



# AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640

## *Deliberazione del Direttore Generale*

*N. 662 del 30 Giugno 2004*

### TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

- Dip.to Dipendenze
- Dip.to Salute Mentale

### PER CONOSCENZA A:

- Direttore Generale
- Direttore Amministrativo
- Direttore Sanitario
- Direttore Servizi Sociali
- Unità Controllo Gestione
- Servizio Economico Finanziario
- Dirigente Amm.vo Servizi Sociali

**OGGETTO:** Approvazione ed adozione di un protocollo operativo tra il Dipartimento Dipendenze ed il Dipartimento per la Salute Mentale dell'Azienda Ulss 20 per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica.

ESEGUIBILE ai sensi di Legge  
dal 30 Giugno 2004

p. Il Responsabile Serv.Affari Generali  
F.to Marina Peroni

PUBBLICATA, a norma di Legge, a decorrere  
dal 12 Luglio 2004

p. Il Responsabile Servizio Affari Generali  
F.to Marina Peroni

TRASMESSA e RICEVUTA dal Collegio Sindacale  
il 12 Luglio 2004

p. Il Responsabile Servizio Affari Generali  
F.to Marina Peroni

662 del 30 Giugno 2004

OGGETTO: Approvazione ed adozione di un protocollo operativo tra il Dipartimento delle Dipendenze e il Dipartimento per la Salute Mentale dell'Azienda ULSS 20 per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica.

Il sottoscritto Direttore Generale,

Premesso

- con DGR n. 3745 del 5 dicembre 2003 la Giunta Regionale ha deliberato di approvare le indicazioni per la stesura del Protocollo Operativo tra i Dipartimenti delle Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende ULSS del Veneto per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi;
- detto provvedimento cita il termine "doppia diagnosi" adottato per indicare la condizione di molte persone che contestualmente manifestano problemi di dipendenza e disturbi psichiatrici di una certa importanza;
- la Regione Veneto ha stabilito che presso ogni Azienda ULSS sia stipulato un protocollo operativo tra il Dipartimento per le Dipendenze e il Dipartimento per la Salute Mentale al fine di garantire l'intervento congiunto in caso di paziente con doppia diagnosi.

Ravvisato che con nota n. 10214 del 30.12.2003, il Direttore Sanitario Dott. G. Tessari ha convocato le rappresentanze del Dipartimento delle Dipendenze e del Dipartimento per la Salute Mentale per la costituzione del Gruppo di Lavoro sulle tematiche di cui all'oggetto e per dare le indicazioni di base all'avvio dei lavori per la stesura di un protocollo congiunto tra DDD e DSM.

Vista la nota del Direttore Generale Ing. E. Angonese Prot. S. Sociali n. 147 del 16.02.04, che invitava ad adoperarsi al fine di pervenire, entro i limiti di tempo prefissati nella DGR sopra citata, ad un documento unitario in merito ai punti definiti nel protocollo di base, inviato dalla Regione Veneto.

Il Gruppo di Lavoro misto composto da Medici Psichiatri del Dipartimento delle Dipendenze e del Dipartimento per la Salute Mentale, con ripetuti incontri, ha concluso la stesura attuale del documento "Linee di indirizzo e protocollo operativo tra il Dipartimento delle Dipendenze e il Dipartimento per la Salute Mentale", parte integrante del presente provvedimento.

Acquisito il parere favorevole del Direttore del Dipartimento per la Salute Mentale Prof. Michele Tansella, su proposta del Direttore di Dipartimento Dipendenze Dott. Giovanni Serpelloni.

Acquisito agli atti il parere espresso dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, nonché dal Direttore dei Servizi Sociali per quanto di rispettiva competenza

DELIBERA

1. di recepire, sulla base delle premesse, il documento "Linee di indirizzo e protocollo operativo tra il Dipartimento delle Dipendenze e il Dipartimento per la Salute Mentale", parte integrante



---

del presente provvedimento.

2. di trasmettere alla Direzione Regionale per i Servizi Sociali della Regione Veneto il documento in oggetto, in riferimento alla DGR n. 3745 del 05.12.2003.
3. di prendere atto che il presente provvedimento non comporta alcun onere aggiuntivo di spesa per l'Azienda ULSS 20.

Verona, 30 giugno 2004

IL DIRETTORE GENERALE

F.to Angonese



DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE  
MENTALE

*Direttore dott. Giovanni Serpelloni*

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE

*Direttore prof. Michele Tansella*

## **Linee di indirizzo e protocollo operativo tra il Dipartimento delle Dipendenze e il Dipartimento Salute Mentale**

DGR N. 3745 del 05.12.2003

*Giugno 2004*

### **GRUPPO DI LAVORO**

per il Dipartimento delle Dipendenze:

Dott. Giovanni Serpelloni

Dott.ssa Domenica Ferremi

Dott. Maurizio Gomma

Dott.ssa Albertina Orna

Dott. Giovanni Barin

Sig.ra Maria Teresa Bertolini

per il Dipartimento di Salute Mentale:

/ Dott. Flavio Nosè

/ Dott. Giuseppe Migliorini

Dott. Giuseppe Imperadore

Dott. Felice Bilone



---

## Indice:

1. Modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei Servizi allo stesso.
2. Tempi e modalità di definizione dei programmi terapeutici compresa la definizione del Servizio referente e del case manager.
3. Modalità di gestione dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera.
4. Metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali.
5. Modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per i pazienti residenti in strutture residenziali e/o semiresidenziali.
6. Vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi Servizi Territoriali.
7. Livelli di responsabilità all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze sulle attività sopra elencate.

## Premessa:

Sempre più spesso si osservano pazienti con contemporanea presenza di disturbi correlati ad uso di sostanze stupefacenti e disturbi psichiatrici. La presenza di Comorbidità Psichiatrica nei pazienti tossicodipendenti è valutabile nel 20% circa delle persone assistite in regime ambulatoriale presso i SerT e nel 40% di quelli in Comunità Terapeutica.

Per questo motivo si ritiene necessario migliorare e riorganizzare, con apposito protocollo, la presa in carico e la gestione dei casi che presentano una grave patologia psichiatrica – intesa come disturbo psicotico o grave disturbo dell'umore o importante disturbo della personalità con gravi problemi di gestione – unitamente ad abuso di alcol e/o sostanze psicotrope, che condizionano i bisogni clinici assistenziali e riabilitativi dell'utente in modo tale da renderlo bisognoso di un duplice trattamento e supporto specialistico.

Si concorda che scopo primario della collaborazione reciproca, tra il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) e il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), è quello di garantire la continuità assistenziale e di migliorare la gestione clinica anche attraverso una doppia presa in carico del paziente, con forte integrazione nelle modalità operative tra i Dipartimenti.

I Dipartimenti concordano inoltre sulla necessità di instaurare proficue forme di collaborazione operativa mantenendo però, anche per il futuro, precise e distinte organizzazioni con risorse specifiche dedicate. Si ritiene infatti che le specificità di patologia prevalenti trattate dai due Dipartimenti debbano trovare e mantenere, oltre che percorsi assistenziali differenziati, anche ambienti di trattamento e organizzazioni distinte ed autonome nella gestione delle risorse.

Si concorda che la Medicina delle Tossicodipendenze da una parte e la Psichiatria dall'altra debbano trovare intese e coordinamenti operativi sulle problematiche dei rispettivi pazienti in carico di reciproca competenza, ritenendo che sarebbe fortemente inopportuno e chiaramente inadeguato assimilare ed accomunare le patologie in questione in un'unica forma da gestire in un unico ambiente operativo ed organizzativo. Le parti concordano quindi sulla necessità che i due Dipartimenti rimangano differenziati ed autonomi anche se coordinati nei processi assistenziali.



Il protocollo che segue, suscettibile di ulteriori integrazioni, è stato redatto:

- Su mandato del Direttore Generale (lettera del 16/02/2004) che fa riferimento alla DGR n. 3745 del 05/12/03.
- Facendo riferimento ai principi della "good clinical practice", alle linee guida dell'American Psychiatric Association "Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorder, alcohol, cocaina, opioids" e al modello di trattamento integrato descritto nella delibera sopra citata.

Nel Gruppo di Lavoro dedicato alla stesura del Protocollo operativo tra DDD e DSM, si sono evidenziate esigenze specifiche ed alcuni ambiti rilevanti così sintetizzati:

1. vi è la necessità di riorganizzare e razionalizzare l'assistenza sui pazienti con dipendenza da sostanze e contemporanei disturbi psichiatrici e nello specifico di definire un protocollo per la gestione coordinata delle offerte assistenziali a queste persone sia in ambito territoriale che di ricovero.
2. questo coordinamento trova la sua concretizzazione anche nella stesura di un documento comune tra il DDD e il DSM, orientato a creare una sinergia operativa e a mantenere la continuità terapeutica in un contesto di buone prassi cliniche.
3. si riconosce la necessità di meglio definire le modalità per una corretta presa in carico e gestione di quadri clinici specifici nell'ambito dei Disturbi di Personalità che dovranno trovare risposte adeguate e coordinate anche mediante il coinvolgimento di altre strutture aziendali e non esclusivamente nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze.



4. si è rilevata la necessità di ridurre e/o contenere il più possibile i "ricoveri impropri" presso gli S.P.D.C. (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) che spesso ospitano pazienti anche oltre il termine necessario ed in cui l'unico criterio di ospedalizzazione è la non esistenza di un adeguato supporto e gestione territoriale e/o residenziale in comunità convenzionate e sedi extraospedaliere più idonee.
5. si concorda che nel caso di pazienti con presenza di ambedue i disturbi in fase attiva (da dipendenza da sostanze e psichiatrici) sia necessario effettuare da parte di entrambi i Dipartimenti un inquadramento diagnostico, per quanto di propria competenza, e pervenire in via generale ad una doppia presa in carico da parte di entrambi i Dipartimenti.
6. la doppia presa in carico consentirà una specifica assunzione di responsabilità clinica da parte di ambedue i Dipartimenti, ognuno per gli aspetti specifici, e porterà al bisogno di un forte coordinamento sui programmi assistenziali e sui percorsi futuri del paziente anche al fine di non duplicare interventi, di ottimizzare l'assistenza e di concordare sulle scelte terapeutiche.
7. a questo fine è necessario definire processi generali per tre macrocategorie di situazioni cliniche:
  - a. pazienti con prevalenti situazioni relative alla dipendenza da sostanze e contemporaneamente problemi psichiatrici non particolarmente attivi/scompensati.





- 
- b. pazienti con prevalente disturbo psichiatrico e contemporaneamente dipendenza da sostanze non particolarmente attiva/scompensata (compromissione stabile della situazione sociale – stato di addiction)
  - c. pazienti con tossicodipendenza attiva e con disturbo psichiatrico attivo
8. è inoltre necessario definire un processo assistenziale comune e coordinato che preveda, ovunque sia il punto di accesso del paziente :
- a. valutazione diagnostica iniziale da parte del Dipartimento con cui il paziente entra in contatto.
  - b. attivazione dell'altro Dipartimento per una valutazione congiunta del caso tale da definire, se necessaria, una doppia presa in carico o una semplice consulenza sul caso.
  - c. nel caso di doppia presa in carico, definizione da parte di ciascun Dipartimento di un programma assistenziale di massima, sulla base dei bisogni individuati, specifico per le due condizioni (dipendenza e disturbi psichiatrici).
  - d. concertazione tra i due Dipartimenti dei programmi assistenziali, con coordinamento delle attività e delle prestazioni da erogare in base ai bisogni del paziente e alle risorse disponibili, anche mediante la definizione dei rispettivi case manager.
  - e. programmazione di verifiche periodiche sull'andamento e management congiunto (per quanto di rispettiva competenza).
9. per migliorare l'assistenza residenziale si ritiene indispensabile inoltre individuare con chiarezza le Comunità Terapeutiche accreditate per l'assistenza ai tossicodipendenti idonee a trattare casi di comorbidità psichiatrica e le specifiche procedure per il supporto a queste strutture da
- 



---

parte dei Servizi del DSM soprattutto relativamente alla gestione delle urgenze.

10. è necessario rendere disponibili e attivare programmi di "Reinserimento a Lungo Termine" anche attraverso programmi residenziali, per situazioni che verosimilmente richiederanno interventi protratti ed integrativi di quanto attuato.
11. nell'ipotesi di un inserimento in Comunità Terapeutica di un paziente con doppia diagnosi, vi è la necessità di assunzione della retta per l'assistenza in regime residenziale da parte da parte di entrambi i Dipartimenti in quote diverse in base al tipo di comunità ospitante. Si fa presente la necessità di superare il problema di congruità amministrativa della spesa nel momento in cui i pazienti con problemi di comorbidità abbiano bisogno di essere inseriti in comunità di tipo psichiatrico per le quali non sia presente l'accreditamento regionale per l'assistenza ai tossicodipendenti.
12. infine si concorda sulla necessità di pervenire ad una proposta di adeguamento del budget, ad oggi non bastevole a soddisfare i bisogni, da sottoporre alla Direzione Aziendale, effettuata sulla base della stima dei casi in trattamento e del relativo impegno in termini di costi per l'assistenza in regime residenziale o presso struttura protetta o mediante l'utilizzo di Associazioni di Self Help ad integrazione di quanto già in atto.



## 1. Modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei Servizi allo stesso.

1.1. L'inquadramento diagnostico dei pazienti con importanti problemi di alcool o sostanze psicotrope e contemporanei problemi psichiatrici (eccedenti la comorbidità attesa come diretta complicanza della sostanza assunta), afferenti al DSM o al DDD, sarà espletato da ogni singolo Dipartimento, per la parte di propria competenza. Ciascun Dipartimento attiverà l'altro Dipartimento per una valutazione contemporanea di questi casi, al fine di definire la necessità di una doppia presa in carico o la fornitura di una semplice consulenza. Nei casi in cui si ravvisi la necessità di un trattamento integrato, l'accertamento diagnostico esiterà in una diagnosi condivisa con la conseguente programmazione di un intervento concertato e di un progetto individuale di trattamento con le modalità di seguito indicate. L'accertamento diagnostico avrà un riferimento metodologico condiviso (DSM IV° e/o ICD 10).

## 2. Tempi e modalità di definizione dei programmi terapeutici compresa la definizione del Servizio referente, del case manager.

2.1 RECIPROCA CONSULENZA: medici e psicologi del DDD e del DSM possono richiedere reciproca consulenza specialistica in caso di una presunta e contemporanea presenza di disturbi psichiatrici e disturbi correlati a uso di sostanze. In particolare per i Servizi appartenenti ai rispettivi Dipartimenti le consulenze potranno essere richieste per :

- Consulenza a fini diagnostici, specialistici (per quanto di rispettiva competenza);
- Consulenza per terapia farmacologica specifica;
- Presa in carico psicoterapica e/o farmacologica;
- Inserimento in Strutture intermedie con finalità riabilitative (Comunità Terapeutiche residenziali con programmi che prevedono l'assistenza a pazienti con doppia diagnosi);
- Valutazione della necessità di ricovero in ambiente psichiatrico (casi programmabili e/o urgenti).



---

2.2 CRITERIO TERRITORIALE: Consulenza ed eventuale presa in carico avvengono in via prevalente su criterio territoriale, in base alla residenza del paziente e/o del Servizio che ha in carico il paziente in quel momento e nel rispetto della libera scelta del paziente e della continuità assistenziale.

2.3 SOGGETTO CON COMORBILITA' INSERITO IN COMUNITA' TERAPEUTICA: l'intervento del DSM a favore di pazienti tossicodipendenti, con patologia psichiatrica attiva/scompensata, che devono essere inseriti in Comunità Terapeutica per Tossicodipendenti è richiesto dal Medico del DDD prima dell'inserimento in Comunità. Dopo l'inserimento in Comunità (in caso di bisogno) la consulenza sarà richiesta dal personale Medico o dallo Psicoterapeuta referente della Comunità.

2.4 SEDE DELLA VALUTAZIONE: la valutazione clinica del paziente avviene, di norma e con l'esclusione delle emergenze che richiedono immediato ricorso alle strutture di pronto soccorso, presso la sede abituale e di frequentazione del paziente, entro sette giorni dalla richiesta.

2.5 SITUAZIONI DI PARTICOLARE COMPLESSITA': le situazioni di dipendenza da alcool o da sostanze psicotrope spesso associate a disturbo di personalità, con difficoltà o impossibilità ad aderire a programmi specifici, vanno valutate con particolare attenzione. Queste situazioni richiedono progetti di interventi particolari che vadano a coinvolgere non solo i due Dipartimenti ma anche le Comunità, i Comuni ed i Servizi di rete del territorio. In questi casi i due Dipartimenti concordano in linea generale di definire caso per caso la referenza, di attuare comunque una stretta integrazione di interventi e di porre come obiettivo degli interventi anche la riduzione del ricorso alla impropria degenza psichiatrica. I casi in questione vanno segnalati oltre che ai due Dipartimenti, anche alla Direzione Sanitaria e Sociale come situazioni di particolare complessità che esulano dalla normale routine del lavoro integrato.



## 2.6 CRITERI GENERALI PER LA PRESA IN CARICO IN BASE ALLE DIFFERENTI SITUAZIONI CLINICHE

Tabella n. 1

CONDIZIONI		
A	B	C
PAZIENTE CON PREVALENTI SITUAZIONI RELATIVE ALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE E CON CONTEMPORANEI PROBLEMI PSICHIATRICI MA NON PARTICOLARMENTE ATTIVI/SCOMPENSATI	PAZIENTE CON PREVALENTE DISTURBO PSICHIATRICO E CONTEMPORANEA DIPENDENZA DA SOSTANZE NON PARTICOLARMENTE ATTIVA/SCOMPENSATA (COMPROMISSIONE STABILE DELLA SITUAZIONE SOCIALE - STATO DI ADDICTION)	PAZIENTE CON TOSSICODIPENDENZA ATTIVA E CON DISTURBO PSICHIATRICO ATTIVO
CRITERI	Dipendenza da sostanze attiva: esami costantemente positivi per sostanze.	Diagnosi di quadro psicopatologico in fase attiva (Psicosi, Disturbi gravi dell'umore. Disturbi di personalità con grave difficoltà di gestione).
	Paziente in terapia farmacologica sostitutiva che continua a presentare assunzione di sostanze.	
	Disturbi di personalità trattabili in ambito ambulatoriale per Tossicodipendenti.	Diagnosi di Tossicodipendenza in fase attiva.
	Psicosi, disturbi dell'umore e disturbi di personalità in fase di	
	Uso di sostanze occasionale e/o periodico	
	/	



	compenso.		
RUOLI	PRESA IN CARICO DDD	PRESA IN CARICO DSM	DOPPIA PRESA IN CARICO DDD/DSM
	CONSULENTE = DSM	CONSULENTE = DDD	

*Nota 1: quando il paziente con doppia presa in carico viene dimesso da uno dei due Dipartimenti, il Dipartimento che ha eseguito la dimissione agirà in futuro da "consulente" su richiesta del Dipartimento che ha ancora in carico il paziente.*

*Nota 2: i due Dipartimenti adottano in linea di massima come criterio di definizione per la presa in carico la diagnosi in ASSE 1. La diagnosi in ASSE 2 può diventare rilevante per la definizione della presa in carico solo nel caso debba costituire possibile e concreto oggetto di trattamento. La non aderenza al trattamento, in assenza di patologia psichica in ASSE 1 o di disturbi di personalità gestibili in ambiente non di ricovero, non dovrebbe costituire da sola criterio di affidamento al DSM.*

### 3. Modalità di gestione dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera.

#### 3.1 GESTIONE DI SITUAZIONI URGENTI (PAZIENTI ACUTI)

3.1.1 SITUAZIONI URGENTI: per il ricovero vedi punto 3.1.2. Nell'intervenire sulle situazioni acute è necessario considerare prioritario il compenso e la stabilizzazione dello stato di tossicodipendenza relativamente allo stato di astinenza e/o dell'overdose. Tutto questo al fine di garantire una condizione clinica di base che permetta l'instaurazione di una corretta terapia psichiatrica volta a stabilizzare il quadro compensato.



**3.1.2 RICOVERO OSPEDALIERO:** In caso di acuzie psichiatrica, l'eventuale ricovero ospedaliero in S.P.D.C. avverrà di norma su richiesta/invio del Medico del DDD e su decisione del Medico del DSM. Per pazienti inseriti in Comunità Terapeutica, la richiesta di ricovero in S.P.D.C. sarà effettuata da personale abilitato a tale funzione (Medici). La richiesta di valutazione e/o intervento urgente può essere fatta dal Direttore o anche dallo Psicoterapeuta della Comunità e in tal caso lo Specialista del DSM competente può essere contattato anche telefonicamente. In linea generale i due Dipartimenti concordano sulla necessità di limitare allo stretto necessario l'intervento ospedaliero psichiatrico. La durata del ricovero è strettamente correlata al superamento della situazione di scompenso e non può mai configurarsi come alternativa ad un reinserimento in Comunità o come alternativa di trattamento di situazioni di malattia somatica conseguenti al disturbo da dipendenza. In ogni caso le parti concordano che la durata della degenza di situazioni di comorbidità sia da mettere in relazione con le situazioni cliniche del paziente e da valutare caso per caso e di norma rientrare entro i tempi previsti di degenza media del Servizio. La fase di ricovero, fatte salve le responsabilità in caso di degenza ospedaliera previste dalla normativa vigente, dovrà esitare alla dimissione in un rinvio del paziente al Servizio di provenienza al fine di ristabilire la continuità assistenziale.

## 4. Metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali e territoriali.

### 4.1 GESTIONE DI SITUAZIONI ORDINARIE (PAZIENTI CRONICI)

**4.1.1 PROGETTI INTEGRATI:** Nella gestione delle situazioni ordinarie e/o di cronicità potranno essere attuati progetti integrati fra DDD e DSM con progetti specifici affidati alle singole Unità Operative in base ai ruoli identificati secondo i criteri della tabella precedente.

**4.1.2 DEFINIZIONE DEL PROGETTO TERAPEUTICO PER CASI DI COMORBILITA' PSICHIATRICA:** Il progetto terapeutico è gestito dal Medico (Case Manager) del Servizio che ha in carico il paziente sulla base di quanto precedentemente stabilito e può prevedere l'impiego di operatori dei due Dipartimenti secondo una modalità concordata che tenga conto delle risorse disponibili. Il progetto terapeutico deve prevedere in modo esplicito le figure professionali dei due Dipartimenti coinvolte nel progetto, i setting di attività e i rispettivi compiti. Il progetto deve



anche prevedere le singole situazioni critiche e le misure preventive per farvi fronte. Le figure professionali coinvolte, in particolare il Medico che ha in carico il paziente, provvedono, su assenso del paziente stesso e sulla base della necessità clinica, ad informare e coinvolgere il Medico di Medicina Generale; sensibilizzano la famiglia sulla necessità di cura integrata, valutando l'opportunità di intervento sulla famiglia stessa e sull'ambiente sociale di appartenenza; programmano inoltre periodici incontri per la discussione dei casi e per verificare la realizzazione e l'andamento del progetto terapeutico-riabilitativo, intervenendo tempestivamente in caso di necessità (es. acuzie psichiatrica che possa richiedere il ricovero presso il Servizio per la diagnosi e cura, abbandono del programma da parte del paziente....).

4.1.3 RISORSE: I percorsi terapeutici prevedono l'utilizzo di tutti gli strumenti a disposizione dei due Dipartimenti e sono condotti in regime ambulatoriale e/o residenziale (in Comunità Terapeutica) e/o di ricovero in base alle necessità cliniche.

4.1.4 FAMIGLIA: In caso il progetto terapeutico preveda la presa in carico della famiglia, questa viene inserita nei gruppi terapeutici gestiti dal DDD o dal DSM, in base alle problematiche riscontrate, alle necessità cliniche derivanti e ai rispettivi ruoli definiti sulla scorta dei criteri precedenti.

4.2 PAZIENTE IN CARICO AL DDD (presso i SerT e le Comunità).

4.2.1 VALUTAZIONE PSICHIATRICA NON URGENTE: Ricontrata la necessità di una valutazione psichiatrica non urgente, il referente Medico per il DDD contatta il Medico del DSM rispettando per quanto possibile la competenza territoriale.

4.2.2 VALUTAZIONE PSICHIATRICA PER CONDIZIONE CLINICA URGENTE: Il paziente viene inviato presso il Pronto Soccorso e valutato dal Medico del PS e dal Medico di Guardia del Servizio di Psichiatria dell'Ospedale più vicino, che può rinviarlo al Dipartimento delle Dipendenze, con la consulenza in risposta, oppure al Servizio Psichiatrico di competenza territoriale per una rivalutazione. Per i pazienti in Comunità Terapeutica Residenziale, nei casi di problematiche acute, che richiedono un intervento urgente, tale intervento potrà essere richiesto direttamente (presso PS o il Servizio Psichiatrico) dal Medico o dallo Psicoterapeuta della Comunità o mediante le strutture deputate alla gestione delle emergenze sul territorio (es.





---

118, Guardia Medica etc. ).

4.2.3 VALUTAZIONE PSICHIATRICA URGENTE MA DIFFERIBILE NELLE 24 ORE : il paziente viene inviato, previa comunicazione telefonica, al Servizio Psichiatrico più vicino alla Comunità o al SerT, dove il Medico esegue l'osservazione, stila la risposta per il referente del Dipartimento delle Dipendenze e, se necessario, concorda l'appuntamento per la prima visita psichiatrica.

4.2.4 PRESA IN CARICO: se ritenuto necessario dalle due équipe, si opererà in maniera integrata per predisporre un programma terapeutico-riabilitativo che tenga conto della comorbidità psichiatrica. La presa in carico avverrà secondo i criteri indicati nella tabella n.1).

4.3 PAZIENTE IN CARICO AL DSM.

4.3.1 VALUTAZIONE PER DISTURBO DA USO DI SOSTANZE IN FASE DI SCOMPENSO: riscontrata la necessità da parte della Psichiatria, di una valutazione per emergenti problemi di abuso di sostanze psicotrope e/o alcol, l'utente viene inviato al Dipartimento delle Dipendenze. Il Medico di accoglienza del Dipartimento delle Dipendenze dopo una prima valutazione, in caso di necessità, attiva la procedura di accoglienza, oppure lo rinvia al collega della Psichiatria con consulenza scritta.

4.3.2 PRESA IN CARICO. In caso di necessità di una presa in carico e/o programmazione di un progetto riabilitativo, il Medico del Centro di Salute Mentale fornirà le informazioni necessarie all'operatore del Dipartimento delle Dipendenze e concorderà con lo stesso e con il paziente tempi e modi dell'accoglienza. La presa in carico avverrà secondo i criteri indicati nella tabella n. 1.

4.4 PAZIENTE RICOVERATO IN UN SERVIZIO DI DIAGNOSI E CURA.

4.4.1 Riscontrata la necessità di valutazione da parte del DDD e qualora il DDD segua già il paziente, si attuerà un incontro tra le due équipe di riferimento per la definizione del programma da attuare.

4.4.2 In caso di paziente non seguito dal DDD si avvia una richiesta di consulenza per la valutazione e



---

l'eventuale collaborazione in base al problema. Se dalla valutazione emerge la necessità della presa in carico, il referente Medico del DDD concorda con il Medico referente del DSM i tempi ed i modi dell' accoglienza.

4.4.3 Già durante la degenza le équipes del DDD e del DSM s'incontrano per condividere conoscenze e concordare il trattamento. Si avrà cura di stabilire precisamente i rispettivi compiti, la presa in carico e/o l'eventuale ruolo di consulente secondo i criteri indicati nella tabella n.1.

4.4.4 In caso di ricovero improprio (per ammissione impropria e/o non dimissione una volta cessati i criteri di ospedalizzazione), con assenza di problematiche psichiatriche attive e contemporaneamente impossibilità di dimissioni per mancanza di una idonea condizione assistenziale territoriale, il DDD dovrà collaborare attivamente con il DSM, anche con propri operatori, alla ricerca di una tempestiva soluzione assistenziale territoriale più idonea per il paziente, ferme restando le competenze derivanti dalla sede ospitante il paziente stesso in quel momento.

## 5. Modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per i pazienti residenti in strutture residenziali e/o semiresidenziali.

5.1 PROGETTO TERAPEUTICO IDONEO: Il case manager e la sua équipe avranno cura di comunicare e condividere con il consulente un progetto terapeutico ritenuto idoneo al quadro di comorbidità psichiatrica e il consulente, dopo valutazione della proposta ed eventuali modifiche, esprimerà formalmente il suo giudizio dando parere favorevole o meno. Il progetto terapeutico sarà formulato per obiettivi, tempi e risorse e prevederà incontri di verifica con il paziente.

5.2 COMUNITA' TERAPEUTICA IDONEA ACCREDITATA PER CASI DI COMORBILITA' PSICHIATRICA: In caso in cui il progetto (5.1) preveda l'inserimento del paziente in una comunità terapeutica idonea / accreditata per comorbidità psichiatrica, che richiede dunque una



---

doppia retta, la differenza tra la quota ordinaria (solo tossicodipendenza) e quella specialistica (patologia psichiatrica) sarà a carico del DSM fatto salvo il raggiungimento dell'accordo sull'appropriatezza dei programmi.

## 6. Vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi Servizi Territoriali.

I due Dipartimenti concordano vie di accesso facilitate per le prestazioni sottoelencate erogate ai propri utenti che presentino problemi di comorbidità:

6.1 PRIMA VISITA: si tratta di soggetti residenti o meno nel territorio dell'ULSS 20, non conosciuti ad uno od entrambi i Dipartimenti, che formulano richiesta d'aiuto presso uno dei due Dipartimenti.

6.2 VISITA DI CONTROLLO: si tratta di soggetti in carico presso i due Dipartimenti che concordano direttamente con il Medico referente gli appuntamenti di verifica del programma terapeutico.

6.3 RICOVERO IN OSPEDALE: Per questo aspetto si fa riferimento a quanto definito al punto 3.1.2.

6.4 INSERIMENTO IN COMUNITA' TERAPEUTICHE: Per questo aspetto si fa riferimento a quanto definito al punto n 5.1 e 5.2.

## 7. Livelli di responsabilità all'interno del Dipartimento Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze sulle attività sopra elencate.



7.1 RESPONSABILITA' CLINICA: è attivata dalla presa in carico formale del paziente da parte del Servizio competente, secondo i criteri definiti nella tabella n.1. Ogni Dipartimento risponde per quanto di competenza sia nello stato di "presa in carico" che di "consulenza" reciproca.

7.2 RESPONSABILITA' GESTIONALE / AMMINISTRATIVA: questa responsabilità è conseguente alla presa in carico clinica del paziente e viene messa in capo a ciascun Servizio formalmente coinvolto per il grado specifico di coinvolgimento (presa in carico, consulenza).

Dando seguito a quanto specificato nella DGR n. 3745 del 05/12/2003 per quanto riguarda lo stato di attuazione, viene istituito presso il Dipartimento delle Dipendenze un GRUPPO PERMANENTE DI LAVORO con il Dipartimento di Salute Mentale, il cui mandato è:

1. Stabilire agende annuali d'incontri
2. Monitorare gli accessi ai due Servizi dei pazienti con comorbidità psichiatrica
3. Fornire descrizioni quali-quantitative dei casi problematici e complessi
4. Verificare la funzionalità del protocollo nel tempo e proporre miglioramenti
5. Approfondire aspetti particolari con studi e ricerche sul tema
6. Organizzare momenti formativi comuni finalizzati all'approfondimento della comorbidità psichiatrica.

I Direttori dei rispettivi Dipartimenti nominano i partecipanti al Gruppo Permanente di lavoro.

Verona,

IL DIRETTORE  
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Prof. Michele Tansella

IL DIRETTORE  
DIPARTIMENTO DIPENDENZE

Dott. Giovanni Serpelloni



