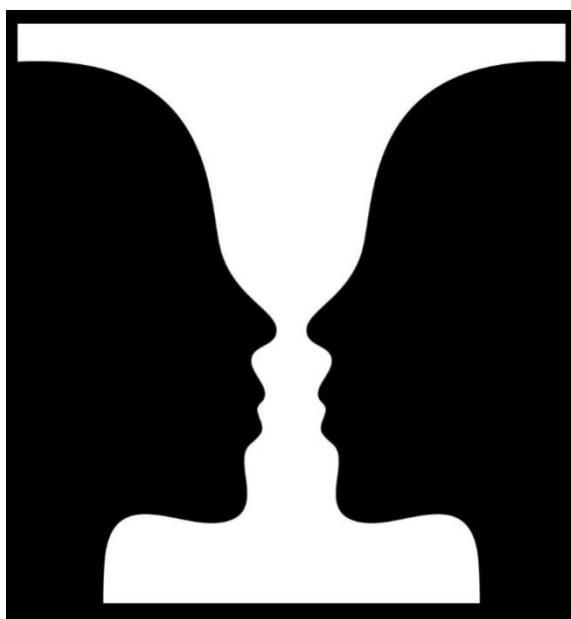



## **PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

### **DOPPIA DIAGNOSI**



 <b>ASL Nuoro</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DOPPIA DIAGNOSI</b>	PDTA_NU_012
--	---	-------------

## SOMMARIO

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE	3
ELABORAZIONE - COMUNITA' DI PRATICA 2024	3
VALIDAZIONE	4
APPROVAZIONE FORMALE	4
REFERENTE CLINICO	5
RACCOLTA E ELABORAZIONE DATI E REPORTING	5
STATO DELLE REVISIONI	5
DEFINIZIONI ( <i>Adattamento da: "Management dell'emergenza urgenza intraospedaliera – linee guida ILCOR – ERC 2010"</i> )	6
SCHEMA COMPARATIVO DELLE DEFINIZIONI ADOTTATE	7
ABBREVIAZIONI/ACRONIMI (da verificare in occasione della prima revisione)	9
SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE IN GENERALE DEL PDTA	10
OGGETTO DEL PDTA DOPPIA DIAGNOSI	12
OGGETTO E INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA	12
CODIFICHE ICD- IX CM	13
ICD 9 CM DIAGNOSI	13
ICD 9 CM PROCEDURE	13
AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE	14
DATI DI ATTIVITÀ	15
IL RAGIONAMENTO CLINICO	17
FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO – PRIMO RISCONTRO	17
LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO – PRIMO RISCONTRO	18
FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO – fase acuta (gestione ospedaliera)	20
LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO – fase acuta (gestione ospedaliera)	21
LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO (da implementare in occasione del primo audit periodico)	23
IL PERCORSO ORGANIZZATIVO (DA REDARRE IN OCCASIONE DI REVISIONE)	24
FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO	24
MONITORAGGIO (DA REDARRE IN OCCASIONE DI REVISIONE)	24
INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO	24
ALLEGATI	24

**ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE**
**ELABORAZIONE - COMUNITA' 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 Ruiiu	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


 <b>ASL Nuoro</b> <small>Azienda socio-sanitaria locale</small>	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DOPPIA DIAGNOSI</b>	<b>PDTA_NU_012</b>
---	---	--------------------

## VALIDAZIONE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Antonella Denti	Dirigente medico	SC CSM
Stefania Ruvinetti	Dirigente medico	SSD Riabilitazione Psichiatrica Residenziale E Semiresidenziale Centro
Anna Zene	Dirigente medico	SC Neuropsichiatria Infantile
Cesare Piras	Dirigente medico	SC SPDC
Michela Matta	Dirigente medico	Pronto Soccorso/OBI - P.O. San Francesco
Maria Cristina Garau	Dirigente medico	Laboratorio Analisi
Salvatore Zaru	Dirigente medico	Medicina HSF
Fabio Murino	Farmacista	Farmacia Territoriale
Maria Valeria Saddi	Dirigente medico	Neurologia
Antonella Chessa	Dirigente medico	SC SerD

## APPROVAZIONE FORMALE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Cannas Paolo	Direttore Generale	ASL Nuoro
Ponti Serafinangelo	Direttore Sanitario	ASL Nuoro

 <b>ASL Nuoro</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DOPPIA DIAGNOSI</b>	PDTA_NU_012
--	---	-------------

## REFERENTE CLINICO

Nominativo	Ruolo	Struttura
Piras Cesare	Referente Clinico	SPDC
Chessa Antonella	Referente Clinico	SerD
Denti Antonella	Referente Clinico	CSM

## RACCOLTA E ELABORAZIONE DATI E REPORTING

Nominativo	Ruolo	Struttura
Nadia Pinna	Facilitatore	SC Governo clinico


## STATO DELLE REVISIONI

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

**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** (Adattamento da: "Management dell'emergenza urgenza intraospedaliera – linee guida ILCOR – ERC 2010")






<b>Linee Guida</b>	<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 <b>raccomandazioni</b> "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><b>Dalle linee guida vengono poi elaborati specifici "documenti" di intervento in uno specifico contesto organizzativo.</b></p>
<b>PDTA</b>	<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><b>il PDTA, di conseguenza, è da ritenersi efficace solo nel contesto organizzativo e tecnico-professionale che lo ha elaborato.</b></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 "<b>gestione per processi</b>" (all'interno di un'organizzazione i processi possono interagire tra loro, in quanto gli output di uno sono talvolta input di altro/i).</p>
<b>Protocollo</b>	<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>
<b>Procedura/ Istruzione Operativa</b>	<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>

 <b>ASL Nuoro</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DOPPIA DIAGNOSI</b>	PDTA_NU_012
--	---	-------------

## SCHEMA COMPARATIVO DELLE DEFINIZIONI ADOTTATE

	Linee guida	PDTA e Procedure	Istruzione Operativa
<b>DEFINIZIONE</b>	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
	È uno strumento a valenza multidisciplinare e con ampi contenuti.	È uno strumento prevalentemente multidisciplinare, finalizzato al coordinamento di molteplici ambiti organizzativi.	È tipicamente uno strumento monodisciplinare.
<b>VALENZA</b>	Generale.	Locale.	Locale.
<b>DIFFUSIONE</b>	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.
<b>VALUTAZIONE E VALIDAMENTO</b>	Esperti del settore.	Responsabili di U.U.O.O. e Direzione Strategica	Responsabile di U.O.
<b>FLESSIBILITÀ</b>	Sì	Relativamente ad uno specifico caso.	No
<b>DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE</b>	No	Sì	Sì
<b>ADOZIONE E CONSERVAZIONE</b>	Discrezionale	Obbligatoria	Obbligatoria
<b>REFERENZIALITÀ SCIENTIFICA</b>	Sono necessarie alla costruzione dei protocolli.	Sono necessari per valutare le performance professionali e delle U.U.O.O. coinvolte.	

Tabella 1 Simboli utilizzati nei diagrammi di flusso – Flow-Chart

 <p><b>INGRESSO DEL PERCORSO</b></p>	<p><b>1. L'input</b> 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.</p>
 <p><b>ATTIVITÀ</b></p>	<p><b>2. Le attività</b> 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.</p>
 <p><b>SNODO DECISIONALE</b></p>	<p><b>3. Gli snodi decisionali</b> 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.</p>
	<p><b>4. I connettori.</b> 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.</p>
 <p><b>USCITA DEL PERCORSO</b></p>	<p><b>5. Gli output</b> 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.</p>





## SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE IN GENERALE DEL PDTA

Lo scopo del presente documento è quello 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.

Il PDTA costituisce il riferimento per tutti i professionisti sanitari della ASL di Nuoro che sono coinvolti nella gestione di una specifica patologia/problematica sanitaria e individua le "garanzie di qualità e appropriatezza fornite dai professionisti stessi a pazienti/utenti.

È, pertanto, necessaria una gestione integrata tra territorio ed ospedale sulla base delle necessità del singolo paziente che prevede, a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici della persona una stratificazione per complessità/gravità in sottogruppi di pazienti ed un programma assistenziale personalizzato, secondo diversificati livelli di intensità di cura, gestito mediante l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze con il coinvolgimento attivo del paziente.

In generale il PDTA si prefigge come obiettivi specifici di:

- garantire ai pazienti un'efficace presa in carico multidisciplinare, 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.

La condivisione dei percorsi clinico organizzativi costituisce un elemento fondamentale per il governo del migliore percorso di cura del paziente, sia dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza delle cure, sia dal punto di vista della gestione delle risorse impiegate.

Il Percorso rappresenta uno strumento di orientamento della pratica clinica che, mediante l'adattamento alle linee guida internazionali, coinvolge e integra tutti gli operatori interessati al processo al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti attraverso la definizione della migliore sequenza di azioni, l'esplicitazione del tempo ottimale degli interventi e il riesame dell'esperienza conseguita per il miglioramento continuo della qualità in sanità.

L'ASL Nuoro ha declinato i principi di cui sopra in una specifica metodologia che prevede:

1. **L'elaborazione di un percorso per ciascun regime assistenziale**, soprattutto al fine di individuare indicatori di valutazione della performance clinica e di monitoraggio di risultati maggiormente significativi e aderenti alla struttura dei flussi informativi istituzionali.
2. **L'elaborazione di un documento unitario**, articolato nel cosiddetto **Ragionamento clinico-assistenziale** (in cui è definita la strategia di risposta a uno specifico bisogno di salute al fine di massimizzare l'efficacia della stessa in relazione alle conoscenze e competenze espresse dalla comunità di pratica) e nel cosiddetto **Percorso organizzativo** (in cui il ragionamento clinico assistenziale è declinato attraverso "matrici di responsabilità" che esplicitano il "chi fa che cosa, in quali tempi, con quali strumenti").

**OGGETTO DEL PDTA DOPPIA DIAGNOSI  
OGGETTO E INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA**

Secondo l'UNODC una persona con DD è *persona cui è stato diagnosticato un problema per abuso di alcol o altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema di natura psichiatrica*.

I due disturbi, mentale e da uso di sostanze, si influenzano temporalmente in modo diverso pur presentando quadri di multiproblematicità e complessità. Difatti si riscontra:

- ▣ notevole variabilità dei quadri clinici e gravità degli stessi ed andamento cronico
- ▣ elevata incidenza di atipie comportamentali (pericolosità sociale)
- ▣ scarsa aderenza alle terapie
- ▣ bassa *compliance* ai trattamenti
- ▣ elevato rischio suicidario
- ▣ elevato tasso di ospedalizzazione e /o di inserimenti in Comunità Terapeutica
- ▣ facile perdita dei supporti familiari e abitativi
- ▣ carico assistenziale molto alto sia in termini di costi economici che di risorse umane.

Le persone in situazioni multiproblematiche possono alternativamente presentare aspetti clinici di prevalente competenza dei Servizi per le dipendenze e/o del CSM o della NPIA per i minorenni o Disturbi di gravità tale da non poter essere adeguatamente trattati in un solo servizio. In una parte dei casi la sovrapposizione di ambiti e specificità dei due servizi impedisce l'individuazione della diagnosi primaria e conseguentemente ad attivare percorsi integrati per la presa in carico del caso (*da rivedere in una prospettiva di maggiore integrazione*). I pazienti affetti da Disturbo Mentale e Disturbo da Uso di Sostanze presentano un rischio maggiore di inadeguata risposta rispetto ai bisogni clinici e non, in parte attribuibile ad una mancata diagnosi ed ad interventi frammentari.

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

**ICD 9 CM PROCEDURE**

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

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

## AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE

La Legge Regionale 11 settembre 2020, n.24 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo l'Azienda Regionale della Salute (ARES), le otto Aziende Socio-sanitarie Locali (ASL) e confermando le già esistenti, ovvero:

- Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G.Brotzu" (ARNAS);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari (AOU CA);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari (AOU SS);
- Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS);
- Istituto Zooprofilattico della Sardegna (IZS).



L'ASL, Azienda Socio-sanitaria Locale, di Nuoro si estende territorialmente su una superficie di 3.933,72 km<sup>2</sup>, 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 S. Francesco
- CSM Nuoro
- CSM Macomer
- CSM Sorgono
- CSM Siniscola
- SerD Nuoro
- SerD Macomer
- SerD Siniscola
- SRRS
- NPIA Nuoro
- Laboratorio Analisi
- Farmacia Territoriale
- Neurologia S. Francesco
- Medicina S. Francesco
- Pronto Soccorso/OBI

**DATI DI ATTIVITÀ**

Distretto di Nuoro- Utenti in DD seguiti al CSM:

	disturbo bipolare	depressione	disturbo spettro schizofrenia	disturbo/tratti personalità	neurocognitivo	TOT
n pazienti in DD						
uso alcol	5	5	2	3	1	16
sostanze psicotrope	4		4	5		13
GAP						0
<b>TOT</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>29</b>

Distretto di Macomer - Utenti in DD seguiti al CSM e al SerD: N° 15


- N°4 con Disturbo Bipolare (dipendenza da cannabis e cocaina)
- N°1 inserito in comunità per DD SRP1
- N°1 con Depressione maggiore (Dipendenza da alcool)
- N°4 con Disturbo schizoaffettivo (poliabuso: alcool, cannabis e cocaina)
- N°5 con Disturbo Psicotico NAS (dipendenza cannabis e cocaina)

Distretto di Sorgono - Utenti in DD seguiti: N° 10

- N° 3 Disturbo Bipolare (Dipendenza da Cannabis)
- N° 2 Depressione Maggiore (N°1 Dipendenza da Benzodiazepine, N°1 Dipendenza da Alcool)
- N° 2 Disturbo Schizoaffettivo (N°1 Dipendenza da Eroina, N°1 Dipendenza da Sostanze)
- N° 2 Disturbo Dell'Umore NAS (Dipendenza da Alcool)
- N° 1 Disturbo Psicotico (Dipendenza da Cannabis e altro)

**DATI DI ATTIVITA' DEL SPDC NUORO RELATIVI AI RICOVERI DI PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI NELL'ANNO 2022**

RICOVERI PER 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

 <b>ASL Nuoro</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DOPPIA DIAGNOSI</b>	PDTA_NU_012
--	---	-------------

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
<b>TOTALE</b>	13	5	4	2	3	4	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
<b>TOTALE</b>	6	3	0	1	0	2	12



## IL RAGIONAMENTO CLINICO

Viene sinteticamente descritto in sequenza, tramite Flow Chart, senza vincoli di luogo (regime o reparto) o tempo di ciò che deve essere fatto (iter diagnostico terapeutico). I contenuti sono Azioni e Snodi decisionali.

### FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO – PRIMO RISCONTRO

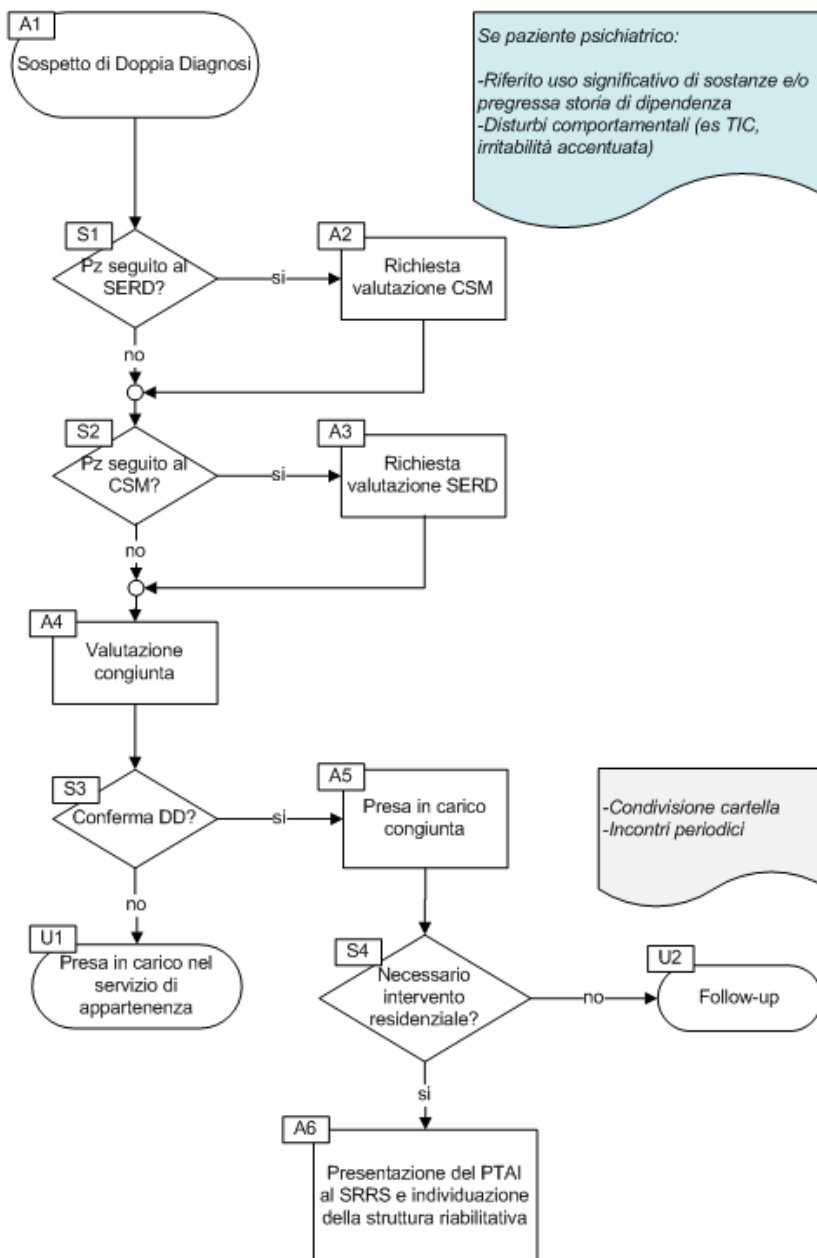
#### FC DOPPIA DIAGNOSI - SOSPETTO

*Se paziente con problemi di dipendenze:*

*Progresso disturbo psichiatrico e/o pregressa presa in carico presso DSM*

*Se paziente psichiatrico:*

*-Riferito uso significativo di sostanze e/o pregressa storia di dipendenza  
-Disturbi comportamentali (es TIC, irritabilità accentuata)*



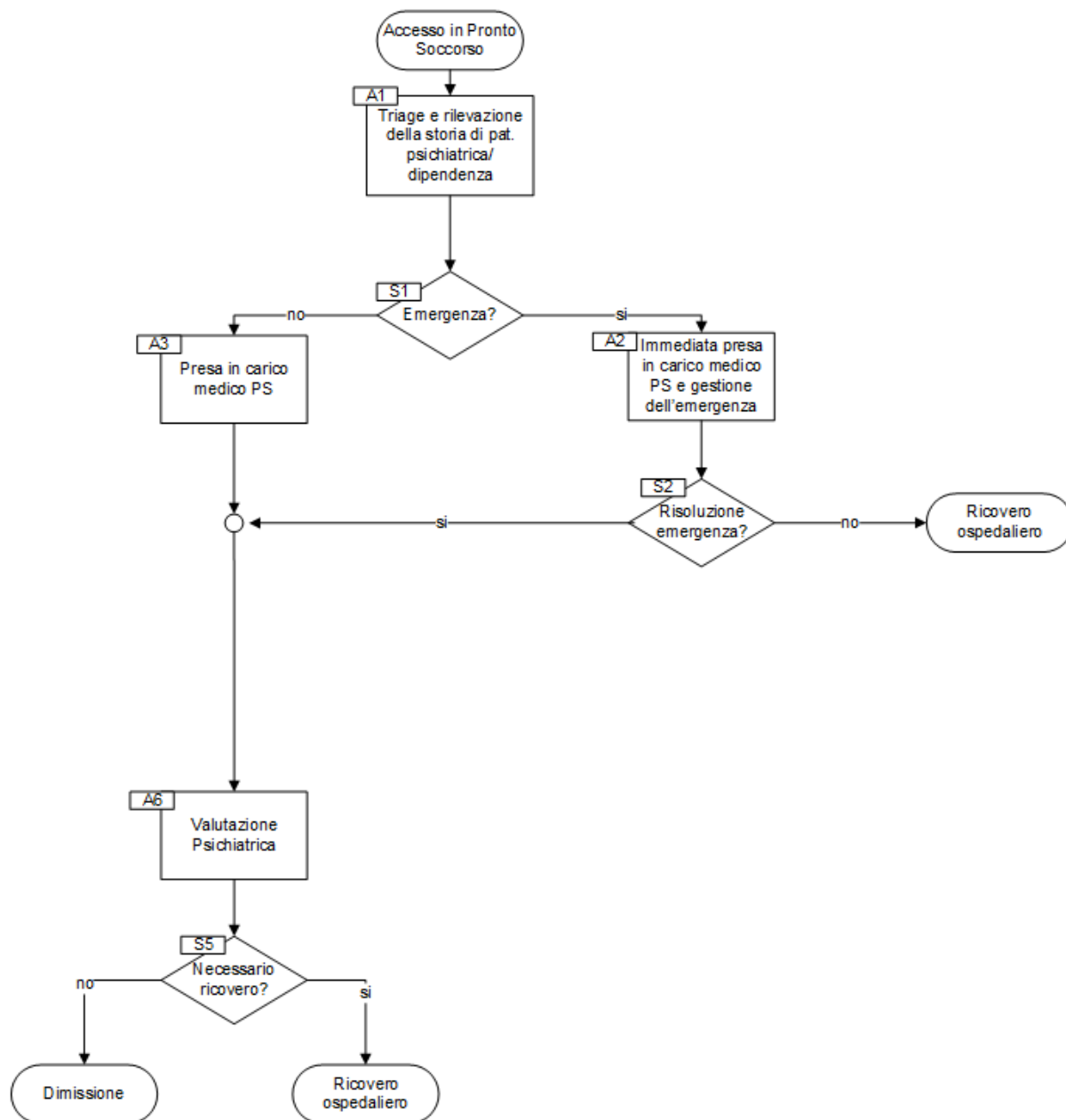
**LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO – PRIMO RISCONTRO**

COD	ATTIVITA'/SNODO	DESCRIZIONE
A1	<b>SOSPETTO DI DOPPIA DIAGNOSI</b>	<p>Criteri di sospetto:</p> <p><u>Se paziente psichiatrico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Riferito uso significativo di sostanze e/o pregressa storia di dipendenza</li> <li>-Disturbi comportamentali (es TIC, irritabilità accentuata)</li> </ul> <p><u>Se paziente con problemi di dipendenze:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pregresso disturbo psichiatrico e/o pregressa presa in carico presso DSM</li> </ul>
S1	<b>PZ SEGUITO AL SERD?</b>	Nelle more dell'attivazione della cartella condivisa, chiedere al paziente se preso in carico presso CSM; in caso di forte sospetto non confermato dal paziente, si procedere con contatto MMG/CSM di riferimento.
A2	<b>RICHIESTA VALUTAZIONE AL CSM</b>	<p>Dopo colloquio clinico con rilevazione anamnesi e valutazione dello stato psichico a cui segue esame tossicologico urinario (Drug Test rapido). In seguito si procede con richiesta di consulenza CSM.</p> <p>Medico SERD invia modulo di richiesta consulenza al CSM</p>
S2	<b>PZ SEGUITO AL CSM?</b>	Nelle more dell'attivazione della cartella condivisa, chiedere al paziente se preso in carico presso SERD; in caso di forte sospetto non confermato dal paziente, si procedere con contatto MMG/SERD di riferimento.
A3	<b>RICHIESTA VALUTAZIONE AL SERD</b>	<p>Dopo colloquio clinico con rilevazione anamnesi e valutazione dello stato psichico. In seguito si procede con richiesta di consulenza SERD.</p> <p>Medico CSM invia modulo di richiesta consulenza al SERD</p>
A4	<b>VALUTAZIONE CONGIUNTA</b>	<p>Gli specialisti SERD/CSM si confrontano sul caso clinico (in presenza o tramite teleconsulto) a cui seguirà la presa in carico congiunta con iniziale definizione del percorso terapeutico.</p> <p>Nel caso di paziente segnalato dal CSM, si procede con test tossicologico presso il SERD.</p>
S3	<b>CONFERMA DD?</b>	Se entrambi gli specialisti sono concordi, si conferma la Doppia Diagnosi.
U1	<b>PRESA IN CARICO NEL SERVIZIO DI APPARTENENZA</b>	Nel caso non venga confermata la doppia diagnosi, si procede con: consulenza occasionale/ presa in cura o presa in carico nel servizio territoriale preponderante.
A5	<b>PRESA IN CARICO CONGIUNTA</b>	Valutazione multidisciplinare in presenza o mediante teleconsulto con incontri periodici. La condivisione del progetto terapeutico viene caricata all'interno della cartella informatizzata Ge.Di.
S4	<b>NECESSARIO INTERVENTO RESIDENZIALE?</b>	Nel caso si ritenga opportuno un percorso di disintossicazione e di riabilitazione di tipo residenziale.

		Conditio sine qua non: il paziente aderisce volontariamente al percorso oppure Disposizione dell'autorità giudiziaria. Percorsi alternativi alla pena (ex art 94 della 309/90).
U2	<b>PRESA IN CARICO AMBULATORIALE</b>	Colloqui col paziente calendarizzati in base alla complessità del quadro clinico (es aderenza al percorso, trattamento farmacologico etc..) a cui seguono i relativi incontri congiunti CSM_SERD.
A6	<b>PRESENTAZIONE DEL PTAI AL SRRS E INDIVIDUAZIONE DELLA STRUTTURA RIABILITATIVA</b>	L'équipe del SERD in collaborazione con il CSM e predispone il PTAI con le relative Relazioni psichiatrica e socio-riabilitativa; il PTAI viene presentato al SRRS che avvia la ricerca della struttura più appropriata .

## FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO – FASE ACUTA (GESTIONE OSPEDALIERA)

FC DD FASE ACUTA (GESTIONE OSPEDALIERA)




**LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO – FASE ACUTA (GESTIONE OSPEDALIERA)**

COD	ATTIVITA'/SNODO	DESCRIZIONE
A1	<b>TRIAGE E RILEVAZIONE DELLA STORIA DI PATOLOGIA PSICHIATRICA/DIPENDENZA</b>	<p>Rilevare se anamnesi di patologia psichiatrica e/o di storia di dipendenza.</p> <p>Se paziente collaborante: prelevare per esami ematochimici, dosaggio droghe/farmaci/alcol. Esecuzione ECG per calcolo Qtc manuale. Procedere con ricerca di Cannabinoidi, Oppiacei, Cocaina, Benzodiazepine Metadone su campione di urine; rilevare Alcolemia tramite prelievo ematico.</p>
S1	<b>EMERGENZA?</b>	<p>Nel caso di agitazione psicomotoria in atto (Codice Rosso) il paziente è valutato immediatamente (compatibilmente con le altre urgenze) dal medico del pronto soccorso che procede con richiesta di valutazione psichiatrica e, se necessario, allerta del Forze dell'Ordine.</p> <p>Gestione dell'agitazione psicomotoria:</p> <p>Previa contenzione fisica/farmacologica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-prelevare per esami ematochimici, dosaggio droghe/farmaci/alcol; esecuzione ECG per calcolo Qtc manuale. Procedere con ricerca di Cannabinoidi, Oppiacei, Cocaina, Benzodiazepine Metadone su campione di urine; rilevare Alcolemia tramite prelievo ematico.</li> <li>-eseguire esami strumentali se necessari (es TC) per escludere patologie organiche</li> </ul> <p>Se permane agitazione psicomotoria richiedere Rivalutazione psichiatrica per eventuale ricovero in SPDC.</p> <p>Altre situazioni di emergenza: tutte le situazioni in cui è presente un rischio immediato per la vita e/o patologie tempo-dipendenti (Ictus, STEMI...)</p>
A2	<b>IMMEDIATA PRESA IN CARICO MEDICO PS E GESTIONE DELL'EMERGENZA</b>	<p>Gestione dei codici rossi in base alle procedure interne del PS.</p> <p>Procedere con richiesta di <b>consulenza neurologica</b> se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sintomi indicanti Delirium tremens (sudorazione, tremore, allucinazioni microzootiche)</li> <li>-crisi convulsiva in atto</li> <li>-sintomi indicanti agitazione post-critica (perdita di coscienza, segni di morsus, segni di incontinenza sfinterica, emiparesi post-critica)</li> </ul>
S2	<b>RISOLUZIONE EMERGENZA?</b>	<p>Se dopo presa in carico del medico PS l'emergenza non è risolta si procede con ricovero ospedaliero nel reparto più appropriato.</p>
A3	<b>PRESA IN CARICO MEDICO PS</b>	<p>Valutazione del paziente da parte del medico del PS con tempistiche in base al codice di triage che procede con richiesta di esami strumentali/consulenze specialistiche a seconda del caso.</p> <p>Se ideazione suicidaria e/o tentativo di suicidio o aggressività auto/etero diretta procedere con richiesta di valutazione psichiatrica.</p>

<b>A6</b>	<b>VALUTAZIONE PSICHIATRICA E RICOVERO</b>	<p>Se permane agitazione psicomotoria e ha anamnesi di patologia psichiatrica si procede con ricovero in SPDC.</p> <p>Se il paziente non è in stato di agitazione psicomotoria, non è stato trattato farmacologicamente con sedativi, non è in stato soporoso, e permane un quadro di scompenso psicopatologico si procede con richiesta di consulenza psichiatrica.</p> <p>Se permane agitazione psicomotoria senza anamnesi di patologia psichiatrica ma con sospetto di doppia diagnosi si procede con Primo ricovero in SPDC a scopo diagnostico.</p> <p>Se il paziente ha un precedente ricovero in SPDC che esclude patologia psichiatrica e fa un ulteriore accesso in PS per agitazione psicomotoria con positività a sostanze di abuso, il medico del PS allerta le forze dell'ordine senza necessità di ulteriore valutazione psichiatrica.</p>
<b>S5</b>	<b>NECESSARIO RICOVERO?</b>	Valutare la necessità di ricovero in SPDC in caso di persistenza di scompenso psicotico non gestibile nel territorio (ideazioni suicidarie, auto/etero aggressività, eccitazione maniacale, depressione grave, etc.).
<b>U1</b>	<b>DIMISSIONE</b>	Se il paziente risulta stabilizzato e non necessità di ricovero, procedere con dimissione.
<b>U2</b>	<b>RICOVERO OSPEDALIERO</b>	Nel setting più appropriato a seconda del quadro clinico.

**LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO** (da implementare in occasione del primo audit periodico)

- 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"

 <b>ASL Nuoro</b> <small>Azienda socio-sanitaria locale</small>	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale DOPPIA DIAGNOSI</b>	PDTA_NU_012
---	---	-------------

**IL PERCORSO ORGANIZZATIVO** (DA REDARRE IN OCCASIONE DI REVISIONE)  
**FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO**

**MONITORAGGIO** (DA REDARRE IN OCCASIONE DI REVISIONE)  
**INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO**

N.	Indicatore	Fonte	Periodicità	Standard atteso
1	Volume di ricoveri			
2				
3				
4				
5				
6				
7				

**ALLEGATI**

ALL. N.	CODICE	TITOLO DESCRITTIVO DOCUMENTO
1	NU012_ALL.1_Triage_Pz_Psichiatrico	<i>Triage Paziente psichiatrico</i>
2		
3		