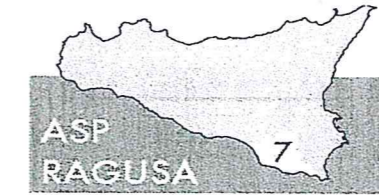


REGIONE SICILIA
Assessorato Regionale Sanità



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1029 del 13 MAG. 2015

DIREZIONE U.O.C. AFFARI GENERALI, SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE.

Esecutiva: SI
Atto sottoposto a controllo: NO

OGGETTO: Prestazioni residenziali presso Comunità Terapeutiche convenzionate abilitate per la doppia diagnosi. Autorizzazione di € 170.000,00.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dr.ssa Angelina Conte

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA

Avv. Giovanni Tommeo

Il 13 MAG. 2015, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale, il Direttore Generale Dott. Maurizio Aricò, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 201 del 24 giugno 2014, coadiuvato, ai sensi dell'art. 7 della L. R. 30/1993, dai Sigg.:

- Dott.ssa Elvira Amata
- Direttore Amministrativo
- Dott. Giuseppe Drago
- Direttore Sanitario

e con l'assistenza Sig. Marcello Gugliotta, quale Segretario verbalizzante, adotta la seguente deliberazione:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Elvira Amata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giuseppe Drago

IL SEGRETARIO

Sig. Marcello Gugliotta

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Aricò

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente copia di deliberazione, ai sensi dell'art. 53, comma n. 2 della L.R. 3/11/1993 n. 30, viene pubblicata nell'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa per 15 giorni consecutivi, dal 17 MAG. 2015

IL SEGRETARIO

Sig. Marcello Gugliotta

La presente copia è conforme
all'originale in atti

IL SEGRETARIO

DELIBERA

Su proposta della Direzione della U.O.C. Affari Generali, Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane, che con la sottoscrizione da parte del Direttore della Struttura ne attesta la regolarità formale e la legittimità;

Premesso che nel corso dell'anno 2014 su proposta del Dipartimento Salute Mentale di questa ASP, sono stati effettuati diversi inserimenti di utenti in Comunità Terapeutiche convenzionate sia fuori dal territorio della Regione Sicilia per garantire prestazioni non disponibili nella Regione siciliana (disturbi del comportamento alimentare, disturbi di doppia diagnosi), che all'interno del territorio regionale;

Visto il Protocollo di Intesa per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi, stipulato tra il Direttore della Struttura Complessa Dipendenze Patologiche, dr. Giuseppe Mustile ed il Direttore della Struttura Complessa di Psichiatria Ragusa-Modica, dr. Antonio Virzì, che fa parte integrante del presente provvedimento;

Considerato che la spesa sostenuta per i gli inserimenti effettuati nel corso dell'anno 2014 e che si protrarranno presumibilmente anche nel corso dell'anno 2015, è stata di Euro 120.387,71;

Ritenuto che al momento non è possibile determinare se e quanti altri inserimenti simili potranno rendersi necessari nel corso dell'anno 2015;

Preso atto, secondo quanto stipulato dall'allegato Protocollo d'intesa per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi, che i costi derivanti dalle prestazioni residenziali presso le suddette Comunità Terapeutiche convenzionate, dovranno essere ripartite al 50% tra i Centri di costo di Psichiatria e Dipendenze Patologiche;

Ritenuto, pertanto, di dovere autorizzare la spesa occorrente per il pagamento delle rette di soggiorno, riferite all'anno 2015, presso le Comunità Terapeutiche convenzionate fuori dal territorio della Regione Sicilia ed all'interno del territorio regionale, per un importo complessivo presunto di Euro 170.000,00 (centosettantamila,00) distinto in 85.000,00 a carico dei Centri di costo delle UU.OO.CC. di Psichiatria ed € 85.000,00 a carico dei Centri di costo della U.O.C. Dipendenze Patologiche;

Ritenuto altresì, di far gravare il costo complessivo presunto di € 170.000,00 distinto, in quanto ad € 70.000,00 sul conto di costo n. 502011210, in quanto ad € 15.000,00 sul conto di costo n. 502011209, in quanto ad € 70.000,00 sul conto di costo n. 502010805, in quanto ad € 15.000,00 sul conto di costo n. 502010804;

Sentiti i pareri favorevoli espressi dai Direttori Amministrativo e Sanitario per quanto di rispettiva competenza,

Per i motivi in premessa indicati che qui s'intendono ripetuti e trascritti:

- Autorizzare, per il pagamento delle rette di soggiorno di utenti inseriti presso Comunità Terapeutiche convenzionate fuori dal territorio della Regione Sicilia e all'interno del territorio regionale, riferite all'anno 2015, la presumibile spesa di Euro 170.000,00 (centosettantamila,00);
- Di far gravare il costo presunto di Euro 170.000,00 (centosettantamila,00) distinto in € 70.000,00 sul conto di costo n. 502011210 denominato "Assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti da privato (extraregione)", in quanto ad € 15.000,00 sul conto di costo n. 502011209 denominato "Assistenza ai tossicodipendenti e alcolisti da privato (intraregione)", in quanto ad € 70.000,00 sul conto di costo n. 502010805 denominato "Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale da privato (extraregionale)", in quanto ad € 15.000,00 sul conto di costo n. 502010804 denominato "Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale da privato (intraregionale)";
- Disporre la immediata esecutività del presente atto.

Data _____		Esercizio _____	
Importo	Autorizzato	Ordine	Conto
Visto: Il Direttore del Settore Economico – Finanziario		Il Contabile	
.....		

PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI A DOPPIA DIAGNOSI

Tra il Direttore Struttura Complessa Dipendenze Patologiche ed il Direttore Struttura Complessa Psichiatria, atteso quanto previsto nella scheda budget dell'anno 2014, si conviene e si stipula quanto segue:

PREMESSA E SCOPO

La rilevanza epidemiologica della comorbidità psichiatrica in disturbi correlati all'uso di sostanze sta determinando un progressivo e crescente interesse verso un atteggiamento diagnostico, terapeutico e progettuale adeguato alla complessità che sembra distinguere tale condizione patologica.

Sia i Servizi preposti alla cura dei disturbi psichici che i Servizi per le Dipendenze hanno chiare le insidie legate ad un trattamento separato della doppia diagnosi: errori diagnostici, equivoci terapeutici, incongruenze di intervento, non chiarezza nelle finalità dell'approccio rendono il lavoro oneroso e improduttivo, con interventi che si ripercuotono negativamente sull'utenza, spesso rimpallata tra i Servizi.

Partendo da questa consapevolezza e dalle criticità dell'attuale percorso di cura si è costituito un gruppo di lavoro formato da operatori dei Servizi per le Dipendenze e dei DSM con l'obiettivo di elaborare un protocollo, con annesso percorso organizzativo, per la gestione dei pazienti a doppia diagnosi.

Il presente protocollo si applica a soggetti di età superiore ai 18 anni, in caso di pazienti minorenni si utilizzano test psicodiagnostici specifici in collaborazione con i servizi di neuropsichiatria infantile.

APPROCCIO NOSOGRAFICO

Si intende per doppia diagnosi la compresenza nella stessa persona di condotta additiva e sintomatologia psichiatrica riferibile ad un preciso quadro psicopatologico. Per la formulazione della diagnosi sono disponibili due strumenti nosografici: l'ICD-10, che rappresenta la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e il DSM IV TR che rappresenta la classificazione dell'Associazione Americana di Psichiatria.

Tra i due strumenti il gruppo di lavoro ha scelto di utilizzare il DSM IV TR che fornisce un migliore inquadramento diagnostico in tema di doppia diagnosi. Infatti l'abuso, la dipendenza, l'intossicazione e l'astinenza sono concettualizzati dal DSM IV TR come disturbi specifici dell'assunzione di sostanze psicoattive. Quindi la classificazione ICD 10 non considerando l'abuso-dipendenza come realtà nosografica indipendente, non permette formalmente la formulazione di doppia diagnosi.

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

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

in Asse I

- Disturbi dell'umore
- Disturbi d'ansia, attacchi di panico

- Depressione maggiore o depressione atipica e distimia
- Disturbi da deficit dell'attenzione ed iperattività
- Disturbi dell'alimentazione
- Disturbi psicotici e deviazione psicopatica
- Disturbi dell'identità e della relazione sessuale

In Asse II

- Disturbo di personalità antisociale
- Disturbo di personalità borderline
- Disturbo di personalità narcisistico
- Disturbo di personalità istrionico.

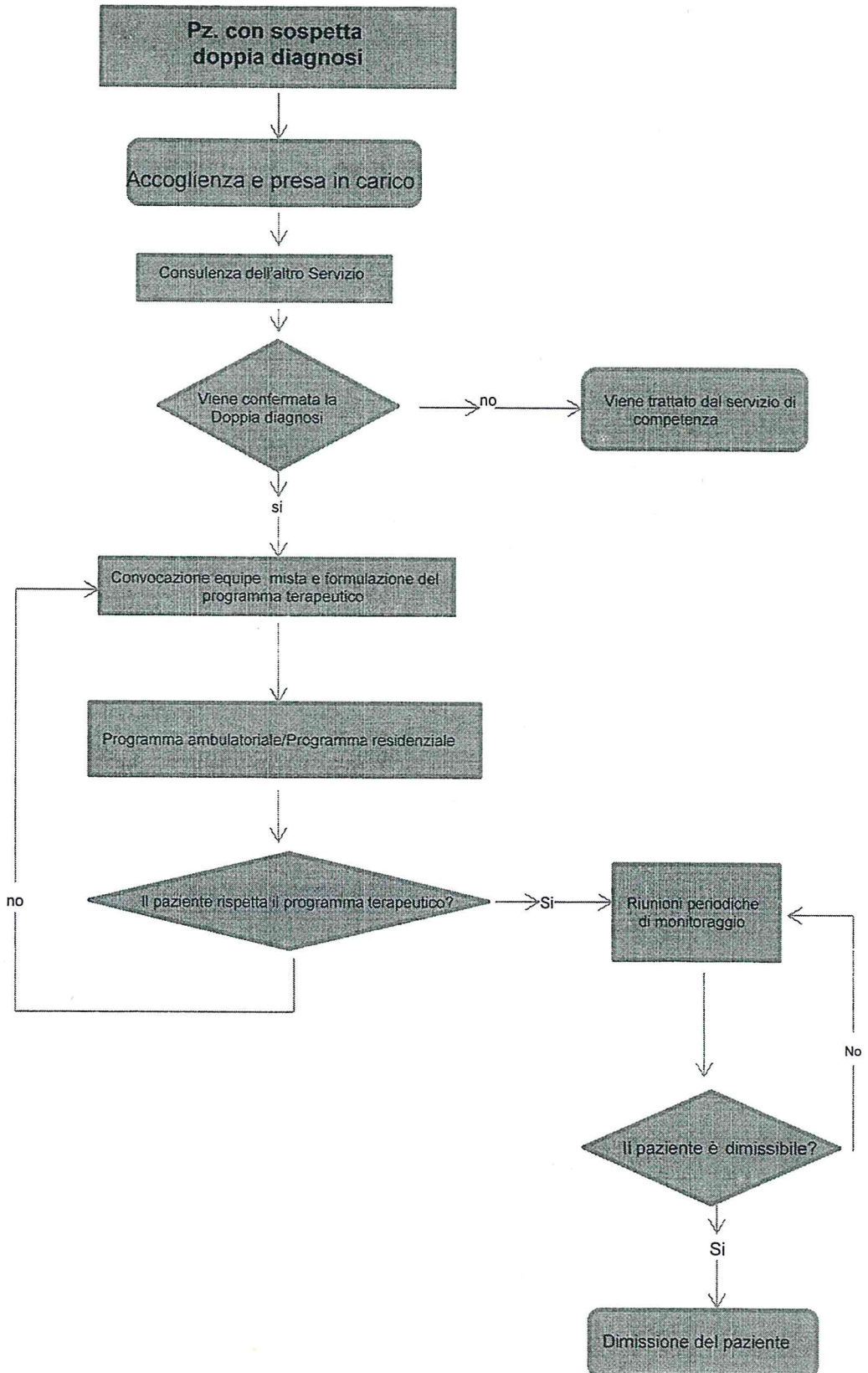
Potranno essere concordati i test psicodiagnostici da utilizzare ai fini di una diagnosi condivisa per definire in modo univoco la tipologia del paziente con doppia diagnosi e l'eventuale prevalenza della patologia (dipendenza da sostanze/disturbo psichiatrico). A tali pazienti viene proposto anche, a completamento, un esame tossicologico.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il seguente protocollo si applica ai pazienti con doppia diagnosi di età superiore ai 18 anni

Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi

DIAGRAMMA DI FLUSSO
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DOPPIA DIAGNOSI
DIPENDENZE PATOLOGICHE / PSICHIATRIA



DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Il paziente giunge all'osservazione del SERT o della Psichiatria.

Vengono messe in atto le procedure vigenti nel Servizio per l'accoglienza e la presa in carico. Se dalla valutazione emergono segni o sintomi inerenti una patologia psichiatrica/dipendenza da sostanze o da alcool, e se questi sintomi sono correlati e abbastanza gravi da giustificare un'attenzione clinica si invia il paziente al DSM/SERT per la relativa consulenza.

La somministrazione dei test psicodiagnostici viene effettuata dal richiedente e dal consulente.

Gli specialisti del DSM/SERT effettuano la consulenza psichiatrica/tossicologica prendendo visione dei test somministrati.

Se emergono patologie psichiatriche/dipendenza da sostanze o alcool si mette in atto la procedura per la presa in carico del paziente a doppia diagnosi attraverso la convocazione dell'equipe mista.

Nell'ambito di ogni Servizio viene individuato un operatore di riferimento.

I due referenti avranno il compito di:

- convocare la riunione dell'equipe mista
- compilare il programma terapeutico individuato dall'equipe e di darne informativa ai rispettivi Servizi.

L'equipe mista per la doppia diagnosi deve essere costituita da due medici, uno del DSM e uno del SERT, da due psicologi e da due Assistenti Sociali.

Possono aggiungersi, se necessario, altre figure professionali (infermiere professionale, educatore, etc).

L'equipe si riunisce per una valutazione congiunta e una diagnosi condivisa; elabora il progetto terapeutico individualizzato che può essere ambulatoriale o residenziale; stabilisce la durata del programma; fissa gli indicatori per il monitoraggio o la valutazione degli interventi.

Se viene definito un programma residenziale l'inserimento in Comunità deve essere curato dal servizio di provenienza del paziente

In caso di ricovero in SPDC lo stesso può essere:

a) urgente: deciso dal Pronto Soccorso

- viene comunicato da parte dell'SPDC l'avvenuto ricovero al DSM o al SERT il giorno stesso e scatta la procedura per la valutazione del paziente con doppia diagnosi.

b) programmato per decisione della equipe mista che:

- valuta la disponibilità di posti letto in SPDC

- invia lettera all'SPDC nella quale si esplicitano le finalità del ricovero ed i trattamenti

- provvede a recarsi in visita all'SPDC per concordare il programma terapeutico e le dimissioni nei tempi indicati nella proposta di ricovero.

I costi derivanti da prestazioni residenziali presso Comunità terapeutiche abilitate per la doppia diagnosi devono essere ripartiti al 50% tra i due centri di costo.

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

Con cadenza trimestrale l'equipe mista si riunisce per il monitoraggio del caso.

In caso di esito positivo del programma il paziente viene dimesso.

Per dimissione si intende anche il superamento di una delle due patologie (dipendenza o disturbo psichiatrico) con conseguente prosecuzione del trattamento specifico nel servizio di competenza.

Ragusa 20/10/2014

Direttore Struttura Complessa

Dipendenze Patologiche


Dr. Giuseppe Mustile

Direttore Struttura Complessa

Psichiatria


Dr. Antonio Virzi

