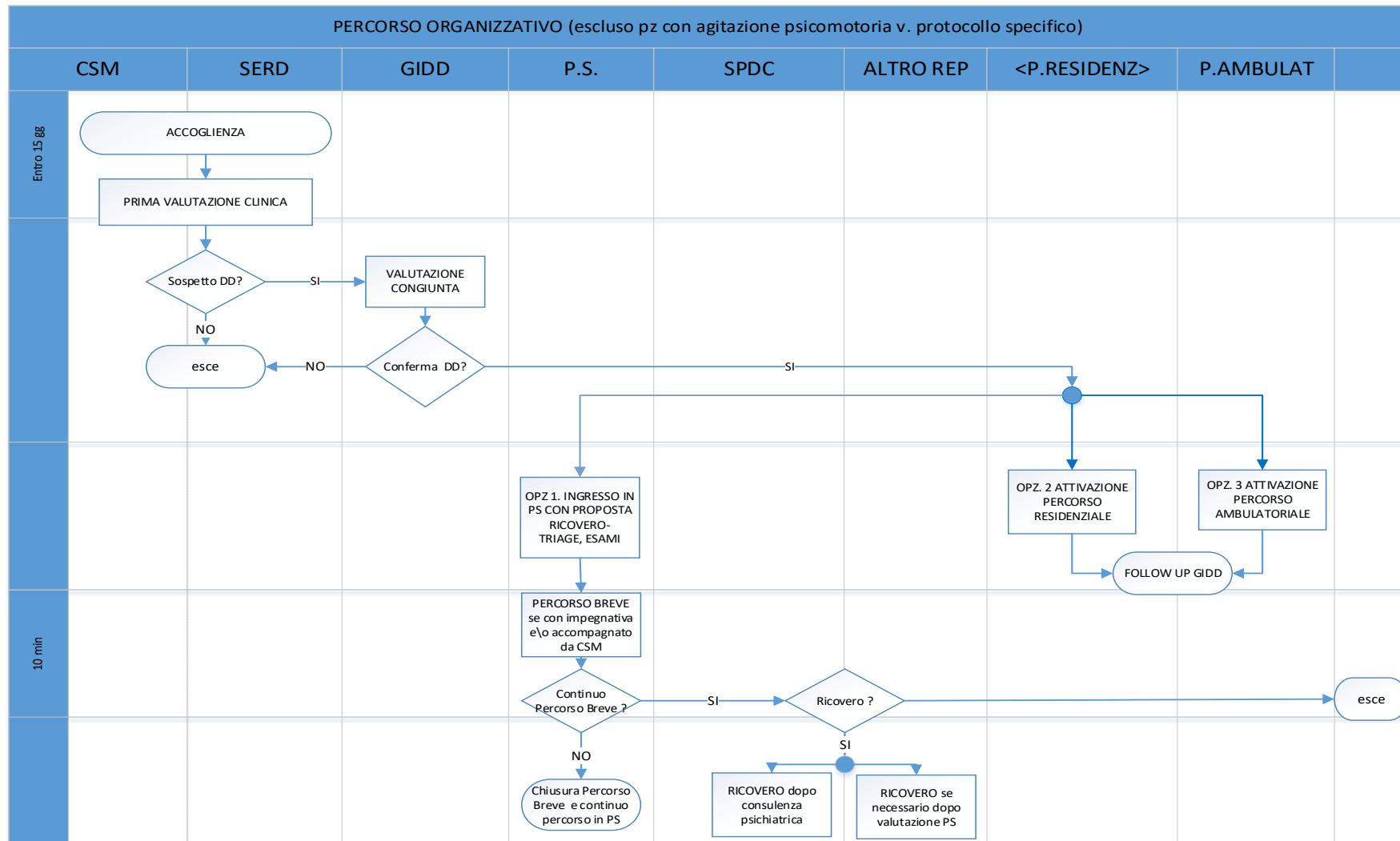
IL RAGIONAMENTO CLINICO
FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO


LEGENDA RAGIONAMENTO CLINICO

COD	ATTIVITA'/SNODO	DESCRIZIONE
A1	ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE	<p>CSM: l'infermiere accoglie l'utente e procede con una valutazione preliminare della richiesta, tenendo conto dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - urgenza clinica; - appropriatezza territoriale; - appropriatezza clinica. <p>Successivamente, l'infermiere provvede all'apertura del modulo di accoglienza e/o della cartella multidisciplinare registrando i seguenti dati: informazioni anagrafiche, recapiti di contatto, motivo dell'accesso, servizio inviante, eventuale documentazione pregressa, consenso informato.</p> <p>In presenza di urgenza la valutazione psichiatrica viene attivata immediatamente. Nei casi in cui la domanda sia differibile, la presa in carico e la definizione della tempistica vengono discusse in sede di riunione plenaria dell'équipe del CSM.</p> <p>SERD Siniscola l'infermiere accoglie il pz, apre la cartella multidisciplinare per la sua parte di competenza, con dati del pz, motivi dell'accesso, servizio inviante, documentazione sanitaria pregressa, il consenso informato.</p> <p>Segue una valutazione di équipe per assegnare il pz allo psichiatra e/o allo psicologo.</p> <p>SERD Macomer L'educatore e/o l'assistente sociale accoglie il pz apre la cartella multidisciplinare per la sua parte di competenza, con dati del pz, motivi dell'accesso, servizio inviante, documentazione sanitaria pregressa, il consenso informato.</p> <p>Segue una valutazione di équipe per assegnare il pz allo psichiatra e/o allo psicologo.</p> <p>SERD Nuoro l'assistente sociale accoglie il pz apre la cartella multidisciplinare per la sua parte di competenza, con dati del pz, motivi dell'accesso, servizio inviante, documentazione sanitaria pregressa, il consenso informato.</p> <p>Segue presentazione del caso per assegnazione del pz all'équipe.</p>
A2	PRIMA VALUTAZIONE CLINICA ED EVENTUALE PRESA IN CARICO	<p>A seconda dei casi lo psicologo o lo psichiatra effettua una prima valutazione del pz.</p> <p>CSM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi • Criteri diagnostici secondo il DSM IV e V • Test utilizzati (BPRS, GAF, CAN) • Eventuali esami aggiuntive <p>SERD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anamnesi • esami di routine (emocromo, profilo epatico, tossicologici) • valutazione sulla base dei criteri del DSM. <p>Sulla base dell'anamnesi si sceglie se somministrare questionari come MMPI-2, il Millon, SCL-90, Mac2, il Pathway in caso di GAP.</p>
S1	SOSPETTO DD ?	Il professionista valuta il sospetto
U1	ESCE DAL PERCORSO	Il pz esce dal percorso perché non è stato confermato il sospetto
A3	ATTIVAZIONE VALUTAZIONE CONGIUNTA (GRUPPO)	Il gruppo interdisciplinare DD è composto da: 1 psichiatra del CSM

	INTERDISCIPLINARE DD - GIDD)	<p>1 psichiatra del SERD 1 assistente sociale del SERD e/o del CSM 1 psicologo del SERD e/o del CSM</p> <p>Possono aggiungersi, se necessario, altre figure professionali (infermiere, educatore, terapista della riabilitazione, ecc.).</p> <p>Il gruppo interdisciplinare DD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si riunisce per una valutazione congiunta e una diagnosi condivisa • Elabora il progetto terapeutico individualizzato (residenziale o ambulatoriale) • Stabilisce la durata del programma • Fissa gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione degli interventi. <p>Il gruppo DD ha concordato di utilizzare ai fini di una diagnosi condivisa i seguenti test psico-diagnostici e i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scala BPRS Brief Psychiatric Rating Scale (Valutazione Psicopatologica) • Scala GAF Global Assessment of Functioning (Funzione Sociale e Lavorativa) • Scala CAN Camberwell Assessment of Need (Funzionamento Personale e Sociale) • MMPI -2 • CAGE • SCL-90 • GPQ
	CONFERMA DD?	Conferma o meno di DD
U2	ESCE DAL PERCORSO	Il pz esce dal percorso perché non DD
S3	ACCESSO IN PS CON PROPOSTA DI RICOVERO	Il pz accede al Pronto Soccorso dopo valutazione congiunta CSM/SERD con proposta di ricovero in SPDC previ accordi telefonici con lo psichiatra di turno e previo accertamento di disponibilità di posto letto.
S4	PERCORSO RESIDENZIALE ?	<p>Il gruppo interdisciplinare DD elabora un PTAI all'interno del quale chiede un inserimento in residenza apposita.</p> <p>Il PTAI deve essere sempre correlato da una relazione clinica e sociale. Viene valutato dall'équipe multidisciplinare del Servizio Residenze (SRRSP) che valuta l'appropriatezza dell'inserimento.</p> <p>Il SRRSP interella le varie comunità per valutare la disponibilità all'accoglienza.</p> <p>In casi specifici il PTAI può dare un indirizzo specifico rispetto alla comunità richiesta.</p> <p>Il Dipartimento approva il verbale definitivo di inserimento e il paziente inizia il percorso residenziale.</p> <p>Si opta per il percorso residenziale nei casi in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il paziente non segue adeguatamente il percorso ambulatoriale • il paziente vive in un contesto sociale non supportivo al progetto di cura e riabilitazione • si deve gestire una fase di post acuzie post dimissione.
S5	PERCORSO TERRITORIALE ?	Il gruppo interdisciplinare DD definisce il progetto terapeutico riabilitativo più appropriato utilizzando il format specifico (v. allegato) in cui sono indicati: <ul style="list-style-type: none"> • bisogni • risorse del pz • obiettivi • attività utili al progetto in sede di CSM e SERD • monitoraggio
A4	RIVALUTAZIONE CONGIUNTA	<u>Nel caso del percorso residenziale:</u>

		<p>a scadenza periodica vengono effettuate delle valutazioni intermedie per aggiornamento del PTAI. Al termine del percorso si esegue la valutazione finale per eventuale proroga o dimissione.</p> <p><u>Nel caso del percorso ambulatoriale:</u> a scadenza periodica vengono effettuate delle valutazioni intermedie per aggiornamento del progetto. Al termine del percorso si esegue la valutazione finale per eventuale dimissione.</p>
S6	REMISSIONE ?	A fine percorso il gruppo interdisciplinare DD valuta il compenso clinico del pz.
U3	FOLLOW UP	Follow Up a 1, 3 o 6 mesi in base alla gravità, alle terapie e al tessuto sociale.
A5	TRIAGE E ESAMI	Il pz effettua triage infermieristico dove verranno prelevati esami ematochimici di routine medica, tossicologico urine, alcolemia, esegue ECG+QTc manuale. Si attribuisce codice colore.
S7	PZ CON IMPEGNATIVA E/O ACCOMPAGNATO DA CSM/SERD?	Se il pz è in possesso di impegnativa del medico del CSM/SERD e/o accompagnato dagli stessi sanitari viene attivato percorso breve (per tutti i codici tranne ROSSO, o paziente in agitazione psico-motoria e/o aggressivo). Se il pz giunge con propri mezzi e non è stato valutato dal medico del CSM/SERD e non sono pertanto stati presi accorsi con SPDC viene valutato in triage e assegnato codice colore secondo percorso tradizionale.
S8	PZ CON AGITAZIONE PSICOMOTORIA ?	L'infermiere del triage valuterà se è presente o meno una agitazione psicomotoria e attribuirà il codice colore.
A7	PRESA IN CARICO PRONTO E SOCCORSO E VALUTAZIONE PSICHiatrica	Il pz attenderà il proprio turno in PS per la presa in carico da parte del medico di PS in base al codice colore assegnatogli che valuterà se richiedere o meno la consulenza psichiatrica.
U4	APPLICAZIONE PROTOCOLLO SPECIFICO	Si rinvia al protocollo specifico la gestione del pz con DD in agitazione psicomotoria
A6	ATTIVAZIONE PERCORSO BREVE	L'infermiere di triage richiede valutazione psichiatrica in PS o in una stanza dedicata che deve avvenire entro 15 min. VALUTAZIONE NON DIFFERIBILE IN ATTESA DEGLI ESAMI (SPT TOSSICOLOGICI).
S9	CONTINUO DEL PERCORSO F.T ?	Se lo psichiatra di turno in SPDC non ritiene necessari ulteriori accertamenti clinici (ES: Tc del capo, Rx ecc) il pz passa in carico all'SPDC. L'infermiere di triage chiude il percorso breve.
S10	RICOVERO?	Snodo decisionale sulla necessità di ricovero o meno.
U7	RICOVERO	Se lo psichiatra di turno in SPDC ritiene necessario il ricovero ospedaliero nella propria UO, indipendentemente dall'esito degli esami tossicologici , provvederà al ricovero diretto se il pz proviene dal percorso breve, altrimenti il medico di PS provvederà al ricovero dopo consulenza. Se lo psichiatra di turno in SPDC ritiene necessario il ricovero ospedaliero in altra UO il pz esce dal percorso breve e verrà preso in carico dal medico del PS che valuterà la prosecuzione dell'iter diagnostico terapeutico
U5	ESCE DAL PERCORSO BREVE ED ENTRA NEL PERCORSO P.S	Se lo psichiatra di turno in SPDC ritiene necessari ulteriori accertamenti clinici (ES: Tc del capo, Rx ecc) il pz esce dal percorso breve e viene preso in carico dal medico del PS appena possibile e comunque in base al codice colore assegnatogli.
U6	DIMISSIONE PER RIPRESA PERCORSO	Se lo psichiatra di turno in SPDC non ritiene necessario il ricovero ospedaliero l'infermiere di triage provvederà a chiudere il percorso breve e il pz verrà "passato in cura allo specialista" per prosecuzione del percorso terapeutico.

PERCORSO ORGANIZZATIVO


LEGENDA ORGANIZZATIVA

PERCORSO ORGANIZZATIVO	EVENTO/ AZIONE: <u>PRIMA VALUTAZIONE CLINICA CSM</u>	
Figure Coinvolte e Attività	<p>Psichiatra</p> <ul style="list-style-type: none"> • colloquio psichiatrico (anamnesi ed esame psichico) • eventuale somministrazione di test • ipotesi diagnostica • richiesta esami clinico-strumentali ove necessario rispetto alle condizioni cliniche • impostazione del piano terapeutico farmacologico in attesa di valutazione GIDD <p>Qualora l'accoglienza sia effettuata dallo psicologo, in caso di dubbio di doppia diagnosi il paziente viene inviato allo psichiatra.</p>	
Logistica	<ul style="list-style-type: none"> • Nuoro - Pad. A, piano terra Ospedale Zonchello, ala sx • Macomer - PT via Veneto n. 8 • Siniscola – via Milano n. 80 • Sorgono – via novembre 104/A • Carcere – Casa Circondariale Loc. Badu 'e Carros Nuoro • Casa di Reclusione - Mamone 	
Tempistiche	15 gg dall'accoglienza	
Documentazione Prodotta	<p>Psichiatra</p> <ul style="list-style-type: none"> • cartella clinica • referto • prescrizione esami e/o farmaci su ricetta <p>Psicologo</p> <ul style="list-style-type: none"> • cartella clinica • certificazione esito test 	
Eventuali indicazioni al paziente	<p>Psichiatra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposta di ulteriore valutazione presso il SERD <p>Psicologo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione congiunta con lo psichiatra <p>Valutazione possibile coinvolgimento della famiglia</p>	
Alert per l'operatore	Presenza di malattia, mancanza di consapevolezza, comportamento oppositivo e/o francamente aggressivo. Ideazione anticonservativa, autolesionismo. Tentativo di suicidio. Obiettività fisica-neurologica-psichica che depone per uso di sostanze esogene	
Rischi correlati	Sottovalutazione degli alert con conseguente messa in atto di comportamenti auto-etero lesivi	
Obiettivi sanitari	Stabilire un'alleanza terapeutica per la condivisione di un progetto di cura	
Note		

PERCORSO ORGANIZZATIVO	EVENTO/ AZIONE:
	<u>PRIMA VALUTAZIONE CLINICA</u> LATO SERD (MACOMER, SINISCOLA E NUORO)
Figure Coinvolte e Attività	<p>Per quanto riguarda il Serd la prima valutazione è multidisciplinare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pz con dipendenza evidente e manifesta: 1 colloquio con l'assistente sociale + 1 colloquio con il medico + 1 colloquio con lo psicologo; - Se pz ambiguo con dipendenza dubbia: 1 colloquio con l'assistente sociale + 2 colloqui con il medico + 2 colloqui con lo psicologo
Logistica	<ul style="list-style-type: none"> • Macomer: Loc. Nuraghe Ruiu 1° piano • Siniscola: via Conteddu n. 162 • Nuoro: via Manzoni n. 29
Tempistiche	Le tempistiche dipendono dalla specificità del caso
Documentazione Prodotta	Apertura cartella clinica (Gedi) - Referto medico – esito test psicodiagnostici - esito esami (es. profilo epatico)
Eventuali indicazioni al paziente	Monitoraggio del craving, dell'astinenza e della sintomatologia in seguito a terapia farmacologica. Valutazione possibile coinvolgimento della famiglia.
Alert per l'operatore	Riconoscimento di patologie non strettamente correlate da dipendenza con necessità di invio a specialista esterno/ tentativi anticonservativi.
Rischi correlati	Aggressività del pz, valutazione, effetti avversi della terapia farmacologica patologie trasmissibili (HIV, HBV)
Obiettivi sanitari	Stabilire un'alleanza terapeutica per la condivisione di un progetto di cura
Note	

PERCORSO ORGANIZZATIVO	EVENTO/ AZIONE:
	<u>VALUTAZIONE CONGIUNTA</u>
Figure Coinvolte e Attività	<p>Il gruppo interdisciplinare DD è composto da:</p> <p>1 psichiatra del CSM 1 psichiatra del SERD 1 assistente sociale del SERD e/o del CSM 1 psicologo del SERD e/o del CSM</p> <p>Possono aggiungersi, se necessario, altre figure professionali (infermiere, educatore, terapista della riabilitazione, etc.).</p>
Logistica	Sala Riunioni del Dipartimento Salute Mentale, I piano, Pad. A, Ala sx, Ospedale Zonchello. La discussione multidisciplinare può avvenire anche tramite comunicazioni informatiche e videoconferenza.
Tempistiche	La tempistica varia in base al caso clinico
Documentazione Prodotta	Cartella Clinica Elettronica (CCE) (condivisione da attivare) Scheda GIDD
Eventuali indicazioni al paziente	Adesione al percorso di cura congiunto rispettando gli appuntamenti dei vari servizi

Alert per l'operatore	Riconoscimento di patologie non strettamente correlate da dipendenza con necessità di invio a specialista esterno/ tentativi anticonservativi, abbandono del percorso
Rischi correlati	Aggressività del pz, comportamenti auto-eterolesivi, effetti avversi della terapia farmacologica patologie trasmissibili (HIV, HBV)
Obiettivi sanitari	Conferme DD; presa in carico dell'utente
Note	

PERCORSO ORGANIZZATIVO	EVENTO/ AZIONE:
<u>INGRESSO IN PRONTO SOCCORSO CON PROPOSTA DI RICOVERO DA CSM/SERD</u>	
Figure Coinvolte e Attività	Infermiere Triagista: Triage; ECG; Prelievo esami ematochimici compresa Alcolemia; Toxicologico urine; Attivazione Percorso breve. (Se accompagnato) personale CSM/SERD: vigilanza del pz in attesa di visita psichiatrica.
Logistica	PS Ospedale San Francesco <ul style="list-style-type: none"> • Triage interno; • Ambulatorio 3 PS (se disponibile; non esiste stanza dedicata); • Sala d'attesa se accompagnato
Tempistiche	10 min (arrivo/registrazione)
Documentazione Prodotta	<ul style="list-style-type: none"> • Elettrocardiogramma
Eventuali indicazioni al paziente	
Alert per l'operatore	Non lasciare il pz senza vigilanza se non accompagnato, segnalarne la presenza agli operatori del PS
Rischi correlati	Insorgenza di agitazione psicomotoria; Fuga; Auto-Eterolesionismo
Obiettivi sanitari	Precoce presa in carico dal SPDC
Note	Trattasi di pz con proposta di ricovero da CSM/SERD con accompagnamento e/o con impegnativa.

PERCORSO ORGANIZZATIVO	EVENTO/ AZIONE:
<u>PERCORSO BREVE</u>	
Figure Coinvolte e Attività	Infermiere Triagista: richiesta valutazione psichiatrica (tramite Sistema SISaR e telefonicamente al SPDC). Medico Psichiatra: Valutazione clinica
Logistica	PS Ospedale San Francesco <ul style="list-style-type: none"> • Triage interno PS; • Ambulatorio 3 (se disponibile; non esiste stanza dedicata); • Sala d'attesa se accompagnato
Tempistiche	15 min (salvo urgenze in SPDC)
Documentazione Prodotta	Referti: <ul style="list-style-type: none"> • Elettrocardiogramma; • Esami ematochimici + Alcolemia;

	<ul style="list-style-type: none"> • Tossicologico urine; • Consulenza psichiatrica
Eventuali indicazioni al paziente	Attenersi alle indicazioni consigliate dallo psichiatra
Alert per l'operatore	Non lasciare il pz senza vigilanza se non accompagnato, segnalarne la presenza agli operatori del PS.
Rischi correlati	Psichiatra impegnato in altre urgenze.
Obiettivi sanitari	Valutazione psichiatrica per inquadramento clinico diagnostico.
Note	

PERCORSO ORGANIZZATIVO	EVENTO/ AZIONE:
	<u>INGRESSO IN PS SENZA PROPOSTA DI RICOVERO DA CSM/SERD</u> <u>SEGUE PERCORSO PS</u>
Figure Coinvolte e Attività	<ul style="list-style-type: none"> • Infermiere Triagista: Triage. • Medico PS: Valutazione clinica. • Infermiere PS ambulatorio: ECG, esami ematochimici + Alcolemia; tossicologico urine
Logistica	<ul style="list-style-type: none"> • PS Ospedale San Francesco • Triage interno PS; • Sala d'attesa se accompagnato; • Ambulatorio 3 (se disponibile e se non accompagnato); • Ambulatorio presa in carico.
Tempistiche	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivo/Registrazione: 10 min. • Presa in carico da parte del medico: tempo dipendente da codice colore e presenza di altre emergenze/urgenze • Tra richiesta medico PS e valutazione psichiatrica: 15 min (salvo urgenze in SPDC)
Documentazione Prodotta	<ul style="list-style-type: none"> • Verbale PS; • Elettrocardiogramma; • Esami ematochimici e Tossicologico urine; • Consulenza psichiatrica
Eventuali indicazioni al paziente	Attenersi alle indicazioni consigliate dallo psichiatra
Alert per l'operatore	Non lasciare il pz senza vigilanza se non accompagnato, segnalarne la presenza agli operatori del PS.
Rischi correlati	Insorgenza di agitazione psicomotoria; Fuga; Auto-Eterolesionismo.
Obiettivi sanitari	Stabilizzazione del quadro clinico; eventuale adeguamento della terapia.
Note	Trattasi di pz senza proposta di ricovero da CSM/SERD, senza accompagnamento personale sanitario e senza impegnativa.

PERCORSO ORGANIZZATIVO	EVENTO/ AZIONE:

<u>RICOVERO DOPO CONSULENZA PSICHiatrica</u>	
Figure Coinvolte e Attività	<p>Psichiatra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accoglienza del paziente in reparto • valutazione clinica del paziente ed inserimento dati nei sistemi informatici e cartacei • valutazione esami <p>Infermiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accoglienza del paziente in reparto • valutazione assistenziale del paziente ed inserimento dati nei sistemi informatici e cartacei • ulteriori prelievi ematici e/o ECG e TNF, se necessari <p>OSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controllo degli effetti personali e del vestiario del paziente
Logistica	Reparto SPDC di Nuoro P.O. San Francesco I piano
Tempistiche	I tempi di accoglienza del ricovero si aggirano sui 45 minuti
Documentazione Prodotta	Cartella clinica Informatizzata (CCE) e P.A.I.
Eventuali indicazioni al paziente	Presentazione dell'unità letto e spiegazione delle regole da rispettare durante la degenza.
Alert per l'operatore	Precedenti disturbi comportamentali e ricoveri
Rischi correlati	Rischio di suicidio, Rischio di caduta, Rischio di lesioni da atti anticonservativi o agitazione psicomotoria
Obiettivi sanitari	Superamento della fase acuta e stabilizzazione clinica e comportamentale.
Note	

IL PASS (PUNTO UNITARIO DEI SERVIZI SANITARI)

Al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza nel territorio ai pazienti fragili con bisogno complesso la ASL di Nuoro, ai sensi di quanto previsto dalla L.R. 24/2020, ha istituito, con giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 1154 del 18.10.2024, i PASS Ospedalieri (Punto Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri) nei P.O. San Francesco e Cesare Zonchello di Nuoro e nel P.O. San Camillo di Sorgono.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1081 del 2.10.2024 è stato inoltre approvato il regolamento della Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT) e le Linee guida Aziendali per la transizione Ospedale – Territorio.

I PASS aziendali costituiti da un'equipe multi-professionale (Assistenti Sociali, Infermieri e medico referente), afferiscono alla SC Qualità, Governo Clinico e Gestione dei Processi Clinici e Logistici e:

- svolgono la propria attività all'interno dei Presidi Ospedalieri in stretta collaborazione con le UU.OO., con la COT e i Servizi Territoriali preposti al fine di garantire l'individuazione e la presa in carica globale del paziente fragile a partire dal primo giorno di ricovero e sino alla dimissione, attraverso la sinergica integrazione della rete-ospedale territorio.
- operano in maniera trasversale e pro-attiva in tutti i reparti, supportando il personale nella raccolta delle informazioni socio-sanitarie, fornendo consulenza specifica in ambito sanitario e sociale ai pazienti che ne necessitano.
- stratificano il bisogno socio-sanitario del paziente avvalendosi di documentazione clinica e schede valutative con valenza preiddittiva e dotate di punteggi per l'identificazione precoce del bisogno semplice e/o complesso, con la collaborazione delle U.U.O.O. che hanno in carico il paziente- supportano ogni paziente fragile che si trovi in situazione di vulnerabilità a causa di una condizione sanitaria o sociale sin dal momento dell'ingresso in ospedale.
- contribuiscono altresì, interfacciandosi con la COT e con la rete di servizi e professionisti ospedalieri e territoriali, a ridurre l'incidenza dei ricoveri ripetuti o impropri secondari a dimissioni non protette/pianificate.

Al fine di garantire la funzionalità e la tempestività dei percorsi attivabili attraverso i PASS Aziendali, è indispensabile che all'interno di ogni UU.OO. siano individuate figure di riferimento che a partire dalle 24 ore e entro le 72 ore, anche con l'eventuale supporto degli infermieri del PASS, compilino la scheda di valutazione Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) sul sistema GARSIA.

Si rammenta che la scheda BRASS è utile a identificare precocemente i pazienti eleggibili a una dimissione protetta. Ogni scheda con rischio medio-alto verrà analizzata e trasmessa dal PASS alla COT aziendale che, a sua volta, monitora l'intero processo di degenza e richiede l'attivazione del PUA/UVT al fine di valutare il miglior setting di cura post dimissione per il paziente.

Pertanto:

- all'atto del ricovero di ciascun paziente, tra le 24 e le 72 ore, è necessario procedere alla compilazione della scheda di valutazione Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) sul sistema GARSIA con il supporto degli infermieri facenti parte del PASS in modo da segnalare alla Centrale Operativa Territoriale l'avvenuto ricovero del paziente al fine di garantire una rapida individuazione di coloro che necessitano di dimissione protetta;
- alla compilazione delle le schede di valutazione regionali (SVAMA, CIRS, BHARTEL, ECC) sul sistema SISAR per quei pazienti identificati come eleggibili al percorso di dimissione protetta dal PASS Ospedaliero per rappresentare il quadro clinico del paziente e garantire l'idonea valutazione del setting di cura all'atto della dimissione.
- Alla dimissione, anche durante i giorni festivi e nel fine settimana dei pazienti, previa verifica della possibilità per il malato di rientrare al proprio domicilio in situazione di sicurezza e con gli ausili ritenuti necessari.

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha il compito di facilitare e ottimizzare la gestione del paziente, attraverso una valutazione a 360° dei bisogni socio-sanitari di assistiti fragili, di fornire un accesso guidato nella rete di servizi territoriali e, nei casi di dimissione protetta ospedaliera, un orientamento guidato verso un'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale o residenziale. Avrà inoltre funzioni di coordinamento e collegamento dei diversi servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché della rete dell'emergenza-urgenza, per garantire continuità assistenziale, accessibilità e integrazione delle cure e coordinare e monitorare le transizioni da un luogo di cura ad un altro. Inoltre la COT svolgerà una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro. La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. La COT di Nuoro ha sede presso la Casa della Comunità San Francesco al terzo piano.

Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – telemonitoraggio e/o telecontrollo

Il DM 29 aprile 2022 definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria.

La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico ed informando la Centrale operativa ADI.

Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo prende in carico la richiesta; informa la Centrale Operativa ADI; attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta, visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

II Fase – Attivazione ed erogazione

L'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi)

La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.

Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina (così come individuato dalla Regione), il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si occuperà di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale.

La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/ telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

APPROFONDIMENTI

ATTIVAZIONE PERCORSO SERV. RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICO

Le UU.OO. hanno già convenuto sulla presenza di un caso di Doppia Diagnosi e prodotto il PTAI (Progetto riabilitativo) a firma congiunta delle due unità.

Le unità operative inviano le rispettive relazioni cliniche e il PTAI congiunto e chiedono un incontro al Servizio Residenze.

Viene concordata la data dell'incontro.

In data concordata l'operatore SERD (o, meno frequentemente, l'operatore di altre unità) si reca presso il Servizio Riabilitazione-Residenze per presentare il caso, così come descritto nel PTAI. Eventualmente nel PTAI può già essere indicata la comunità per DD, se precedentemente contattata dalle UU.OO. proponenti (e disponibile all'accoglienza)

In sede di riunione UVI (Unità di Valutazione Interna) l'équipe del Servizio Residenze (psichiatra, psicologo, educatore, terP, assistente sociale) valuta la proposta di inserimento con l'unità proponente. In tale occasione si valutano il progetto ed eventuali criticità (completezza dei documenti, misure di sicurezza in corso, tempistica del ricovero, modalità di incontro con la famiglia, modalità di collaborazione con enti coinvolti, etc.)

Si concordano le soluzioni rispetto a eventuali discordanze e si corregge il PTAI in tal senso.

A fine incontro viene redatto il verbale UVI, firmato dall'équipe del Servizio Residenze. Il verbale va alla firma del Direttore Sanitario per il completamento dell'iter di inserimento in comunità terapeutico-riabilitativa.

Qualora fosse necessaria una proroga dell'inserimento, le UU.OO. inviano nuovo PTAI e l'aggiornamento clinico che vengono valutati solo in base alla documentazione prodotta.

ATTIVAZIONE INTERVENTI MEDICINA PENITENZIARIA

All'ingresso in Istituto il medico di guardia del servizio, sulla base della documentazione clinica in suo possesso, fa la segnalazione allo specialista Psichiatria, psicologo e area educativa la quale comunicano il caso all'équipe del SerD per eventuale presa in carico e/o proseguimento del percorso.

Nel caso in cui ci sia un sospetto di DD lo psichiatra dell'istituto, sulla base degli esami eseguiti, fa la segnalazione all'équipe del SerD per la conferma della stessa.

Se il paziente necessita della terapia sostitutiva verrà seguito dal medico del SerD al di fuori dell'Istituto.

Nell'eventualità in cui il paziente / detenuto presenta uno stato di agitazione psicomotoria viene accompagnato (tradotto) in Pronto Soccorso per le valutazioni del caso.

GESTIONE DEL PAZIENTE IN AGITAZIONE PSICOMOTORIA (P.S – PSICHIATRIA)

Per quanto riguarda la gestione del pz in agitazione psicomotoria si rinvia ad un protocollo specifico aziendale di prossima elaborazione.

MONITORAGGIO

SET DI INDICATORI

- n. verbali compilati in multidisciplinare/n. richieste riunioni GIDD
- n. pz arruolati nel PDTA/n. pz con diagnosi DD
- n. pz che abbandona PDTA/ n. pz inseriti nel PDTA
- n. prime visite effettuate entro 15 gg dall'accoglienza
- n. pz con sospetto DD a cui viene confermata la DD dal GIDD
- n. di aggressioni operatori nell'anno
- n. pz DD che si sono suicidati nell'anno/n. pz arruolati
- n. pz DD che hanno tentato il suicidio nell'anno/n. pz arruolati
- % pz DD che non raggiunge gli obiettivi del piano terapeutico GIDD/n. pz arruolati
- n. pz inseriti nel percorso breve
- degenza media in SPDC dei pz con diagnosi DD ≤15 gg
- n. ricoveri in SPDC pz con diagnosi DD nell'anno
- audit ogni sei mesi per valutare andamento-applicazione PDTA

ALLEGATI

ALL. N.	TITOLO DESCRITTIVO DOCUMENTO
1	NU012_ALL. 1_SCHEDA GIDD
2	NU012_ALL. 2_PTRP CONDIVISO IN SEDE GIDD
3	NU012_ALL. 3_SCALA BPRS BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA)
4	NU012_ALL. 4_SCALA GAF GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (FUNZIONE SOCIALE E LAVORATIVA)
5	NU012_ALL. 5_SCALA CAN CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED (FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE)
6	NU012_ALL. 6_MMPI – 2 sezione dipendenze
7	NU012_ALL. 7_CAGE
8	NU012_ALL. 8_SCL-90
9	NU012_ALL. 9_GPQ

LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- DGR Sardegna n.44/9 del settembre 2005: Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso
- Linee Guida del NIDA del 1997 aggiornate al 2003
- DGR Sardegna n.12/3 del 23 marzo 2007: "Programma Regionale di interventi nel settore delle Dipendenze e suo allegato"
- DGR Sardegna n.35/6 del 12 settembre 2007 "Progetto strategico salute mentale che detta le linee di indirizzo per l'organizzazione dei Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze"
- DGR Sardegna n.12 del 27/ marzo 2007 "Programma Regionale di Interventi nel settore delle Dipendenze e suo allegato"
- DGR n.45/14 del 28 agosto 2008 "Servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle dipendenze patologiche: adeguamento rette, dotazione di personale e criteri d'inserimento in struttura"