

**IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE
TRASVERSALE IN AREA SALUTE MENTALE E
DIPENDENZE COME STRUMENTO DI
COORDINAMENTO MULTI PROFESSIONALE E DI
RICOMPOSIZIONE DEL BISOGNO**

Dott. Claudio Montresor

Dott.ssa Tiziana Piroddi

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa
2019-2021**

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI DSC 1901/BE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

GLI AUTORI

Claudio Montresor, Responsabile UOS NPJA, UOC Salute Mentale e Dipendenze, ATS Città Metropolitana di Milano, cmontresor@ats-milano.it

Tiziana Piroddi, Dirigente medico Neuropsichiatra Infantile, U.O. Riabilitazione Specialistica delle Dipendenze, ASST Crema, tiziana.piroddi@asst-crema.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Professore Ordinario di Management Sanitario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università Statale di Milano.

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario di Management Sanitario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università Statale di Milano.

INDICE

1. Introduzione	pag. 1
1.1 <i>La Doppia Diagnosi: epidemiologia di un bisogno frantumato</i>	<i>pag. 2</i>
1.2 <i>Ricomporre il bisogno</i>	<i>pag. 4</i>
1.3 <i>I percorsi clinico organizzativi</i>	<i>pag. 7</i>
1.4 <i>Verso la ricomposizione del bisogno: le leggi regionali 23/2015 e 15/2016</i>	<i>pag. 9</i>
1.5 <i>La situazione attuale dei servizi e la presa in carico della Doppia Diagnosi</i>	<i>pag. 10</i>
1.6 <i>Linee di sviluppo del sistema Salute Mentale e Dipendenze</i>	<i>pag. 13</i>
1.7 <i>SWOT Analysis</i>	<i>pag. 14</i>
2. Obiettivi strategici e specifici Project Work	pag. 15
2.1 <i>Obiettivi strategici</i>	<i>pag. 18</i>
2.2 <i>Obiettivi specifici</i>	<i>pag. 18</i>
3. Destinatari e beneficiari del progetto	pag. 19
3.1 <i>Beneficiari</i>	<i>pag. 19</i>
3.2 <i>Destinatari</i>	<i>pag. 19</i>
4. Metodologia adottata	pag. 20
4.1. <i>Percorsi clinici in Salute Mentale</i>	<i>pag. 20</i>
4.2. <i>I percorsi territoriali in Psichiatria</i>	<i>pag. 21</i>
4.3. <i>Il Piano di Trattamento Individuale in Psichiatria</i>	<i>pag. 25</i>
4.4. <i>La presa in carico in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza</i>	<i>pag. 28</i>
4.5. <i>Integrazione con psichiatria dell'adulto e servizi per le Dipendenze patologiche</i>	<i>pag. 31</i>
4.6. <i>Il Piano di Trattamento Individuale in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza</i>	<i>pag. 32</i>
4.7. <i>I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi per le Dipendenze</i>	<i>pag. 34</i>
4.8. <i>Il Progetto Individuale e il Piano Assistenziale Individuale</i>	<i>pag. 37</i>
4.9. <i>Il personale dei Servizi di Salute Mentale e per le Dipendenze</i>	<i>pag. 38</i>
4.10. <i>Le prestazioni in Salute Mentale e nelle Dipendenze</i>	<i>pag. 39</i>

5. Descrizione del progetto, implementazione del processo, fasi e tempistiche	<i>pag. 41</i>
5.1 <i>Caratteristiche del PTI-T</i>	<i>pag. 41</i>
5.2 <i>Contenuti del PTI-T</i>	<i>pag. 44</i>
5.2.1 <i>Sezione 1: motivazione della presa in carico trasversale</i>	<i>pag. 44</i>
5.2.2 <i>Sezione 2: progettazione</i>	<i>pag. 46</i>
5.2.3 <i>Sezione 3: pianificazione degli interventi</i>	<i>pag. 48</i>
5.2.4 <i>Sezione 4: individuazione dei professionisti coinvolti nell'èquipe multi professionale e definizione dei ruoli</i>	<i>pag. 49</i>
6. Analisi dei costi di implementazione o realizzazione	<i>pag. 51</i>
7. Risultati attesi	<i>pag. 54</i>
7.1 <i>Indicatori di processo, di outcome e di output</i>	<i>pag. 54</i>
7.2 <i>Punti di forza e punti di debolezza</i>	<i>pag. 54</i>
8. Conclusioni	<i>pag. 56</i>
8.1 <i>Discussione</i>	<i>pag. 56</i>
8.2 <i>Direzioni future</i>	<i>pag. 59</i>
9. Contributo personale	<i>pag. 62</i>
10. Riferimenti normativi	<i>pag. 63</i>
11. Bibliografia	<i>pag. 66</i>
12. Sitografia	<i>pag. 68</i>

Introduzione

La legge regionale n. 15 del 29 giugno 2016 in materia di “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”, in coerenza con la legge regionale n. 23 del 18 agosto 2015, relativa a “Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33”, ha istituito in Lombardia i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) all’interno delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST). La costituzione di Dipartimenti di Salute Mentale, che riconducono al proprio interno i servizi per le Dipendenze patologiche, pone le basi per soddisfare il bisogno di cura espresso da quell’ampia ed eterogenea categoria di pazienti che necessita di una presa in carico simultanea, sia da parte dei servizi territoriali per le Dipendenze (Ser.T. o Ser.D.), sia da parte dei servizi di Salute Mentale, con popolazione target costituita da adulti o soggetti in età evolutiva.

Nell’attualità, la competenza di questa tipologia di utenti è ancora troppo spesso oggetto di un dibattito tra servizi, ed esita nella risposta espulsiva del “non è mio”, con conseguente difficoltà di accesso a cure appropriate. Infatti, nonostante la costituzione di un unico dipartimento, le funzioni di presa in carico sono ancora di competenza di unità afferenti a strutture complesse separate: il Centro PsicoSociale (CPS), il Ser.T., il Nucleo Operativo Alcolologia (NOA), il Servizio Territoriale dell’Unità Operativa di NeuroPsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza.

Per portare a compimento la missione di integrazione che il legislatore ha attribuito ai DSMD occorrerebbe, dunque, superare la logica a silos che ancora ne contraddistingue il funzionamento. Al superamento di tale logica contribuirebbe anche lo sviluppo di strumenti operativi che consentano il coordinamento di équipes multidisciplinari costituite da professionisti appartenenti a servizi diversi, che necessariamente devono poter lavorare in maniera coordinata tra loro al fine di soddisfare i bisogni trasversali dei pazienti.

Sulla base di tali considerazioni, il presente Project Work si propone di formulare uno di questi strumenti operativi: il Piano Terapeutico Individualizzato Trasversale (PTI-T) tra servizi per le Dipendenze Patologiche e servizi di Salute Mentale. Il PTI-T consentirebbe la ricomposizione del bisogno espresso dagli utenti affetti da Doppia Diagnosi, e la costituzione ed il coordinamento di équipes trasversali.

1.1. La Doppia Diagnosi: epidemiologia di un bisogno frantumato

Il termine Doppia Diagnosi (DD), coniato nel 1989 dallo psichiatra statunitense G. De Leon, è stato codificato nel 1995 dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) come «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» (A.A.V.V., 2014).

Le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale del 2008 individuano nel problema della comorbilità tra disturbi psichici e disturbi da Uso di Sostanze (DUS) uno dei principali aspetti che ha modificato il profilo epidemiologico della domanda di Salute Mentale negli ultimi anni. La diffusione dell'uso di sostanze è uno dei grandi problemi delle società sviluppate di tutto il pianeta ed anche in Italia l'uso, l'abuso e la dipendenza sono cresciuti costantemente negli ultimi 30 anni. Si tratta di un fenomeno sfaccettato e mutevole, soggetto a rapide trasformazioni legate al mercato dell'offerta legale e illegale, a fenomeni sociali e culturali, al mutare dei contesti di consumo, e presenta importanti interazioni con la Salute Mentale della popolazione per almeno i seguenti motivi:

- perché la diffusione di sostanze ha un effetto disgregante sulle collettività e sul suo capitale sociale, attecchendo peraltro con maggiore vigore sui tessuti sociali degradati, in una sorta di circolo vizioso, ed esita in una maggiore vulnerabilità generale nelle popolazioni e in condizioni di compromissione del benessere e della Salute Mentale degli individui.
- Perché diversi studi dimostrano che l'uso di sostanze psicotrope tra i giovani è il più forte fattore di rischio per sviluppare disturbi mentali di diversa gravità e durata, inclusi quelli gravi e persistenti.
- Perché l'uso, l'abuso e la dipendenza producono, in una quota significativa di persone, complicanze temporanee o permanenti di tipo psichiatrico che richiedono competenze e trattamenti specifici ed integrati.
- Perché le persone che soffrono di disturbi mentali comuni o gravi sono maggiormente vulnerabili rispetto allo sviluppo di abuso o dipendenze da sostanze lecite e illecite. La compresenza nella stessa persona di disturbi mentali e dipendenze peggiora notevolmente il decorso clinico e psicosociale, richiedendo interventi coordinati e complessi con competenze specifiche.

Già nel 2008 le Linee di Indirizzo Nazionali sostenevano che una puntualizzazione strategica sui livelli di collaborazione e coordinamento tra interventi di Salute Mentale e per le Dipendenze patologiche non fosse più rinviabile. Nello stesso documento si evidenziava inoltre come il potenziale sviluppato dalla sinergia tra politiche ed interventi nell'ambito della Salute Mentale e del contrasto alle dipendenze patologiche fosse altissimo in numerose aree, come la promozione della salute, la prevenzione, l'intervento precoce sul disagio e sui disturbi mentali agli esordi, la comunicazione sociale, e la formazione congiunta degli operatori dei due settori (Accordo Conferenza Unificata, 2008).

Il fenomeno della DD interessa una larga fetta della popolazione. Per quanto riguarda la popolazione adulta, l'Epidemiologic Catchment Area (ECA) study (Regier et al., 1990) stima che in USA:

- ☐ il 17% della popolazione generale presenta un disturbo da uso di sostanze;
- il 29% dei soggetti con almeno un disturbo mentale ha un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) in comorbidità.
- Il 24% dei soggetti con un DUS ha un disturbo dell'umore in comorbidità;
- il 27% dei soggetti con depressione ha un DUS in comorbidità;
- il 56% dei soggetti con un disturbo bipolare ha un DUS in comorbidità;
- il 47% dei soggetti con schizofrenia ha un DUS in comorbidità;
- l'abuso di sostanze aumenta il rischio di depressione di circa cinque volte.

Per quanto attiene all'Europa, in Germania si evidenzia un 45% dei soggetti con comorbidità tra DUS e almeno un altro disturbo psichiatrico, mentre in Francia si rileva il 45% dei soggetti con comorbidità tra DUS e almeno un'ulteriore patologia psichica. I tassi di comorbidità variano considerevolmente tra setting di osservazione e aree geografiche. In particolare è stato suggerito che la prevalenza sia inferiore nelle aree rurali rispetto a quelle urbane (Clerici M., 2010).

In Italia, gli studi epidemiologici scontano problematiche relative a carenza di stime certe sulla popolazione generale (Clerici M., 2010). Il Piano Regionale di Salute Mentale (PRSM) del 2004, evidenziava una prevalenza ad un anno di disturbi da uso di sostanze, compreso l'abuso alcolico, nel 40% dei soggetti in cura presso i servizi di Salute Mentale; tra gli utenti dei servizi per le

Dipendenze, la prevalenza di disturbi psichici era stimata in una percentuale pari al 75-85% (PRSM, 2004).

In età evolutiva, la comorbidità tra disturbi psichiatrici e da uso di sostanze varia dal 61% fino all'88% (Toral et al., 2019), con tassi che risultano essere più alti nei disturbi della condotta e più bassi in quelli dell'umore, d'ansia e ADHD (Armstrong, 2002). La prevalenza di doppia diagnosi è sovrapponibile tra maschi e femmine (Grilo et al., 1996; Couwenbergh et al., 2006; Drapalski et al., 2011). La presenza di una patologia psichiatrica si associa ad un più precoce uso di sostanze, sebbene alcuni disturbi, quali ansia da separazione, si leghino ad un uso più tardivo (Costello et al., 1999). Non ci sono evidenze circa l'uso prevalente di una sostanza in specifiche condizioni di disagio psichico a causa dell'alto tasso di poliabusi, oltre che della mancanza di studi che indaghino separatamente sull'utilizzo di singole sostanze nelle DD (Armstrong TD, Costello EJ., 2002).

La DD è divenuta un paradigma che evoca problematiche di grande interesse e impegno assistenziale, sia per gli operatori della Salute Mentale che per quelli delle Dipendenze. Poiché l'assunzione di sostanze psicoattive è riconosciuta come causa o conseguenza di manifestazioni psicopatologiche, le persone con problemi sia di dipendenza patologica che di disturbo psichico possono presentare contemporaneamente, o alternativamente, aspetti clinici di competenza sia dei Ser.T./NOA che dei servizi di Salute Mentale (Psichiatria, UONPIA), con il rischio, nel singolo caso, di un insufficiente o inappropriato trattamento delle problematiche di competenza del servizio non coinvolto (A.A.V.V., 2014).

1.2. Ricomporre il bisogno

Nel mondo dei servizi si sta attualmente assistendo ad una rivoluzione cognitiva, sia per quanto concerne i format di accesso, sia per quel che riguarda i meccanismi decisionali. Fino a soli dieci anni fa, il consumatore medio privilegiava il prodotto o il servizio che gli garantiva il miglior rapporto qualità-prezzo, in funzione delle sue aspettative e delle sue capacità di reddito. Nella contemporaneità il criterio di scelta prevalente non è più il miglior rapporto qualità prezzo, ma la piattaforma che garantisce, nel minore frazionamento possibile, il soddisfacimento di tutti i bisogni in modo ricomposto, anche se con qualche unità di prezzo in più (Longo F., 2020).

È importante notare che il SSN attuale presenta delle caratteristiche peculiari, che risultano essere antitetiche rispetto a quelle degli altri servizi. La sanità necessita infatti di specializzazione, elemento che determina una netta frammentazione in silos, in contrasto con

la ricomposizione assicurata dalle piattaforme. In una logica di questo tipo sono dunque gli utenti che devono ricomporre i percorsi di cura frammentati e, almeno in parte, scoprire tutto il ventaglio di proposte disponibili, con un SSN talora respingente, nei suoi meccanismi di accesso. Il prevalere della molteplicità di bisogni comporta l'attraversamento di molteplici setting assistenziali diversi, sempre più specializzati e diversificati, che pertanto delegano la ricomposizione del percorso di cura al paziente o ai suoi familiari (Longo F., 2020). Ed è proprio questa la situazione che si trova ad affrontare l'utente affetto da DD nell'ambito della Salute Mentale e Dipendenze.

Secondo alcuni autori i servizi sanitari dovrebbero orientarsi verso la contemporaneità, cercando di soddisfare i nuovi bisogni espressi da utenti sempre più abituati a frequentare piattaforme ricompositive (vedi Tripadvisor®, Amazon®, AirB&B®, etc.), e che, pertanto, desiderano avere un piano assistenziale individuale in grado di indicare quali prestazioni riceverà, in quale luogo, e in quali tempi. In altri termini, i pazienti non desiderano più usufruire di prescrizioni puntiformi utili solo per il prossimo step, ma vogliono conoscere, consapevolmente, l'intero percorso di presa in carico (Longo F., 2020).

L'obiettivo, anche per la Salute Mentale è dunque la (ri)definizione dei processi in cui si sostanzia la mission dei servizi intorno al paradigma della continuità delle cure e della modularità delle risposte (La Pia S., Ferraro M., 2020). Nelle Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale del 2008 si parla esplicitamente di «indebolimento dei servizi psichiatrici territoriali» che sarebbero a «rischio alto di marginalizzazione, al tempo stesso culturale, metodologica, scientifica ed organizzativo-gestionale» (Accordo Conferenza Unificata, 2008). Il *reengineering* dei modelli assistenziali è quindi una priorità, poiché unisce la centralità dei diritti sociali e di cittadinanza con l'esigenza di appropriatezza clinica, organizzativa, scientifica, etica ed economica. Ciò richiede, ad esempio, il monitoraggio sistematico dei processi e degli esiti e l'impiego di adeguati strumenti di governo clinico quali il Piano di Trattamento Individuale (PTI). Infine è necessario preservare la presa in carico come elemento di specificità dell'approccio italiano alla psichiatria di comunità, coniugandola però con la logica della cura orientata ai processi (La Pia S., Ferraro M., 2020).

Per quanto concerne il reengineering dei modelli assistenziali in Salute Mentale, nel Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013, viene ribadita la necessità di lavorare per

progetti di intervento specifici e differenziati, sviluppati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, e di implementare percorsi di cura che contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi (Accordo Conferenza Unificata, 2013). Per quanto riguarda i pazienti con DD, un modello di condivisione e partecipazione tra le differenti componenti terapeutiche è quello più auspicabile. Esso prevede un'équipe stabile, organizzata, riconosciuta istituzionalmente e con competenze, strumenti e responsabilità definiti. Quanto più l'équipe e i trattamenti sono integrati, tanto più i programmi sono specifici per questi pazienti gravi, e ancor più è possibile raggiungere obiettivi significativi e risparmio in termini economici e sociali. Nella prospettiva multidimensionale, l'intervento viene modulato in funzione del peso relativo delle varie dimensioni psicopatologiche, della loro patofisiologia e dei possibili determinanti comuni coinvolti nella doppia diagnosi. (Floriani A., 2008).

Per riuscire a costruire modelli di servizi sanitari capaci di soddisfare le esigenze sopra descritte, è necessario declinare e qualificare meglio alcuni ruoli professionali:

- il *patient experience manager* (PEM), professionista che svolge il ruolo di responsabile del case-management del paziente ricomponendo tutti i processi frammentati di fruizione (garantendo la completezza delle prestazioni e la semplificazione dell'accesso). Per gli stadi di patologia a bassa intensità e per le fasi del processo assistenziali stabilizzate e routinarie, il PEM può appartenere genericamente alle professioni sanitarie, mentre può essere, più nello specifico, un medico, per gli stadi ad alta intensità di patologia o per fasi del processo assistenziale particolarmente critiche e instabili.
- il *clinical manager* (responsabile clinico), ovvero il medico che svolge la sintesi clinica soprattutto di fronte a pazienti multi-morbidi e complessi. È un professionista che ricomponi i frammentati silos tecnico-specialistici a cui si è sopra accennato, facendosi garante dell'integrazione professionale, ed evitando così che sia il paziente a fungere da attore di ricomposizione informativa tra i diversi clinici (Longo F., 2020).

Vi sono altri ruoli professionali come quelli degli educatori, degli psicologi, dei riabilitatori, etc., che, a seconda dell'oggetto del confronto, debbono relazionarsi con il PEM quando si tratti di ottimizzare processi di fruizione, e con il clinical manager, quando si tratti di costruire la sintesi clinica (Longo F., 2020).

La chiara definizione di nuovi ruoli organizzativi, la costruzione dei necessari meccanismi di coordinamento tra i ruoli citati, la definizione degli strumenti di dialogo, con il paziente e/o i suoi *caregivers*, l'attivazione di piani assistenziali personalizzati, richiede un robusto lavoro di disegno organizzativo, e di messa a sistema di regole organizzative e correlati sistemi operativi (Longo F., 2020).

1.3. I percorsi clinico organizzativi

Secondo le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale del 2008, valorizzare la presa in carico dell'utente con disturbo mentale significa garantire l'accesso ai servizi, la continuità delle cure e la personalizzazione del progetto. In tal senso occorre superare una logica prestazionale, fondata su strutture separate per funzione e andare verso una logica primariamente fondata sull'integrazione e su programmi e servizi offerti al cittadino, vale a dire sul processo di cura e sul percorso di salute del singolo che si rivolge ai servizi di Salute Mentale (Accordo Conferenza Unificata, 2008). La metodologia dei percorsi clinico organizzativi non solo garantirebbe una valutazione approfondita dei bisogni e progetti di cura personalizzati per soggetti affetti da disturbi gravi con maggiori bisogni e a rischio di abbandono (*dropout*) o di continua migrazione tra servizi, ma rappresenterebbe anche una risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni, della presa in carico dell'utente e dell'assistenza offerta. Infatti, sempre più di frequentemente il mondo sanitario richiede il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, interdisciplinare e multidisciplinare. Da qui l'esigenza di utilizzare un approccio di lavoro non più per funzioni, ma per processi. Il Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013, intende il concetto di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come percorsi di presa in carico e di cura esigibili, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale.

In sintesi, viene raccomandato un modello di approccio che dovrebbe garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto;
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura;
- ☐ servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, *recovery-oriented*;

- ☒ LEA garantiti dalla ASL nel loro complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM o dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza nelle loro varie articolazioni ed espressioni organizzative.
- Percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie (Accordo Conferenza Unificata, 2013).

Una visione di questo tipo permette un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento, in quanto si ha la possibilità di:

- valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili;
- ☒ instaurare un confronto tra professionisti coinvolti in un unico processo;
- misurare le attività e gli esiti con indicatori specifici;
- ☒ definire gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento;
- garantire la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate;
- prevedere, e quindi ridurre, l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti;
- ☒ facilitare la visione totale della problematica da gestire;
- ☒ agevolare e delineare il miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute;
- migliorare le prestazioni e la qualità di vita del paziente;
- ridurre la frammentazione e la scarsa coordinazione della cura, il trattamento inappropriato e la negligenza dell'attività di prevenzione;
- ☒ lavorare secondo un approccio integrato e coordinato della malattia, che coinvolge tutti i livelli assistenziali;
- ☒ conoscere il paziente in modo da personalizzare la cura in base ai propri bisogni;
- ☒ migliorare il sistema informativo standardizzato tra i vari attori organizzativi.

Elaborare dei percorsi clinico organizzativi significa quindi costruire piani che coinvolgono più professionisti e più discipline, che siano costruiti per specifiche categorie di pazienti, che siano predisposti e usati da chi eroga prestazioni sanitarie allo scopo di mettere in condizione chi fornisce l'assistenza di identificare, misurare, analizzare e migliorare processi di cura, e rendere il meno possibile gravosa la gestione della malattia da parte del paziente. Nei percorsi è pertanto

identificata la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute definiti ex ante, raggiungendo quindi elevati traguardi sia di efficacia che di efficienza. (A.A.V.V., 2014).

1.4. Verso la ricomposizione del bisogno: le leggi regionali 23/2015 e 15/2016

Le leggi regionali 23/2015 e 15/2016 hanno ridisegnato il Sistema Sanitario regionale lombardo perseguendo, tra gli altri, l'obiettivo di costruire piattaforme di offerta sanitaria meno frazionate, più integrate, in cui sia garantita la continuità tra le diverse prestazioni nell'ottica della costruzione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in applicazione ai principi di appropriatezza, efficienza, efficacia, qualità ed economicità. Perseguendo la piena integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, in una logica di continuità dei processi di prevenzione, cura e riabilitazione, la legge regionale 23/2015 ha istituito le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).

Le ventisette ASST costituite integrano in un unico Ente le attività precedentemente in capo alle ventinove disciolte Aziende Ospedaliere (AO) con le funzioni erogative delle Ex Aziende Sanitarie Locali (ASL). Le ASST garantiscono così l'erogazione dei LEA in un'ottica di continuità della presa in cura dell'utente. Esse sono articolate in due settori aziendali: la rete territoriale e il polo ospedaliero. Al polo ospedaliero è demandato il compito del trattamento del paziente in fase acuta e dell'offerta sanitaria specialistica, mentre al polo territoriale spettano le attività di specialistica ambulatoriale, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione, a media e bassa complessità, oltre all'erogazione di assistenza territoriale e domiciliare per gli utenti cronici e fragili.

Le otto ATS costituiscono altrettante articolazioni amministrative di Regione Lombardia in ambito territoriale, e perseguono gli obiettivi di *governance* precedentemente attribuiti alle ASL. Spetta loro il compito di attuare la programmazione regionale.

Le funzioni attribuite alle ATS dalla legge regionale 23/2015 sono le seguenti:

- ☐ negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione.

- Governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale.
- Governo dell’assistenza primaria e del relativo convenzionamento;
 - ☐ governo e promozione dei programmi di promozione della salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione.
 - ☐ promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;
 - ☐ prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico.
- Sanità pubblica veterinaria;
 - ☐ attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica.
- Vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d’offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Se la legge regionale 23/2015 intende integrare tutte le funzioni erogative precedentemente attribuite ad Enti diversi (AO e ASL) in un unico Istituto (ASST), la successiva legge regionale 15/2016 persegue l’obiettivo di ricondurre in un unico dipartimento delle ASST, il DSMD, i servizi di Salute Mentale e quelli delle dipendenze. La legge regionale n. 23/2015 fa afferire all’area della Salute Mentale la Psichiatria, le Dipendenze patologiche, la Psicologia, la disabilità psichica e la UONPIA, che può anche far parte dell’area materno infantile. Nel DSMD le diverse discipline sono organizzate in Unità Operative (UO): Servizio Dipendenze (UOSD), UONPIA, Psichiatria (UOP), Psicologia (UOPsi). Lo stesso DSMD è costituito da un polo territoriale e da un polo ospedaliero

1.5. La situazione attuale dei servizi e la presa in carico della Doppia Diagnosi

Le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale 2008, attribuiscono all’organizzazione dipartimentale diversi compiti tra cui:

- ☐ integrare le discipline che si occupano della Salute Mentale della popolazione (Psichiatria, NPIA, Farmacologia clinica, Tossicologia, Psicologia clinica e le altre): il Dipartimento si deve porre come il garante del governo clinico della Salute Mentale di un determinato territorio.
- Garantire risposte a tutta la cittadinanza, attivando specifici programmi per aree critiche della popolazione (per età, marginalità sociale, problematica psicopatologica) (Accordo Conferenza Unificata, 2008).

Per quanto riguarda le procedure d'integrazione tra CPS e Ser.T. in casi di DD, il PRSM del 2004 prescrive quanto segue:

- un rapporto di consulenza specialistica su richiesta del servizio (DSM o Ser.T) con titolarità del caso clinico.
- La formazione di équipes funzionali costituite da operatori di DSM e Ser.T. allo scopo di lavorare su progetti specifici.

Secondo il Piano del 2004, a tutt'oggi in vigore, tali modalità di collaborazione tra servizi dovrebbero inserirsi in un quadro più ampio di collaborazione tra UO di Psichiatria e Ser.T. caratterizzato da:

- ☐ definizione di protocolli diagnostici e di trattamento condivisi;
- ☐ individuazione di procedure per quanto attiene ai ricoveri in SPDC;
- ☐ co-gestione dei casi, soprattutto nelle situazioni di crisi acuta;
- ☐ attuazione e monitoraggio trattamenti psicofarmacologici;
- ☐ accoglimento in strutture residenziali comunitarie;
- ☐ riferimento a linee guida internazionali/nazionali sugli interventi terapeutici in tema di doppia diagnosi.
- ☐ Organizzazione congiunta di programmi di formazione, aggiornamento e della supervisione per il personale.
- ☐ Sperimentazione di modelli di assistenza innovativi attraverso progetti che garantiscano la valutazione dei risultati raggiunti.

Il Piano D'Azioni Nazionale per La Salute Mentale del 2013, sottolinea il rischio nei servizi di Salute Mentale di una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda. Tale insufficiente differenziazione genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa (Accordo Conferenza Unificata, 2013).

Sebbene le leggi regionali 23/2015 e 16/2016 favoriscano la risposta integrata al bisogno, anche in area Salute Mentale e Dipendenze, dapprima riconducendo sotto un unico Ente, l'ASST, tutti i soggetti erogatori pubblici di area (legge regionale 23/2015) e successivamente istituendo i DSMD (legge regionale 15/2016), finora la maggior parte delle organizzazioni ha mantenuto una suddivisione a silos delle risorse e dei diversi mezzi di produzione all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.

In una logica di questo tipo, il paziente con DD viene preso in cura sia dal CPS/UONPIA che dal Ser.T/NOA, quando non anche da uno solo dei due servizi, a fronte del disconoscimento di una parte del bisogno.

Le due tipologie di servizi erogano così interventi che si limitano spesso in modo specifico ad una delle due diagnosi, perdendo così la visione globale dell'utente. La netta separazione dei luoghi di cura per le Dipendenze in servizi per la Salute Mentale da una parte e servizi per le Dipendenze dall'altra (qui nello specifico, in Lombardia), ha rallentato l'emersione di un approccio trattamentale integrato e adeguato a questo tipo di pazienti, che presentano forme acute o subacute di disturbi psichiatrici maggiori e forme diverse e spesso multiple, di dipendenza da sostanze. È esperienza assai comune degli operatori di tali servizi veder inviare i pazienti da un servizio all'altro, con le logiche conseguenze prevedibili per il soggetto. (Floriani A., 2008).

L'utente affetto da DD si trova dunque ad essere in carico a due ambulatori differenti e a due équipes multidisciplinari diverse con il rischio di una scomposizione arbitraria della problematica portata, riconducendola alle categorie Disturbo psichiatrico e DUS.

Menzione a parte, anche in relazione all'occupazione attuale della scrivente, dott.ssa Tiziana Piroddi, è da riservare all'U.O. Riabilitazione delle Dipendenze, che si occupa della diagnosi e trattamento dei Disturbi correlati a sostanze e da *addiction* (DSM-5), in un percorso che prevede la degenza ospedaliera, la Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC), l'ambulatorio, anche in strutturazione gruppale, a seguito di accesso in prima visita, a cui i percorsi sopraindicati

possono seguire, quando sussista valida motivazione da parte dell'utente ad intraprendere percorso riabilitativo. Pertanto la dizione Ser.T., nelle considerazioni che seguiranno, e nello specifico riferimento ai percorsi territoriali, è da intendersi riferita anche alla suddetta tipologia di offerta.

1.6. Linee di sviluppo del sistema Salute Mentale e Dipendenze

La Delibera della Giunta Regionale VIII/8720 del 22/12/2019 in merito a "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020" o "Regole di sistema 2020", procede nella direzione tracciata dalle leggi regionali 23/2015 e 15/2016, declinando nella dimensione operativa l'integrazione tra le diverse aree del DSMD.

L'obiettivo è evidenziato nel capitolo "Promozione di processi di collaborazione e integrazione tra i diversi ambiti afferenti al DSMD dove si afferma che: «nella piena attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 15/2016, dalla legge regionale 23/2015 e in continuità con la DGR XI/1046/2018, le ASST devono promuovere lo sviluppo di processi di collaborazione e integrazione tra i diversi ambiti afferenti al DSMD (NPiA, Psichiatria, Dipendenze, Psicologia), anche attraverso la costituzione di équipes formate da operatori provenienti da aree diverse, in modo da effettuare valutazioni multidimensionali del bisogno e fornire risposte coordinate a problematiche che nella pratica clinica appaiono sempre più frequentemente interconnesse» (DGR 2672/2019).

Un'équipe multi professionale è composta da diversi specialisti, rappresentanti di discipline sanitarie, psicologiche, sociali, riabilitative. L'équipe deve prevedere la collaborazione tra professionisti differenti che sappiano integrare le proprie competenze per orientare una cura che sia definita per ciascun paziente. La presa in carico avviene attraverso la modalità del *team approach*, che si differenzia dalla semplice somma di consulenze specialistiche, benché altamente qualificate, in quanto indica un processo di sinergia fondato sulla comunicazione e condivisione di elementi diagnostici e di obiettivi terapeutici, continuamente rielaborati e modulati rispetto alle condizioni del paziente in carico. Il carattere multifunzionale non va però confuso con un'utopica onnipotenza, ma deve coniugarsi con il riconoscimento del ruolo e della professionalità degli altri componenti dell'équipe terapeutico-riabilitativa. Uno dei presupposti fondamentali affinché abbia senso parlare di intervento terapeutico è che esistano modelli operativi condivisi, che si lavori cioè realmente in équipe. Non basta essere singolarmente degli

ottimi professionisti, è necessaria una visione del lavoro in cui l'agente non è all'altro capo di un rapporto duale, bensì al centro di una rete di relazioni (Milano W., D'Aquino G., 2020).

Un momento fondamentale del percorso di cura è la riunione periodica dell'équipe. All'interno della riunione d'équipe viene discussa e condivisa la negoziazione dei diversi interventi. Nessun membro si dovrebbe percepire solo o onnipotente rispetto a ciò che è necessario. Nella riunione d'équipe devono essere colti, discussi ed affrontati i comportamenti disfunzionali dei singoli membri così da consentire la salvaguardia da vissuti controtransferali di impotenza, rabbia e lontananza rispetto agli loro assistiti. La periodica riunione del gruppo curante è il perno su cui poggia il progetto terapeutico del singolo. L'incontro produce ragionamenti condivisi dialetticamente, e indicazioni e restituzioni per i pazienti i quali ricevono un'unica voce di risposta alle molteplici domande formulate. I pazienti sperimentano così l'esperienza della reintegrazione delle parti di sé, della possibilità di dialogo e del fallimento delle manovre manipolatorie e scissorie che sovente contraddistinguono i loro agiti (Milano W., D'Aquino G., 2020). La presenza di tutti i membri dell'équipe è un elemento fondante in un'ottica di *team building* perché dissipa i non detti che caratterizzano inevitabilmente il lavoro di gruppo (NICE, 2017). All'interno del gruppo è necessaria una leadership con la figura di un *team manager* che consente un riferimento operativo. Sviluppare e coordinare le autonomie professionali e le competenze dei vari attori è ben altra cosa dal team indifferenziato o da quello burocratizzato; non esiste team efficace senza leadership, non c'è rete senza *governance* (Milano W., D'Aquino G., 2020).

1.7. SWOT Analysis

Tabella 1.7.1 - SWOT Analysis

Punti di FORZA INTERNI	Punti di DEBOLEZZA INTERNI
<ul style="list-style-type: none">• Istituzione del DSMD Competenza del personale dedicato	<ul style="list-style-type: none">• Resistenza al cambiamento degli operatori• Organizzazione a silos Tariffazione per prestazione
OPPORTUNITÀ ESTERNE	MINACCE ESTERNE
Regole di sistema volte ad una maggior integrazione del DSMD	Cambiamenti della normativa regionale in ottica di disintegrazione del DSMD

2. Obiettivi strategici e specifici del Project Work

Scopo di questo lavoro è elaborare una scheda di Piano Terapeutico Individualizzato trasversale ai servizi di Salute Mentale e Dipendenze. Questo documento, che chiameremo Piano Terapeutico Individualizzato Trasversale (PTI-T) potrà essere utilizzato come strumento operativo per promuovere l'integrazione dei servizi come prescritta dal legislatore (legge regionale 23/2015; legge regionale 15/2016; DGR 2672/2019).

Riprendendo le indicazioni delle Regole di Sistema 2020, il PTI-T si propone di facilitare i processi di collaborazione tra i diversi ambiti afferenti al DSMD favorendo:

- la costituzione di équipes integrate formate da operatori provenienti da aree diverse;
- l'erogazione di risposte coordinate a problematiche interconnesse, permettendo la programmazione dell'assistenza, garantendo l'integrazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie, la continuità assistenziale e l'uso appropriato delle risorse.

Gli strumenti di progettazione e pianificazione attualmente utilizzati sono il PTI per i CPS e per gli ambulatori territoriali delle UONPIA, il Progetto Individuale (PI) e il Piano Assistenziale Individuale (PAI) per i servizi territoriali delle dipendenze.

Il PTI-T dovrebbe essere formulato entro un tempo prestabilito, per ogni utente che sia in carico sia alla Psichiatria/UONPIA che al Ser.T/NOA, dai membri delle due équipes multiprofessionali, che da quel momento, di fatto, diventerebbero un'unica équipe integrata e trasversale. In questo senso il Piano Trasversale dovrebbe permettere la sintesi delle conoscenze derivate dalla valutazione che il paziente ha effettuato separatamente nei due contesti, restituendo una visione globale dei suoi bisogni e della problematica da gestire, permettendo quindi di personalizzare la cura in base alle istanze emerse.

Alla luce della presa in carico comune, nel PTI-T dovrebbero essere definiti e condivisi: gli ambiti di intervento, gli obiettivi del trattamento e i relativi indicatori, nonché i ruoli dei membri dell'équipe trasversale. Il Piano dovrebbe dunque favorire un confronto tra i professionisti coinvolti in un unico processo, consentendo di lavorare secondo un approccio integrato e coordinato della malattia, che coinvolge tutti i livelli assistenziali.

Il PTI-T ha lo scopo di permettere la pianificazione degli interventi, coerentemente con i bisogni e con gli obiettivi emersi. Gli interventi individuati come utili dovrebbero essere programmati per il tempo necessario, flessibili e modificabili a seconda degli esiti. Nel contesto di un'équipe multidisciplinare trasversale, costituitasi grazie all'integrazione, e non mera sommatoria delle sotto équipe di provenienza, la fase di pianificazione degli interventi assume una valenza rilevante. Infatti la pianificazione deve da un lato permettere di mantenere la continuità terapeutica evitando la frammentazione degli interventi, dall'altro deve prevenire la scarsa coordinazione degli interventi terapeutico-assistenziali, evitando sovrapposizioni e ripetizioni. È in questa fase che si esplica la definizione e la condivisione dei ruoli, in quanto è qui che si gioca il contributo dei diversi attori all'interno di un sistema interprofessionale, interdisciplinare e multidisciplinare.

Infine, la presa in carico da parte di un'équipe multiprofessionale, specie se i suoi operatori appartengono ad ambulatori diversi, necessita di funzioni di coordinamento e della possibilità di declinare e qualificare meglio alcuni ruoli professionali. Riprendendo il modello esplicito nel capitolo 1.2. (Ricompone il Bisogno) il PTI-T potrebbe prevedere la figura del case manager o patient experience manager, e del clinical manager.

In sintesi, relativamente alla problematica della DD, il PTI-T dovrà essere progettato in modo tale da poter promuovere processi trasversali di presa in carico e trattamento all'interno del DSMD favorendo:

- la definizione di équipes multi professionali trasversali a due o più unità operative;
- l'instaurazione di un confronto tra professionisti coinvolti in un unico processo, consentendo un approccio integrato e coordinato alla malattia, definendone i ruoli.
- ☐ La ricostruzione del bisogno di una particolare categoria di utenti epidemiologicamente rilevante.
- ☐ La personalizzazione del trattamento, definendo obiettivi e indicatori globali.
- La programmazione delle prestazioni, favorendo la continuità terapeutica e disincentivando la frammentazione delle cure.
- ☐ La realizzazione di un flusso informativo completo sui pazienti con DD in carico ai DSMD.

In una prospettiva futura, l'attivazione di PTI-T per utenti con DD in carico sia al CPS che al Ser.T. potrebbe consentire una valutazione:

- quantitativa e qualitativa di un insieme di pazienti di cui finora non si ha completa conoscenza, anche per pianificare eventuali nuove unità di offerta ambulatoriali dedicate e con personale debitamente formato.
- Più realistica del budget necessario all'assistenza di questi utenti anche per programmare forme di finanziamento alternative alle attuali. L'attuale finanziamento, pur prevedendo una remunerazione a prestazione per le diverse tipologie di ambulatori (CPS, poli territoriali, Ser.D, NOA), è ancora fortemente differenziato, in una logica a silos, tra le aree di NPIA, Psichiatria e Dipendenze.

Tali differenze sono relative a:

- tipologia di prestazione prevista;
- tariffa della prestazione prevista;
- capitolo di spesa che assolve al finanziamento delle prestazioni (sanitario per la Psichiatria e NPIA, sociosanitario per le Dipendenze).

La trattazione sulle diverse forme di finanziamento esula dal presente Project Work. Si veda a tal proposito la seguente normativa di Regione Lombardia:

- ☐ per la Psichiatria: Circolare di Regione Lombardia n. 16 del 31 agosto 2016: Sistema informativo della Psichiatria- Manuale di utilizzo della Piattaforma Informatica Psicheweb; DGR VIII/5743 del 31 ottobre 2007: Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008.
- Per la NPIA: DGR VII/2800 del 22 dicembre 2000: Integrazione del nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale con prestazioni erogabili dalle unità operative di neuropsichiatria infantile e definizione delle relative tariffe.
- ☐ Per le Dipendenze: DGR VII/20586 del 11 febbraio 2005: Definizione ed adozione in via provvisoria del tariffario delle prestazioni erogate dai servizi territoriali Dipendenze/Servizi Multidisciplinari Integrati e contestuale avvio in forma sperimentale del sistema di classificazione a pacchetti di prestazione.

2.1 Obiettivi Strategici

Promuovere:

- l'integrazione dei servizi di Salute Mentale con quelli delle Dipendenze come previsto dalla legislazione regionale (legge regionale 23/2015; legge regionale 15/16; DGR 2672/2019): «nella piena attuazione di quanto previsto dalla L.R. n. 15/2016, dalla L.R. 23/15 e in continuità con la DGR n. XI/1046/2018, le ASST devono promuovere lo sviluppo di processi di collaborazione e integrazione tra i diversi ambiti afferenti al DSMD (NPIA, Psichiatria, Dipendenze, Psicologia)» (DGR2672/2019).
- Risposte coordinate a problematiche che nella pratica clinica appaiono sempre più frequentemente interconnesse (DGR 2672/2019).
- Percorsi assistenziali coerenti con una sufficiente differenziazione della domanda nei servizi di Salute Mentale, come prescritto dal Piano D'Azioni Nazionale per La Salute Mentale del 2013 (Accordo Conferenza Unificata, 2013).

2.2 Obiettivi Specifici

Promuovere:

- la costituzione di équipes formate da operatori provenienti da aree diverse (DGR 2672/2019) e la definizione di specifici ruoli all'interno di esse (Longo F., 2020).
- Un utilizzo delle risorse appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. (Accordo Conferenza Unificata, 2013).
- ☐ La ricomposizione del bisogno di una particolare categoria di utenti epidemiologicamente rilevante.
- ☐ La personalizzazione del trattamento, definendo obiettivi e indicatori globali.
- La programmazione delle prestazioni, favorendo la continuità terapeutica e disincentivando la frammentazione delle cure.
- ☐ La realizzazione di un flusso informativo completo sui pazienti con DD in carico ai DSMD.

3. Destinatari e beneficiari e del progetto

Per una trattazione completa del tema si rimanda all'introduzione del presente Project Work.

3.1 Beneficiari

Sono considerati beneficiari del progetto i pazienti di qualsiasi età con DUS in comorbilità con disturbo psichiatrico in carico a due o più UdO del DSMD, oppure a due o più UdO di area Salute Mentale e Dipendenze delle ASST, in caso non tutte le strutture di quell'ambito siano collocate nei DSMD. Il PTI-T previsto dal presente progetto intende promuovere una presa in carico integrata del paziente grazie alla costituzione di un'unica equipe trasversale alle diverse UdO e all'individuazione di figure di coordinamento clinico ed assistenziale (clinical e case manager).

3.2 Destinatari

Sono destinatari del progetto i DSMD, oppure le ASST, in caso non tutte le UdO di area Salute Mentale e Dipendenze siano collocate nei DSMD. Il PTI-T previsto dal progetto intende promuovere l'integrazione dipartimentale, come prevede la normativa regionale e nazionale (legge regionale 23/2015; legge regionale 15/2016; DGR 2672/2019; Accordo Conferenza Unificata, 2013), superando l'attuale logica a silos, contribuendo a sviluppare PDTA specifici e trasversali per una categoria di utenti rilevante da un punto di vista epidemiologico.

4. Metodologia adottata.

Per progettare il PTI-T si è provveduto ad analizzare i PDTA e gli strumenti di pianificazione attualmente previsti dalla normativa nei tre ambiti presi in considerazione (NPIA, Psichiatria, Dipendenze), onde pervenire ad un dispositivo che da una parte assolvai ai requisiti di accreditamento e di appropriatezza previsti, e dall'altra possa facilitare i clinici nella costituzione di équipes trasversali, definendo specifici ruoli all'interno di esse, nella ricomposizione del bisogno di una categoria di utenti epidemiologicamente rilevante, nella personalizzazione del trattamento, definendo obiettivi e indicatori globali, nella programmazione delle prestazioni, favorendo la continuità terapeutica e disincentivando la frammentazione delle cure.

Secondo la normativa vigente, sia i servizi per le Dipendenze che i servizi di psichiatria e NPIA prevedono percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), nonché strumenti di progettazione e pianificazione degli interventi erogati da équipes multi professionale, specifici per ogni disciplina. In particolare:

- ☐ per la Psichiatria: Piano di Trattamento Individualizzato -PTI- (PRSM, 2004; Accordo Conferenza Unificata 2013).
- ☐ Per le Dipendenze: Progetto Individuale -PI- e Piano Assistenziale Individuale -PAI- (DGR 1765/2014; DGR 2569/2014).
- ☐ Per i servizi sanitari di NPIA: Piano di Trattamento Individualizzato -PTI- (DGR X/3371; Accordo Conferenza Unificata, 2014).

La progettazione del PTI-T, oggetto del presente Project Work, deve perciò necessariamente fondarsi sui PDTA e sugli strumenti attualmente esistenti al fine di:

- essere efficacemente fruibile dalle diverse tipologie di équipes;
- ☐ assolvere agli obblighi di appropriatezza e di accreditamento previsti dalla normativa.

4.1. Percorsi clinici in Salute Mentale

Secondo il Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013, i modelli operativi indicati per una Psichiatria e una NPIA di comunità ben integrata con le risorse del territorio, debbono

attuare percorsi di cura coerenti con i diversi bisogni e l'intervento in aree specifiche. La metodologia dei percorsi clinici garantisce una valutazione approfondita delle esigenze degli utenti oltre a percorsi di cura personalizzati per soggetti affetti da disturbi gravi, con maggiori bisogni e a rischio di abbandono (dropout) o di continua migrazione tra servizi.

Lo stesso Piano evidenzia come i dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente capacità di lettura della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi comuni e viceversa.

L'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio territoriale. Per superare tale difficoltà il Piano propone alcuni modelli clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale (in Lombardia tali percorsi erano già stati attivati per la Psichiatria con il PRSM del 2004):

- la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi UONPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative.
- L'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico, ma non di interventi complessi e multiprofessionali.
- La presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di presa in carico prevede la definizione di un PTI per il singolo utente e, a seconda dei bisogni individuati, richiede l'identificazione del case manager e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti persi di vista.

4.2 I percorsi territoriali in Psichiatria

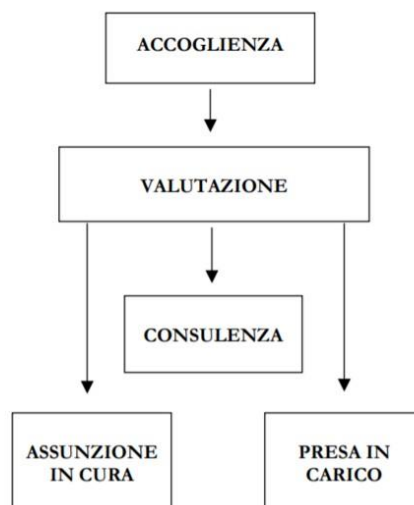
Come si accennava, in Lombardia il Piano Regionale per la Salute Mentale del 2004, recependo il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 (Delibera Consiglio Regionale 462/2002), ha previsto una riorganizzazione dell'assistenza territoriale identificando tre diversi percorsi:

- la consulenza: una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche.
- L'assunzione in cura: un percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico, ma non necessitano di interventi complessi e multiprofessionali.
- La presa in carico: un percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi.

Lo sviluppo del modello proposto, ha richiesto l'organizzazione di una funzione di accoglienza/valutazione della domanda e delle richieste che giungono ai servizi psichiatrici. La funzione di accoglienza appare cruciale poiché rappresenta l'accoglimento del soggetto (individuale o istituzionale) che si rivolge al servizio. La fase di valutazione della domanda (successiva all'accoglimento della richiesta) può concludere l'intervento di per sé, oppure generare l'attivazione del percorso territoriale di cura ritenuto più idoneo. La fase di accoglienza/valutazione deve comunque concludersi con una risposta appropriata alla richiesta ricevuta (PRSM, 2004).

In accordo con il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, il modello organizzativo per sviluppare i percorsi territoriali è rappresentato nella figura 4.1.1

Figura 4.1.1 - Modello organizzativo per sviluppare i percorsi territoriali (modificato da PRSM, 2004)



Per quanto concerne il polo psichiatrico, gli utenti con DD per i quali è indicata l'attivazione di un PTI-T rientrano nei percorsi territoriali di presa in carico previsti dal PRSM del 2004.

La presa in carico interessa utenti portatori di quadri psicopatologici caratterizzati da particolare gravità e da bisogni definiti complessi. Con questa definizione si intende delineare una popolazione di pazienti affetta da un disturbo psichico grave, deficit nel funzionamento psicosociale e criticità nella rete familiare e sociale. L'identificazione di questo target di utenti viene effettuata attraverso una valutazione multidimensionale, che prende in considerazione le diverse aree che concorrono insieme nel definire il profilo di salute. Nello specifico, le dimensioni considerate sono: la diagnosi nosografica, la gravità clinica della psicopatologia in atto, il livello di funzionamento in ambito sociale, il contesto familiare e psicosociale, e i pregressi trattamenti di tipo psichiatrico e/o psicologico. Il coordinamento del processo di cura avviene all'interno dei CPS, in linea con il principio di continuità terapeutica ed integrazione sociosanitaria, che appare particolarmente importante nei processi di cura dell'utente affetto da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi.

Il servizio psichiatrico che assume la titolarità di un progetto di presa in carico, deve rendersi garante di tutto il percorso del paziente (ossia: provvedere agli interventi territoriali, e, quando necessario, a quelli ospedalieri, all'attivazione dei percorsi di emergenza/urgenza, all'attivazione di eventuali percorsi residenziali e semiresidenziali). Compiti fondamentali richiesti al DSMD che assume la titolarità di un percorso di presa in carico, oltre a quello della garanzia di continuità del percorso del paziente, sono l'adattamento delle linee di trattamento alle diverse fasi evolutive della paziente stesso ed il monitoraggio quantitativo degli ammessi e dimessi nei diversi percorsi terapeutici, allo scopo di mettere meglio in evidenza i dropout (PRSM, 2004).

Per il medesimo Piano Regionale del 2004, dal punto di vista operativo un percorso di presa in carico si fonda sull'integrazione di attività specifiche:

- attività clinica: attività psichiatrica e psicologica (colloqui, psicoterapia, farmacoterapia), ambulatoriale e domiciliare, centrate sull'utente e i suoi bisogni, orientate allo sviluppo della relazione e del contratto terapeutico.
- Attività riabilitativa: attività di riabilitazione, risocializzazione, reinserimento nel contesto sociale; attività semiresidenziale (o di Centro Diurno) che favorisca un ancoraggio forte al progetto di cura attraverso il legame fondamentale con la rete territoriale primaria (naturale) e secondaria (servizi);

- attività di assistenza: attività di sostegno al paziente nei suoi aspetti deficitari, attività finalizzata a sostenere e migliorare il funzionamento psicosociale, attività domiciliare.
- Attività di intermediazione: attività per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma: i) utilizzo di opportunità fornite dalle agenzie territoriali (servizi sociali, realtà cooperativistiche e di lavoro protetto, gruppi di volontariato); ii) individuazione di potenziali reti informali, valorizzando i cosiddetti facilitatori o aiutanti naturali; iii) sostegno e informazione alla famiglia.
- Attività di coordinamento: attività sul singolo caso che garantisca integrazione delle diverse aree di attività, dei diversi erogatori che partecipano al progetto di cura, e garantisca continuità al piano di trattamento individuale.

Successivamente, la necessità di istituire percorsi clinici differenziati per favorire l'appropriatezza degli interventi è stata recepita a livello nazionale dalla Conferenza Unificata del gennaio nel 2013.

Nel caso del paziente adulto, la presa in carico si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Il servizio psichiatrico che si assume la titolarità della presa in carico di un utente deve comunque offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali) e garantire la risposta in tutte le fasi del trattamento.

Compito del DSM (DSMD dalla legge regionale 23/2015) che assume la titolarità di un percorso di presa in carico, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, è garantire alcuni requisiti:

- supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali).
- Flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento.
- Coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del DSM, a realizzare il principio della continuità terapeutica.

- Attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali dropout (Accordo Conferenza Unificata, 2013).

Infine, nell'ambito del percorso territoriale della presa in carico risulta rilevante l'adozione di strategie di valutazione dell'esito e della soddisfazione degli utenti attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati e condivisi dalla comunità scientifica. La valutazione degli esiti dei programmi di cura, ripetuta nel tempo, rappresenta un requisito indispensabile per un confronto in ambito scientifico, economico e organizzativo. Il percorso di presa in carico si configura come progetto caratterizzato da elevata complessità organizzativa, rilevante specificità professionale e capacità di gestire l'integrazione sociosanitaria. La realizzazione di questo percorso comporta un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multiprofessionale in grado di sviluppare una accurata lettura della dimensione biopsicosociale del paziente, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata. A tal fine è indispensabile che la dotazione organica dei CPS sia adeguata, in termini di operatori e di professionalità disponibili, in stretta correlazione con la possibilità di assumere realmente le funzioni indicate (PRSM, 2004).

4.3. Il Piano di Trattamento Individuale in Psichiatria

Un percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento, sempre nell'ottica dell'autonomizzazione del paziente. Dal punto di vista organizzativo, il percorso di presa in carico è correlato ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, e si fonda su progetti individuali. Per tali ragioni, per ogni utente per il quale è stata attivata una presa in carico deve essere previsto un PTI, contenuto nella cartella clinica e regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento clinico (il PRSM 2004 prescrive infatti che il PT al massimo entro un anno dalla precedente stesura venga rinnovato per ogni utente). Sul PTI devono essere indicate le caratteristiche funzionali dell'utente e la sua partecipazione al progetto, le motivazioni e gli obiettivi del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe. Il PTI rappresenta la sottoscrizione di un accordo/impegno di cura tra DSM e utente, con l'auspicabile partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale.

Il lavoro di rete, che implica strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi), riveste un ruolo nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti. Esso garantisce opportunità di sviluppo della persona e permette di passare da intervento riabilitativo ad intervento di integrazione e di reinserimento nella vita di relazione, coinvolgendo la famiglia ristretta e allargata come risorsa (PRSM, 2004; Accordo Conferenza Unificata, 2013).

Più in dettaglio, il PTI contiene le seguenti informazioni:

- indicazioni delle motivazioni psicosociali che rendono ragione della necessità di una presa in carico;
- tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe.
- Iniziative volte a garantire un supporto assistenziale (iniziative volte al recupero di cittadinanza nel proprio contesto socioambientale, visite domiciliari, attività di supporto sociale, lavoro di rete).
- ☐ Iniziative riabilitative (programmi di Centro Diurno, inserimenti lavorativi, iniziative volte a incrementare i livelli di autonomia).
- ☐ Iniziative volte a sostenere e coinvolgere nel progetto di cura i familiari del paziente; attivazione e monitoraggio di trattamenti di tipo residenziale o semiresidenziale; verifiche periodiche dell'andamento del progetto.
- Composizione della microéquipe titolare del progetto;
- ☐ individuazione del referente complessivo del progetto (case manager), che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione.

Come si diceva, la scheda sintetica di PTI rappresenta la sottoscrizione di un accordo/impegno di trattamento con cui il DSM si impegna alla cura dell'utente secondo il modello della presa in carico. È firmata dal case manager e dal medico referente del progetto, viene vista dal direttore della UOP (o da un suo delegato) e sottoscritta dall'utente (anche se non obbligatoriamente). Nella figura 4.3 viene presentata un esempio di scheda di PTI così come riportata nel PRSM del 2004.

Figura 4.3.1 - Esempificazione di scheda PTI (modificata da PRSM, 2004)

--

SCHEDA PER IL PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE
SCHEDA SINTETICA PER IL PIANO
DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI)

Nome _____ Cognome _____

Motivazioni della presa in carico:

- diagnosi (ICD 10) _____
- funzionamento psicosociale:
 - ottimo
 - buono
 - moderatamente deficitario
 - gravemente deficitario
- rete sociale/familiare: presente
deficitaria
assente
- precedenti trattamenti psichiatrici: presenti
assenti

Obiettivi del progetto di PTI: _____

Micro-equipe:

Psichiatra: _____ Psicologo _____
Infermiere: _____ Educatore: _____
Assistente sociale _____
Referente del PTI (case manager): _____

Programma di cura

- Colloqui psichiatrici: SI NO (frequenza mensile: _____)
- Colloqui psicologici: SI NO (frequenza mensile _____)
- Farmacoterapia SI NO
- Psicoterapia: SI NO
- Interventi domiciliari SI NO
- Coinvolgimento / sostegno ai familiari SI NO
- Interventi sociali SI NO
- Attivazione risorse sociali (progetti con Enti pubblici, privato sociale, volontariato) SI NO
- Interventi riabilitativi SI NO
- Interventi di inserimento lavorativo SI NO
- Inserimento al CD SI NO (sede del CD) _____
- Inserimento in Struttura Residenziale SI NO
se SI: tipo di SR _____ Sede della SR _____
- Sede di eventuali ricoveri ospedalieri: _____

Data compilazione PTI: _____ **Data prevista revisione PTI** _____

Firma del case manager: _____

Firma del medico referente per il progetto: _____

Visto Direttore dell'UOP (o suo delegato): _____

Sottoscrizione da parte dell'utente: _____

La Conferenza Unificata dell'ottobre 2013 stabilisce che i PTI dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale debbano riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi di inclusione: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con grave compromissione del funzionamento personale e sociale. Vengono quindi presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., Health of the Nation Outcome Scales - HoNOS-, Brief Psychiatric Rating Scale -BPRS-, Scala di Funzionamento Personale e Sociale -FPS-, Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi -VADO-), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica (Accordo Conferenza Unificata, 2013).

4.4. La presa in carico in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Il modello organizzativo italiano per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva è particolarmente avanzato rispetto a quello di altri paesi: i disturbi neuropsichici sono sempre stati considerati disturbi del neurosviluppo e non disturbi di singole funzioni, e siamo il primo paese ad avere avviato la piena integrazione dei disabili nelle scuole. Anche le normative e linee di indirizzo esistenti sono formalmente molto avanzate, ma sono applicate in maniera frammentaria e parziale, anche a causa di modelli organizzativi locali che non hanno recepito le indicazioni, con ampie disuguaglianze intra e interregionali (Accordo Conferenza Unificata, 2019).

Secondo le Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza del 2019, affrontare i disturbi dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente richiede un modello assistenziale integrato tra ospedale e territorio, nell'ambito di una rete specialistica dedicata, che eroghi percorsi di cura complessi e soggetti a cambiamento, alla luce dei rapidi mutamenti nelle neuroscienze, immunologia, neurologia, psichiatria, genetica, neuropsicologia e più in generale nella medicina basata sulle evidenze. Fondamentale spostare il centro dell'attenzione dal bisogno delle strutture al bisogno del paziente, tramite la definizione di percorsi diagnostici e terapeutici trasversali, basati sulle evidenze scientifiche disponibili, condivisi, personalizzati e partecipativi, differenziati per intensità di cura e priorità di intervento a seconda degli specifici disturbi, del quadro funzionale, dell'età, del contesto di riferimento ed in integrazione con la rete dei servizi sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e non.

Elementi qualificanti dei percorsi devono essere tempestività, appropriatezza e specificità per età e per disturbo, condivisione e personalizzazione, globalità e integrazione, multiprofessionalità e multidimensionalità, continuità longitudinale e trasversale, centralità della persona e della famiglia. La complessità e cronicità di molti disturbi neuropsichici dell'età evolutiva implica una molteplicità di bisogni assistenziali che richiedono risposte multispecialistiche, multiprofessionali e soprattutto negoziali. L'elemento critico ai fini di una buona qualità dell'assistenza diviene, quindi, il coordinamento e l'integrazione tra servizi e professionalità distinte, chiamati a intervenire nei diversi momenti di uno stesso percorso evolutivo della patologia, attraverso reti assistenziali integrate. In un ambito così complesso e di lungo periodo è alto il rischio che l'utente e la sua famiglia vengano a trovarsi al centro di

conflitti creati dai punti di vista dei diversi servizi, ed è quindi particolarmente importante un cambiamento di modello nella direzione di un approccio partecipato tra gli operatori e con i familiari (e quando possibile anche i ragazzi) all'interno del quale poter definire insieme alla famiglia le priorità e gli obiettivi significativi nel tempo. In un modello partecipato di intervento, tra i nodi della rete sono infatti a pieno diritto inclusi l'utente e la sua famiglia. Il bisogno di integrazione tra i nodi della rete può essere prevalentemente trasversale (nel momento in cui è necessaria la gestione coordinata di aspetti diversi e contemporaneamente presenti, spesso anche di lungo periodo) o prevalentemente longitudinale (quando riguarda soprattutto l'accompagnamento del passaggio tra strutture o servizi, ad esempio, in un'ottica di stepped care, tra servizi a minore o maggiore intensità di cura, o per il passaggio verso l'età adulta). Può essere interno al sistema dei servizi di NPIA o con altri ambiti e servizi (Accordo Conferenza Unificata, 2019).

Indispensabile per la continuità dei percorsi di cura e per evitare la frammentazione degli interventi, oltre alla partecipazione attiva delle famiglie e degli utenti, è una ancora maggiore integrazione tra i diversi livelli assistenziali che compongono il sistema dei Servizi di NPIA, e quindi tra UO di NPI territoriali, strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche, UO ospedaliere di NPIA e centri di altissima specializzazione a proiezione nazionale (IRCCS e Poli universitari), essenziali per patologie di particolare rarità o complessità e per la gestione appropriata dei protocolli diagnostici e terapeutici più innovativi. Inoltre, già il Piano Nazionale Salute Mentale (PANSM) sottolinea come, nei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza, l'intervento multidisciplinare d'équipe non possa essere limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma debba invece essere la regola. La necessità di una presa in carico non è, cioè, correlata esclusivamente alla complessità del disturbo ma è dettata anche dai contesti in cui la persona con quel disturbo vive e dalla specificità della fase evolutiva attraversata dall'utente e dalla sua famiglia. Un sistema integrato e completo di Servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte da tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi (neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, fisioterapisti formati in modo specifico sull'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri, assistenti sociali etc.) organizzati all'interno di un adeguato range di strutture, tutte indispensabili per garantire i LEA in un'ottica di percorsi di cura (Accordo Conferenza Unificata, 2019).

La DGR VIII/6861 del 19/03/2008 in materia di “Linee di indirizzo regionali per la Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza in attuazione del PSSR 2007-2009”, definisce le modalità organizzative dei Servizi di NPIA.

In particolare, indica il servizio territoriale NPIA quale sede territoriale per la presa in carico del minore e per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute dello stesso e della sua famiglia (DGR 6861/2008). Il servizio territoriale rappresenta il fulcro organizzativo della rete e implica il collegamento stabile e l’integrazione con i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale, con l’area scolastica, sociale, educativa e giudiziaria, con i Consultori, i servizi di Salute Mentale Adulti e quelli per le Dipendenze Patologiche. (Accordo Conferenza Unificata, 2019).

La DGR 6861/2008 prevede alcune funzioni che qualificano l’area di intervento tra cui:

- l’équipe territoriale di NPIA ha il compito di garantire un modello di intervento di comunità, anche nell’ottica dell’integrazione con gli aspetti sociali territoriali, mantenendo un’organizzazione coerente con la sua appartenenza all’AO. Il servizio territoriale effettua attività di prevenzione secondaria, diagnosi, cura e riabilitazione nell’ambito di patologie neurologiche, psichiatriche, neuropsicologiche dell’età evolutiva, fino all’età di 18 anni.
- L’attività clinica deve essere caratterizzata dalla continuità della presa in carico globale del paziente, dalla stabilità delle figure professionali di riferimento e dalla definizione di un progetto integrato di cura e riabilitazione in collaborazione con le agenzie educative ed i servizi sociali territoriali. L’esecuzione dei trattamenti riabilitativi e psicoeducativi avviene in sede ambulatoriale, semi-residenziale e, qualora necessario, in sede domiciliare.

Già il PRSM del 2004, metteva in evidenza la necessità di percorsi interni ai DSM in grado di garantire l’integrazione tra la UONPIA e i servizi psichiatrici degli adulti per accompagnare nella maniera più efficace il giovane paziente nella transizione con l’età adulta. In particolare, l’integrazione tra psichiatria dell’età evolutiva e quella adulta era raccomandata nei seguenti ambiti:

- esordi psicotici: patologie rare in età evolutiva, ma caratterizzate da longitudinalità temporale nell’età adulta, e che, quindi, presuppongono la costituzione di un gruppo

di lavoro stabile tra le unità operative di psichiatria e neuropsichiatria infantile, per la formulazione di progetti a carattere psicoeducativo territoriale, per la presa in carico genitoriale, particolarmente nelle frequenti situazioni di conflitto, e con i servizi Ser.T., nel caso di utenti di minore età con problemi di dipendenza.

- Disturbi del comportamento, ritardo mentale, disturbi del neurosviluppo, con esordio in età evolutiva, in cui la titolarità della presa in carico è della UONPIA, ma è possibile l'attivazione di servizi di consulenza con altri servizi, per problematiche specifiche, o, in via eccezionale, per vere e proprie prese in carico.
- Ospedalizzazioni per disturbi di natura comportamentale, in cui è previsto un accesso in P.S., una consulenza dello psichiatra presente in guardia o attivato in servizio di reperibilità, l'informazione alla UONPIA, dopo eventuale ricovero da attuarsi presso pediatria, SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), o, quando sia presente, in un reparto di NPI. Dopo la segnalazione alla UONPIA è previsto l'avvio della presa in carico da parte della stessa.
- ☐ Interventi tempestivi vengono messi in atto qualora si ravvedano condizioni di pregiudizio, in ambiente familiare, soprattutto discendente, di assistito presso uno dei due servizi.

4.5. Integrazione con psichiatria dell'adulto e servizi per le Dipendenze patologiche

Le Linee di indirizzo NPIA del 2019 evidenziano come l'integrazione con i servizi psichiatrici dell'adulto e con i servizi per le Dipendenze patologiche sia prevalentemente longitudinale, nella transizione verso l'età adulta. Alcuni aspetti trasversali appaiono però fondamentali per consentire un miglioramento complessivo del sistema ed affrontare le attuali criticità nelle aree di confine tra servizi, in particolare la gestione integrata con i servizi per le Dipendenze patologiche dei numerosi adolescenti con disturbi psichiatrici che presentano anche abuso di sostanze o dipendenze comportamentali. Un'ulteriore importante area di integrazione trasversale è rappresentata dai figli di utenti dei servizi psichiatrici o delle Dipendenze, e dai genitori di utenti della UONPIA che presentino disturbi psichiatrici o dipendenze patologiche (Accordo Conferenza Unificata, 2019).

Particolarmente utile è la strutturazione di modalità di integrazione funzionale tra tutti i servizi e gli ambiti coinvolti nella Salute Mentale degli adolescenti (UONPIA, consultori, servizi di

psichiatria dell'adulto, servizi per le Dipendenze patologiche, in stretto raccordo con le cure primarie, la scuola, gli ambiti educativi e sociali). Importante è il raccordo con le Unità Operative Dipendenze relativamente alla gestione dell'uso di sostanze nei minorenni con disturbi psichiatrici ed alle modalità per affrontare in modo integrato i percorsi di cura opportuni e i ricoveri di cui possono avere bisogno i minori e altrettanto importante è il raccordo con le UO psichiatria per gli interventi precoci nei disturbi mentali gravi. In alcune situazioni può essere opportuna la creazione di vere e proprie équipes funzionali integrate tra due o più dei servizi citati, a seconda delle necessità locali, ad esempio per migliorare la risposta assistenziale in acuzie e favorire una cultura della gestione integrata. In particolare occorre prevedere formazione e training comuni ai professionisti delle diverse aree, la ricerca di linguaggi e pratiche comuni, inserite in un dialogo costruttivo, che sappiano includere e coinvolgere i giovani e le loro famiglie (Accordo Conferenza Unificata, 2019).

4.6. Il Piano di Trattamento Individuale in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Come si diceva, l'intervento multidisciplinare d'équipe, in NPIA, non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo e degli alti indici di comorbilità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità (Accordo Conferenza Unificata, 2013).

Secondo la Conferenza Stato Regioni del 2014, un minorenne con un disturbo neuropsichico che determina difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbilità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, è preso in carico dal servizio territoriale di NPIA che elabora un PTI. Anche in età evolutiva, la prognosi psicopatologica, i bisogni assistenziali, l'interruzione delle normali traiettorie di sviluppo e la tempestività dell'intervento non risultano definiti esclusivamente dalla diagnosi nosografica, ma dalle ricadute che la patologia ha sul funzionamento globale dell'individuo sul sistema socio-relazionale in cui vive (Accordo Conferenza Unificata, 2014).

Al momento della presa in carico, è definito un progetto terapeutico individualizzato scritto e condiviso con la famiglia e ove possibile con l'utente, ed è individuato un responsabile del

processo di cura (case manager), che segue le diverse fasi del progetto, mantiene i contatti con la famiglia e assicura la continuità dell'assistenza, anche attraverso specifici protocolli per il passaggio verso i servizi per l'età adulta. I Progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati comprendono, a seconda del caso, interventi riabilitativi, psicoterapeutici, psicoeducativi, farmacologici, psicosociali, di supporto alla famiglia e al contesto di vita, con precoce attivazione e collaborazione con i servizi sociali comunali. In un'ottica biopsicosociale, la trasmissione di competenze ai contesti di vita perché possano supportare al meglio l'inclusione educativa e sociale di ragazzi e famiglie, è un elemento essenziale dell'intervento. Il fulcro e l'obiettivo dell'intervento terapeutico-riabilitativo in età evolutiva deve essere lo sviluppo delle funzioni adattive, definite come tutte le funzioni che migliorano l'adattamento dell'individuo all'ambiente.

Il PTI è la cornice all'interno della quale sono contenute aree di intervento e obiettivi, risorse da attivare e attori a diverso grado coinvolti. Esso viene definito sulla base della valutazione multidimensionale, sia clinico-funzionale, che sociale-relazionale.

In questo documento sono contenuti:

- ☐ la diagnosi, definita secondo criteri delle classificazioni diagnostiche internazionali.
- La gravità e le ricadute che la patologia determina sul funzionamento globale, inteso sia in senso personale che sociale (familiare, scolastico, amicale).
- ☐ I bisogni sia dell'utente (terapeutici, riabilitativi e assistenziali) che della famiglia.
- I punti di forza e le criticità dell'individuo e del contesto dove è inserito, con particolare riferimento al contesto familiare, di cui vengono riportate risorse e criticità.
- ☐ Le aree prioritarie d'intervento, gli interventi diretti (terapeutici nel complesso, farmacologici, riabilitativi, psichico educativi, abilitativi) e indiretti, che vertono principalmente su famiglia e contesti di vita.
- ☐ Informazioni relative ai trattamenti farmacologici utilizzati in passato e attuali.
- L'eventuale dipendenza da sostanze, l'esistenza di altre dipendenze, quali quelle da tecnologia.

Il PTI, integra, sostanzialmente, informazioni di due tipi:

- ☐ livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto;
- ☐ livello assistenziale necessario.

Nel PTI, vengono descritti gli interventi globali necessari, che permettono di strutturare un programma differenziato:

- quantitativamente, per intensità dell'indicazione terapeutica riabilitativa fornita;
- ☐ qualitativamente, per il tipo di trattamento proposto;
- ☐ temporalmente, per la durata del trattamento.

In alcuni casi, particolarmente in quelli caratterizzati, in senso ampio, da disturbi della condotta e comprendenti diversi quadri psicopatologici in grado di determinare un grave malfunzionamento sia del soggetto che dell'ambiente in cui vive, si rende necessario l'inserimento in strutture residenziali e/o semiresidenziali. In questo caso, il Neuropsichiatra Infantile del servizio territoriale propone un inserimento in struttura sulla base di un PTI. L'utilizzo di sostanze da parte di un utente di minore età può determinare, anche nel caso di inserimento in percorso residenziale o semiresidenziale, l'eventuale collaborazione e prosieguo della presa in carico da parte del servizio per le Dipendenze (Accordo Conferenza Unificata, 2019).

4.7. I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi per le Dipendenze

I servizi ambulatoriali per le Dipendenze (Ser.T., NOA e Servizi Multidisciplinari Integrati -SMI-, questi ultimi servizi privati accreditati) perseguono la cura della dipendenza patologica promuovendo un miglioramento del funzionamento personale e sociale che tenga conto delle risorse individuali e sociali dell'individuo. L'estrema mutevolezza e dinamicità del fenomeno dei DUS rendono ragione della necessità di interventi che integrino le diverse professionalità. Anche per i percorsi diagnostico-terapeutici delle dipendenze patologiche è necessario integrare i servizi di cura con la rete di servizi presenti sul territorio, allo scopo di permettere un intervento coordinato e completo (DGR 8720/2008).

Secondo la DGR relativa alle determinazioni in merito alla riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le Dipendenze del 2008, il PTDA per le Dipendenze patologiche parte dalla fase di accesso al servizio finalizzata alla valutazione della pertinenza della domanda rispetto agli scopi e alle attività offerte dal servizio ambulatoriale. Questa fase può essere in:

- ammissione;
- uscita o eventuale invio ad altri servizi.

L'eventuale fase di ammissione è finalizzata ad acquisire informazioni più articolate sulla domanda portata dalla persona, a raccogliere i dati anagrafici e anamnestici utili alla compilazione della cartella clinica, a promuovere un orientamento alla partecipazione dell'utente alla successiva fase di valutazione multidisciplinare e ad illustrare le modalità di funzionamento e organizzazione del servizio (DGR 8720/2008).

Il processo di presa in carico consta di diverse fasi:

- valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente;
- definizione del progetto di cura;
- pianificazione degli interventi in base ad obiettivi prestabiliti;
- messa in atto, monitoraggio degli interventi stessi, verifica degli esiti raggiunti.

Il rispetto di ciascuna fase, garantisce l'appropriatezza dell'intervento stesso. Se la richiesta ha il carattere dell'urgenza sanitaria o sociale, alla fase di ammissione può seguire anche un immediato intervento terapeutico che si affiancherà alle diverse fasi della presa in carico (DGR 1765/2014).

L'estrema complessità del fenomeno dipendenza patologica, con i suoi risvolti sul piano biopsicosociale, rende ragione della necessità di un approccio al problema di tipo multidisciplinare, sia nelle fasi di valutazione, che in quelle di diagnosi e di trattamento. Per quanto riguarda l'assessment, la DGR 8720/2008 descrive la Valutazione Multidisciplinare Integrata (VaMI) come un approccio sia di tipo medico che di tipo psico-socioeducativo al problema della tossico-alcool-dipendenza.

La VaMI viene attuata per:

- impostare un programma terapeutico di nuovo utente, o di utente già precedentemente in carico al servizio poi dimesso.

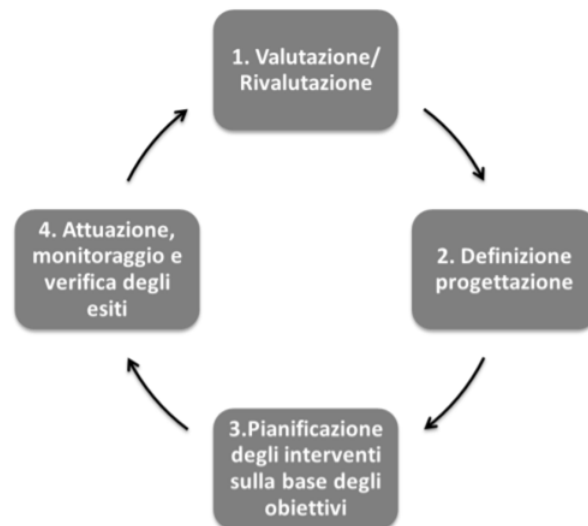
- Ridefinire il programma terapeutico di utente in carico, qualora si rilevino nuovi bisogni o domande.

La valutazione/rivalutazione dei bisogni dell'utente è un processo e, come tale, è in continuo cambiamento. Ha come obiettivo quello di fotografare lo stato di salute dell'utente nella sua totalità nonché operare una valutazione funzionale delle sue abilità. Questa fase consente di definire il progetto individuale e la pianificazione degli interventi (DGR 8720/2008).

La valutazione deve partire da una raccolta anamnestica accurata della storia del paziente, dallo stato clinico, dalle sue abilità, e dai bisogni che porta, necessitando di aggiornamento continuo e costante. La valutazione viene effettuata da professionisti diversi che compongono l'équipe multi professionale che prende in carico la cura e l'assistenza del paziente. La rivalutazione viene messa in atto secondo cadenze temporali definite, già all'atto della valutazione, o qualora sussista una modificazione delle condizioni della persona (DGR 1765/2014).

La figura 4.7.1 sintetizza quanto detto sopra.

Figura 4.7.1 - Il processo assistenziale e l'appropriatezza degli interventi nei servizi per le Dipendenze (modificato da DGR 1765/2014)



Il percorso necessita di continuo monitoraggio allo scopo di valutare l'aderenza tra obiettivi condivisi e risultati raggiunti (DGR 1765/2014).

Per quanto riguarda gli esiti del trattamento, sono indicatori utilizzati secondo la DGR 8720/2008:

- mortalità, riguardante sia pazienti deceduti in ragione dell'utilizzo di sostanze psicoattive (riferimento a casistiche del Registro Nominativo Cause Morte -ReNCaM-, Istituto nazionale di statistica -Istat-), che in corso di trattamento e per cause indipendenti (rilevazione effettuata tramite i flussi dei servizi ambulatoriali).
- Valutazione della ritenzione in trattamento per periodi di tempo predefiniti, in cui si prendono in considerazione la permanenza nel percorso dopo un dato periodo di tempo (curva di ritenzione o di sopravvivenza), e il tasso di ritenzione istantaneo, una fotografia immediata del turnover dell'utenza in un periodo definito.
- Valutazione relativa all'uso di sostanze, nell'ottica che l'obiettivo è determinato da una progressiva riduzione fino alla assenza di uso. I rilievi sono quelli di ricerca della sostanza in liquidi corporei o negli annessi cutanei, e i parametri valutati sono: i giorni decorsi dall'ultima positività, i giorni di astinenza, i rilievi negativi sulle campionature effettuate.
- Determinazione della gravità: valutata attraverso strumenti standardizzati (ASI, CBE) che consentono di evidenziare le variazioni temporali, e possono essere risomministrate nel tempo.
- Presenza eventuale di comorbidità psichiatrica, valutabile attraverso i sistemi nosografici di classificazione DSM e ICD.
- Monitoraggio di ulteriori patologie non psichiatriche;
- qualità di vita, valutabile attraverso strumenti standardizzati (SF-36, PGWBI), in grado di misurare il grado di benessere soggettivo percepito dal soggetto, la capacità di relazione interpersonale e la socialità, la vitalità.

4.8. Il Progetto Individuale e il Piano Assistenziale Individuale

Secondo la DGR 2569/2014, viene definito il PI sulla base degli elementi sopra descritti e raccolti dall'équipe curante. Il Progetto è redatto entro trenta giorni dal momento dell'accoglienza dell'utente e deriva dalla valutazione dei bisogni del paziente, identifica quali sono le aree su cui intervenire e, per ciascuna di esse, definisce quali sono gli obiettivi da raggiungere.

Il PI consta dei seguenti elementi:

- ❑ sintesi dei bisogni emersi nella valutazione/rivalutazione multidimensionale;
- ❑ individuazione di quali siano le aree di intervento;
- ❑ descrizione di quali siano gli obiettivi previsti dalla presente carico;

- ② individuazione degli indicatori da misurare in relazione agli obiettivi previsti;
- ② definizione di quali siano i tempi di verifica per i singoli obiettivi previsti.

Nel PI devono essere evidenziate le informazioni fornite all'utente, al familiare, o comunque al caregiver, e la condivisione del progetto con gli stessi. Nei servizi per le Dipendenze, la possibilità che la fase di valutazione si prolunghi oltre i 30 giorni previsti, impone la costituzione di un PI provvisorio, in cui si specificano anche i tempi del periodo valutativo messo in atto.

Sulla base del PI viene redatta la pianificazione degli interventi che assume la forma del Piano di Assistenza Individuale (PAI). La pianificazione degli interventi è fortemente condizionata dallo stato clinico del paziente, dalle sue capacità cognitive, dal suo funzionamento e dal contesto sociale relazionale in cui è inserito.

La pianificazione prevede:

- ② una descrizione degli obiettivi da raggiungere, per ciascuna area di intervento;
- la definizione del tipo di interventi previsti, della modalità con cui essi devono essere attuati;
- dall'intensità in cui devono essere proposti, dall'arco temporale in cui devono essere messi in atto;
- quali siano gli operatori che fanno parte dell'équipe, alla determinazione dell'attività di monitoraggio degli obiettivi, e dei tempi in cui questi devono essere attuati;
- l'evidenza della eventuale sospensione o interruzione degli interventi e le relative motivazioni;
- ② la verifica del raggiungimento degli obiettivi individuali formulati.

Anche in questo caso deve essere presente traccia delle informazioni fornite e condivise con l'utente,-il familiare, eventualmente il caregiver (DGR 2569/2014).

4.9. Il personale dei servizi di Salute Mentale e per le Dipendenze

Il PTI-T deve tenere necessariamente conto del personale presente nei servizi di Salute Mentale e Dipendenze, così come previsto dalla normativa vigente.

La DCR 1329/1995, tuttora attuale, stabilisce la seguente presenza di personale nelle UO di Psichiatria: medici psichiatri, infermieri professionali, operatori tecnici addetti all'assistenza (OTA), educatori professionali (di cui alla D.C.R. IV/1269) ovvero tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, assistenti sociali e assistenti amministrativi. In particolare per il CPS, i requisiti di accreditamento della DGR 38133/1998 prevedono la presenza di personale medico e infermieristico, di psicologi, educatori e assistenti sociali. Sempre la DGR 38133/1998 prescrive per i Poli Territoriali di NPIA la presenza di: medici, psicologici e personale della riabilitazione (logopedista, fisioterapista/terapista della riabilitazione, terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, psicomotricista), mentre per quanto riguarda gli ambulatori ospedalieri prevede assistenza medico-specialistica, infermieristica e psicologica.

Per quanto riguarda i Ser.T., la DGR 12621/2003, stabilisce che la dotazione organica deve comprendere le seguenti tipologie di personale: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, personale amministrativo e se nel caso, personale di supporto (Operatori Socio Sanitari -OSS-, Ausiliari Socio assistenziali -ASA- etc.). Ove ritenute necessarie per particolari attività specifiche, sulla base delle esigenze del territorio o dei piani regionali, possono essere aggiunte altre figure professionali., garantendo comunque sempre un corretto mix di figure medico-psico-sociali, tenuto conto in particolare di una documentata esperienza nel settore specifico e di particolari situazioni geomorfologiche e/o socioambientali rilevate e specificate dalla Regione.

4.10. Le prestazioni in Salute Mentale e nelle Dipendenze

Il PTI-T dovrà prevedere la possibilità di pianificare le prestazioni ritenute erogabili dai servizi di Salute Mentale e Dipendenze secondo la normativa vigente:

- per quanto riguarda gli ambulatori di Psichiatria si fa riferimento alla Circolare di Regione Lombardia n. 16 del 31/08/2016 in merito a "Sistema informativo della Psichiatria- Manuale di utilizzo della Piattaforma Informatica Psicheweb e alla DGR VIII/5743 del 31 ottobre 2007: Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008".
- Le prestazioni erogabili dalla UONPIA sono classificate e remunerate secondo l'allegato 1 della DGR 2800/2000 relative a "Integrazione del nomenclatore tariffario di

assistenza specialistica ambulatoriale con prestazioni erogabili dalle unità operative di neuropsichiatria infantile e definizione delle relative tariffe”.

- Le prestazioni erogabili nei Ser.T e NOA sono previste nella DGR VII/20586 dell’11/02/2005: “Definizione ed adozione in via provvisoria del tariffario delle prestazioni erogate dai servizi territoriali Dipendenze/servizi multidisciplinari integrati e contestuale avvio in forma sperimentale del sistema di classificazione “a pacchetti di prestazione”.

5. Descrizione del progetto, implementazione del processo, fasi e tempistiche

5.1. Caratteristiche del PTI-T

Il Piano di Trattamento Individuale Trasversale (PTI-T), come gli strumenti da cui deriva, rappresenta la sottoscrizione di un accordo/impegno di cura tra i servizi di area Salute Mentale dell'ASST e l'utente, con l'auspicabile partecipazione delle famiglie (in caso di minore la sottoscrizione avviene con la famiglia, con la partecipazione del minore quando possibile) ed il coinvolgimento della rete sociale.

Di seguito si illustrano le caratteristiche del PTI-T per assolvere agli obiettivi illustrati nel capitolo dedicato.

La scheda di Piano deve:

- consentire l'elaborazione di un progetto integrato da parte di professionisti provenienti da équipe diverse, la pianificazione e il coordinamento dell'erogazione di prestazioni (evitando la frammentazione dell'assistenza o le superflue ripetizioni degli interventi), il controllo dell'andamento del progetto terapeutico-assistenziale e la valutazione degli esiti per programmare le fasi successive di cura.
- Assolvere alle esigenze di appropriatezza ed accreditamento previste dalla normativa vigente specifica per le diverse aree.

Per tale ragione il PTI-T sviluppato non può che configurarsi come un'integrazione dei piani e progetti terapeutici assistenziali così come attualmente previsti per le tre tipologie di servizi implicati (Psichiatria, NPIA, Dipendenze).

Da un punto di vista del percorso clinico, sarà necessario formulare un PTI-T quando un paziente soddisfi entrambe le seguenti condizioni:

- presenti un disturbo psichico in comorbilità con DUS;
- sia contemporaneamente in carico a due o più servizi di area Salute Mentale e Dipendenze della stessa ASST.

L'attuale organizzazione dei servizi prevede che il paziente sopra descritto sia seguito da professionisti e da équipe appartenenti a unità d'offerta differenti, esse stesse per lo più appartenenti ad unità operative complesse differenti, ma talvolta afferenti anche a dipartimenti

gestionali diversi: ad esempio la UONPIA può essere collocata sia nei DSMD che nei dipartimenti materno-infantile (Dip. MI) a seconda dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici, come previsto dalla legge regionale 15/2016.

In particolare, l'utente con DD può trovarsi nelle condizioni di presa in carico di seguito riportate:

- solo servizio di Salute Mentale (CPS o Polo territoriale di NPIA): situazione non appropriata.
- Solo servizio per le Dipendenze (Ser.T. o NOA): situazione non appropriata.
- CPS + Ser.T.;
- CPS + NOA (per quelle organizzazioni che prevedono PDTA differenti per dipendenza da alcool rispetto alla dipendenza da sostanze psicoattive).
- CPS + Ser.T. + NOA (nel caso il DUS riguardi sia sostanze psicoattive che alcool, per quelle organizzazioni che prevedono una separazione di PDTA per le due forme di dipendenza patologica).
- UONPIA + Ser.T./ NOA (in caso di utente minorenni).
- UONPIA + CPS + Ser.T./NOA (in caso di utente minorenni, ma per il quale sia stato attivato il protocollo per la transizione all'età adulta che solitamente prevede un periodo di co-presa in carico UONPIA – CPS nell'ultimo anno della minore età).

Tabella 5.1.1 - Situazioni di presa in carico per fascia d'età e per patologia all'interno dell'area Salute Mentale e Dipendenze

Età utente	Patologia	Titolare della presa in carico	Dipartimento
> 18 anni	Disturbo Psicico	- CPS - Ambulatorio di II livello	DSMD
> 18 anni	DUS illecite	Ser.T.	DSMD
> 18 anni	DU di alcool	Ser.T.	DSMD
> 18 anni	DU di alcool	NOA*	DSMD
Transizione età adulta	Disturbo Psicico	- CPS - Polo territoriale - Ambulatorio di II livello	
< 18 anni	Disturbo Psicico	- Polo territoriale - Ambulatorio di II livello	DSMD Dip. MI
< 18 anni	DUS illecite	- Ser.T. - Ambulatorio di II livello	DSMD
< 18 anni	DU di alcool	- Ser.T. - Ambulatorio di II livello	DSMD
< 18 anni	DU di alcool	- NOA* - Ambulatorio di II livello	DSMD

* per quelle organizzazioni che prevedono PDTA differenti per dipendenza da alcool rispetto ad altre sostanze psicoattive.

L'attuale frammentarietà dell'offerta genera una serie di rischi, tra cui: valutazioni parziali ed incomplete, problemi di accessibilità e di continuità assistenziale, inappropriata degli interventi, sovraccarico di prestazioni sull'utente con ripetizione di interventi simili.

Nella presente organizzazione dei servizi, l'attuazione di progetti di cura che rispettino i principi di efficienza, efficacia, appropriatezza, qualità ed economicità, sarà certamente facilitata dalla possibilità di costituire un'équipe multi professionale trasversale a più unità operative, per il cui coordinamento sarà necessario progettare uno strumento specifico: il PTI-T.

Si formula un PTI-T per un utente che ha già effettuato una valutazione completa di settore presso le UdO di presa in carico per silos patologico, come esito del PDTA previsto secondo la normativa vigente e l'organizzazione del servizio erogatore e come riassunto nella tabella 5.1.1. Sovente la presa in carico condivisa è attivata da una UdO che ha già in cura il paziente e che richiede una valutazione ad altro servizio dell'area Salute Mentale e Dipendenze per bisogni di non sua competenza. Più raramente il paziente può essere inviato da un soggetto terzo (es. Medico di Medicina Generale, servizi sociali, Autorità Giudiziaria) contemporaneamente a due o più UdO dell'area.

In tutti i casi, il PTI-T dovrà essere formulato entro un mese dall'inizio dell'ultima valutazione settoriale e nel frattempo ogni servizio proseguirà in autonomia con le cure del caso.

In accordo con l'attuale normativa in materia di piani terapeutici assistenziali in Salute Mentale e Dipendenze, il PTI-T prevederà una sezione per ognuna delle seguenti fasi:

- motivazione della presa in carico (trasversale a più servizi);
- progettazione, in cui, sulla base della valutazione dei bisogni emersi, si definiscono le aree di intervento e si esplicitano, per ogni area individuata, gli obiettivi perseguibili e gli indicatori quantitativi utili al monitoraggio.
- Pianificazione degli interventi e verifica del raggiungimento degli obiettivi individuali;
- individuazione dei professionisti coinvolti nell'équipe multiprofessionale, dei servizi di provenienza e definizione dei ruoli di case manager e di *clinical manager*.

Il PTI-T dovrà essere firmato da tutti gli operatori coinvolti. Inoltre:

- in caso di maggiorenne: sarà preferibile che il PTI-T sia firmato dall'utente, in coerenza con il grado di consapevolezza di malattia, e dai legali tutori, se non sussiste la capacità di esprimere un pieno consenso.
- In caso di minorenne: il PTI-T dovrà essere firmato dagli esercenti la potestà genitoriale, e dal minore stesso, se ne sussistono le condizioni.

Del coinvolgimento nel progetto terapeutico-assistenziale dell'utente, legale tutore o esercente la potestà genitoriale dovrà essere comunque data evidenza in cartella clinica.

Il PTI-T dovrà essere costantemente monitorato e rivalutato ogni qualvolta ce ne sia necessità clinica, con una periodicità non superiore ai 6 mesi, dandone evidenza nell'apposito modulo.

5.2. Contenuti del PTI-T.

Di seguito si dettaglia un set minimo di informazioni che dovranno far parte del PTI-T, declinate secondo le sezioni sopra elencate. Ogni dipartimento potrà aggiungere ulteriori contenuti che riterrà utili alla progettazione trasversale del programma terapeutico-assistenziale, ma non scorporare parti o alternare l'assetto del modulo così come qui presentato.

5.2.1. Sezione 1. Motivazione della presa in carico trasversale.

La fase di valutazione multi professionale, propedeutica all'avvio di un programma di cure, si è svolta e si è conclusa separatamente in ciascuno dei servizi di presa in carico dell'utente con DD, secondo i PDTA previsti dalla normativa vigente ed organizzati dalle diverse unità operative. Le diverse valutazioni di settore dovranno ora integrarsi per consentire l'emergere di un'immagine globale dell'utente. Per tale ragione la sezione 1 del PTI-T dovrà contenere una sintesi delle valutazioni settoriali, insieme a tutte quelle informazioni (anagrafiche, sociali, sanitarie, psicologiche, giudiziarie, etc.) utili a far emergere un quadro il più possibile completo e coerente dell'utente e che devono essere condivise da tutti i membri dell'équipe trasversale al fine di ottimizzarne il lavoro.

Tabella 5.2.1.1 - Motivazioni della presa in carico: sintesi delle diverse valutazioni multi professionali e set minimo di informazioni sull'utente

<i>Cognome e Nome</i>	
<i>E-mail</i>	
<i>Recapito telefonico</i>	
<i>Struttura o professionista inviante</i>	
<i>Situazione abitativa (dove)</i>	
<i>Situazione abitativa (con chi)</i>	
<i>Presenza di figli minorenni</i>	
<i>Dati Anagrafici:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Sesso - Nato/a - Residenza - Domicilio - Titolo di studio - Stato civile 	<ul style="list-style-type: none"> - C.F./STP - Tessera sanitaria - Esenzione ticket - Indennità di frequenza - Indennità di accompagnamento - Altro
<i>Situazione Giuridica:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Riferimenti Decreto Tribunale Ordinario - Riferimenti Decreto Tribunale per i Minorenni - Riferimenti Proseguo amministrativo - Limitazione responsabilità genitoriale - Ente Affidatario 	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamentazione dei contatti tra genitori e minore - Prescrizioni contenute nel Decreto dell'A.G. - Riferimenti servizio Tutela Minori - Altro
<i>Situazione scolastica:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Scuola frequentata - Referente - Frequenza - Bocciature 	<ul style="list-style-type: none"> - Riferimenti Ente scolastico - Educatore personalizzato - Altro
<i>Situazione lavorativa:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Attuale 	<ul style="list-style-type: none"> - Pregressa
<i>Altri Enti coinvolti nel progetto:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Riferimenti Ente 	
<i>Informazioni Sanitarie:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - MMG/PLS - Invalidità - Diagnosi ICD 10 - Condizioni mediche generali - Terapia farmacologica presente - Terapie farmacologiche pregresse - Intolleranze/allergie - Precedenti ricoveri ospedalieri - Precedenti inserimenti in strutture residenziali/semiresidenziali 	<ul style="list-style-type: none"> - Precedenti TSO - Autolesività - Eteroaggressività - Sostanza primaria abusata - Sostanza secondaria abusata - Altre sostanze - Altro
<i>Sintesi delle aree di funzionamento:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Aree disfunzionali individuali e dei contesti di vita 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione globale del funzionamento secondo scala VGF

- Risorse/potenzialità individuali e dei contesti di vita	- Altro
---	---------

Le fasi seguenti, quella del Progetto e del Piano individuale, sono separate in quanto corrispondono operativamente a momenti diversi, ma sono strettamente correlate in una logica Plan–Do–Check–Act (ciclo PDCA o di Deming) (ISO 9001/2015).

5.2.2. Sezione 2: Progettazione

La fase di progettazione implica l'utilizzo dell'immagine globale del paziente, così come emersa dalla sintesi effettuata dall'équipe trasversale, per la predisposizione di un progetto individualizzato trasversale.

Tale progetto deve esplicitare i bisogni dell'utente, l'area di intervento e gli obiettivi terapeutico-assistenziali perseguibili. Poiché sulla base del progetto individuale dovranno essere successivamente pianificati gli interventi dei diversi operatori, diventa decisivo, per ogni obiettivo individuato, definirne gli indicatori numerici per la valutazione d'esito nonché i tempi di verifica del grado di raggiungimento.

Sarà inoltre importante valutare il grado aderenza del paziente al programma.

Il progetto deve essere formulato da ogni singolo operatore per la parte che gli compete, ma in maniera integrata con gli altri membri dell'équipe. Una volta definiti, e prima di condividere il progetto con l'utente e/o con gli esercenti la patria potestà, *case* e *clinical manager* individuati (si veda a tal proposito la sezione n. 4) avranno il compito di verificare che dal contributo di ciascun professionista emerga un progetto armonico e coerente con le motivazioni della presa in carico.

La fase successiva a quella di progettazione, la pianificazione, consentirà di valutare la validità del progetto nella sua complessità: esso potrà essere modificato ogni qualvolta le esigenze cliniche lo imporranno.

Tabella 5.2.2.1 - Sintesi degli elementi del progetto individuale

Elemento del PTI-T	Declinazione
<i>Data di inizio del progetto individuale</i>	Coincide con la data dell'avvenuto coinvolgimento dell'utente o dagli esercenti la potestà genitoriale come evidenziato dalle firme sul documento o comunque dall'evidenza riportata in cartella clinica. Il coinvolgimento deve essere successivo al completamento del PTI-T in tutte le sue parti e all'individuazione di <i>case</i> e <i>clinical manager</i> .

<i>Tipologia di programma</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento ambulatoriale - Trattamento semiresidenziale - Trattamento residenziale - Altro 				
<i>Sintesi dei bisogni</i>	<p>Riportare i bisogni del paziente evidenziati dalle diverse figure professionali coinvolte così come espressi dall'utente e/o rilevati dall'équipe e relative alle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - area psicopatologica - area della cura di sé / ambiente: - area della competenza relazionale - area della gestione economica - area delle abilità sociali - altro 				
<i>Obiettivi del progetto a breve, medio, lungo termine</i>	<ul style="list-style-type: none"> - stabilizzazione del quadro psicopatologico - miglioramento delle abilità della vita quotidiana - miglioramento delle abilità sociali - miglioramento del funzionamento familiare - miglioramento dell'area scolastica/lavorativa - miglioramento della compliance farmacologica - miglioramento dell'alleanza terapeutica - gestione del distacco da sostanza e comportamenti di dipendenza - recupero della cura di sé e del proprio ambiente - recupero delle capacità di gestione economica - maggiore consapevolezza della criticità del paziente - altro 				
<i>Indicatori misurabili</i>	Per ogni obiettivo individuare un indicatore misurabile da utilizzare per le verifiche dell'andamento del progetto.				
<i>Definizione dei tempi di verifica</i>	Per ogni obiettivo individuare i tempi di verifica dell'indicatore.				
<i>Fase del percorso</i>	<p>Indicare la fase del percorso in relazione alla fase di malattia.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Fase del percorso</th> <th style="width: 50%;">Fase di malattia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - trattamento episodio - trattamento sintomatologia residua - mantenimento - monitoraggio - prevenzione secondaria - prevenzione terziaria - trattamento riabilitativo - altro </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - episodio acuto - episodio sub auto - presenza di sintomatologia residua - remissione breve - remissione protratta - primo episodio - ricorrenza - ricaduta - cronicità - altro </td> </tr> </tbody> </table>	Fase del percorso	Fase di malattia	<ul style="list-style-type: none"> - trattamento episodio - trattamento sintomatologia residua - mantenimento - monitoraggio - prevenzione secondaria - prevenzione terziaria - trattamento riabilitativo - altro 	<ul style="list-style-type: none"> - episodio acuto - episodio sub auto - presenza di sintomatologia residua - remissione breve - remissione protratta - primo episodio - ricorrenza - ricaduta - cronicità - altro
Fase del percorso	Fase di malattia				
<ul style="list-style-type: none"> - trattamento episodio - trattamento sintomatologia residua - mantenimento - monitoraggio - prevenzione secondaria - prevenzione terziaria - trattamento riabilitativo - altro 	<ul style="list-style-type: none"> - episodio acuto - episodio sub auto - presenza di sintomatologia residua - remissione breve - remissione protratta - primo episodio - ricorrenza - ricaduta - cronicità - altro 				
<i>Livello di aderenza al progetto</i>	Indicare il livello di motivazione del paziente e il grado del suo coinvolgimento nel progetto.				
<i>Rapporto con enti esterni</i>	Se il progetto prevede relazioni con interlocutori esterni ai servizi di Salute Mentale e Dipendenze indicarli esplicitando ruoli e grado di coinvolgimento.				

5.2.3. Sezione 3: pianificazione degli interventi

Sulla base del progetto individuale sarà necessario declinare in maniera dettagliata gli interventi terapeutici-assistenziali che si intendono erogare per raggiungere gli obiettivi definiti nel progetto individuale.

La possibilità di esprimere compiutamente i contenuti richiesti in questa fase è un indice dell'accuratezza con cui l'équipe multiprofessionale ha sviluppato le sezioni precedenti del PTI-T, particolarmente quella di progettazione. Sulla base dell'immagine emergente del paziente, con i bisogni rilevati e obiettivi da conseguire, sarà possibile stimare tipologia e quantità di interventi da effettuare per il periodo pianificato (massimo sei mesi). Le prestazioni da predisporre dovranno essere quelle previste dalla normativa vigente per ciascuna delle aree implicate: Psichiatria (Circolare di Regione Lombardia 16/2016; DGR 5743/2007), NPIA (DGR 2800/2000), Dipendenze (DGR 20586/2005).

Una corretta elaborazione del progetto individuale permette di stabilire, per ciascun professionista, le prestazioni utili per il conseguimento degli obiettivi evitando sovrapposizioni, ripetizioni o, al contrario, discontinuità assistenziale. La precedente individuazione di indicatori e tempi di monitoraggio degli stessi correlati agli obiettivi, consentirà ora di pianificarne coerentemente le azioni per attuare il progetto.

Un momento sostanziale del percorso di cura è la riunione periodica dell'équipe, che permette di ricalibrare gli interventi, anche sulla base del monitoraggio degli indicatori. La periodica riunione del gruppo curante è il perno su cui poggia il progetto terapeutico del singolo. L'incontro produce ragionamenti condivisi dialetticamente, e indicazioni e restituzioni per i pazienti, i quali ricevono un'unica voce di risposta alle molteplici domande formulate. I pazienti sperimentano così l'esperienza della reintegrazione delle parti di sé, della possibilità di dialogo e del fallimento delle manovre manipolatorie e scissorie che sovente contraddistinguono i loro agiti. La presenza di tutti i membri dell'équipe è un elemento fondante in un'ottica di team building perché dissipa i non detti che caratterizzano inevitabilmente il lavoro di gruppo.

Al termine del periodo programmato per l'attuazione del progetto individuale, sarà necessario dare evidenza della eventuale sospensione o interruzione degli interventi e le relative motivazioni oltre alla verifica del raggiungimento degli obiettivi individuali. Queste azioni sono fondamentali per progettare il futuro programma terapeutico-assistenziale del paziente in una logica *Plan-Do-Check-Act*.

Tabella 5.2.3.1 - Sintesi degli elementi del piano individuale

Elemento del PTI-T	Declinazione
<i>Definizione degli interventi e delle modalità di attuazione</i>	Per ogni professionista coinvolto nel progetto indicare tipologia di prestazioni previste per un dato periodo, stimandone la frequenza di erogazione, in coerenza con gli obiettivi del progetto. Il piano prevede in ogni momento la possibilità di variazioni qualitative e quantitative degli interventi messi in atto, in coerenza con il progetto nella sua globalità.
<i>Declinazione delle attività di monitoraggio degli obiettivi e dei tempi previsti</i>	Esplicitare la logica alla base delle attività scelte descrivendo le attività previste da ogni professionista per monitorare gli indicatori individuati e i tempi previsti per il monitoraggio. E' necessario stabilire anche delle date indicative nel quale il caso sarà rivalutato o dall'equipe nel suo complesso o dai case e clinical manager, tenendo comunque presente che al massimo dopo sei mesi dalla data di inizio del progetto l'equipe dovrà comunque ritrovarsi per rivalutare il programma nella sua complessità sulla base degli esiti.
<i>Sospensione o interruzione degli interventi</i>	Dare evidenza della eventuale sospensione o interruzione degli interventi e le relative motivazioni.
<i>Verifica del raggiungimento degli obiettivi individuali</i>	A conclusione della pianificazione degli interventi, al massimo dopo sei mesi dall'inizio del progetto, ogni professionista deve verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali per programmare il futuro programma terapeutico-assistenziale del paziente. Particolare importanza dovrà assumere la ricerca ed il recupero del rapporto con gli utenti persi di vista. Il risultato della rivalutazione dovrà, oltre che nel diario del paziente, essere registrato nel PTI- T, con la data della rivalutazione e gli esiti ottenuti.

5.2.4. Sezione 4: individuazione dei professionisti coinvolti nell'équipe multi professionale e definizione dei ruoli.

In questa sezione dovranno essere indicati i diversi professionisti coinvolti, i rispettivi servizi di competenza e dovranno essere identificati i seguenti ruoli, indispensabili per un buon coordinamento multi professionale:

- patient experience manager (PEM) o case manager: professionista che svolge il ruolo di responsabile del case-management del paziente ricomponendo tutti i processi frammentati di fruizione (garantendo la completezza delle prestazioni e la semplificazione dell'accesso). Per gli stadi di patologia a bassa intensità e per le fasi del processo assistenziali stabilizzate e routinarie, il PEM può appartenere alle professioni sanitarie, mentre può essere un medico per gli stadi ad alta intensità di patologia o per

fasi del processo assistenziale particolarmente critiche e instabili (Longo F., 2020; PRSM 2004).

- Il responsabile clinico (clinical manager), ovvero il medico che svolge la sintesi clinica soprattutto di fronte a pazienti multi-morbidi e complessi. È un professionista che ricomponi i frammentati silos tecnico-specialistici a cui si è sopra accennato, facendosi garante dell'integrazione professionale, ed evitando così che sia il paziente a fungere da attore di ricomposizione informativa tra i diversi clinici (Longo F., 2020).

L'identificazione di queste due figure dovrà essere successiva alle valutazioni espresse nel Piano e congrua con i suoi obiettivi. I professionisti indicati potranno cambiare in ogni momento a seconda del mutare delle esigenze terapeutiche e assistenziali dell'utente e recepite dal progetto individuale.

Tabella 5.2.4.1 - Individuazione dei professionisti coinvolti nell'équipe multi professionale, dei servizi di provenienza e definizione dei ruoli

Elemento del PTI-T	Declinazione
<i>Professionista coinvolto</i>	Per ogni professionista indicare cognome, nome, tipologia di professione, UO di appartenenza
<i>Case manager</i>	Indicare cognome, nome, tipologia di professione, UO di appartenenza del professionista individuato per il ruolo
<i>Clinical manager</i>	Indicare cognome, nome, tipologia di professione, UO di appartenenza del professionista individuato per il ruolo

6. Analisi dei costi di implementazione o realizzazione.

Essendo il PTI-T la sintesi di strumenti di programmazione già esistenti nei diversi servizi di area salute mentale e dipendenze, e collocandosi in un punto già previsto dagli attuali PDTA, il suo utilizzo non comporta oneri di spesa per i DSMD.

L'utilizzo del PTI-T potrebbe invece aumentare l'efficienza, l'appropriatezza e l'economicità della presa in carico attraverso la razionalizzazione delle prestazioni erogate. Infatti, la costituzione di équipe trasversali ai diversi servizi del DSMD, che l'utilizzo del PTI-T presuppone, seleziona sia il professionista ingaggiato nel percorso di cura, sia le prestazioni utili al paziente, evitando duplicazioni inutili sia di professionisti che di prestazioni, con un risparmio di risorse reinvestibili su altri utenti e con la possibilità di ridurre le liste d'attesa.

Come noto, l'équipe trasversale che si costituisce per l'utilizzo del PTI-T deriva da équipe multi professionali provenienti dai diversi servizi di presa in carico, così come sintetizzato nella seguente tabella.

Tabella 6.1. - Équipe trasversale e sotto-équipe di provenienza

Équipe trasversale	
Équipe multi professionale 1 CPS/Polo territoriale	Équipe multi professionale 2 Ser.T/NOA
Medico psichiatra/NPI	Medico specialista
Psicologo	Psicologo
Infermiere	Infermiere
Assistente sociale	Assistente sociale
Educatore Professionale/Tecnico della riabilitazione	Educatore Professionale/Tecnico della riabilitazione
Altro professionista	Altro professionista

La fase di progettazione, così come prevista dal PTI-T, attraverso la declinazione delle sue diverse parti (tipologia di programma; sintesi dei bisogni; obiettivi del progetto; indicatori misurabili; definizione dei tempi di verifica; fase del percorso; livello di aderenza al progetto; rapporto con enti esterni) permette di calibrare e modulare il coinvolgimento dei diversi operatori e di pianificarne in maniera condivisa la partecipazione al programma terapeutico-assistenziale.

A seconda della valutazione emersa dal progetto individuale, in relazione alla tipologia di programma ed alla fase di percorso, grazie al coinvolgimento degli operatori provenienti da équipe diverse, potrebbero non essere sempre utili in tutte le fasi del percorso del paziente tutti

gli interventi propri dei diversi professionisti coinvolti nell'équipe trasversale, sulla base della loro partecipazione alla presa in carico settoriale, così come prevista dagli specifici PDTA. In riferimento alla tabella 6.1., è difficilmente ipotizzabile il coinvolgimento, in tutte le fasi di malattia di un paziente, contemporaneamente di due assistenti sociali, due infermieri, due educatori, ecc. a meno della necessità di particolari e specifiche competenze super specialistiche. Gli operatori con compiti sovrapponibili potrebbero rimanere coinvolti nel progetto terapeutico-assistenziale, ma, per un certo periodo, o in certe fasi della malattia, potrebbero restare *in stand-by*, grazie proprio al coinvolgimento di operatori provenienti dagli altri servizi con funzioni sussidiarie. Queste fasi del progetto consentirebbero così a tali operatori di dedicare più tempo ad altri utenti (utenti già seguiti nei servizi di provenienza, oppure nuovi, con riduzione delle liste d'attesa), tempo sottratto a sovrapposizioni inutili di interventi sull'utente in presa in carico trasversale senza PTI-T.

Questi tipi di sovrapposizioni risultano spesso inevitabili in organizzazioni a silos dove le équipe si sommano, ma non si integrano, anche in quanto sprovviste di uno strumento di coordinamento del lavoro, rimanendo ogni professionista nella logica operativa propria del servizio di provenienza.

L'utilizzo del PTI-T nei DSMD delle ASST, o comunque nei servizi di area Salute Mentale e Dipendenze che afferiscono a tali aziende, indipendentemente dall'organizzazione che in esse hanno ricevuto, potrebbe essere alla base di un flusso informativo sugli utenti in carico ai servizi con diagnosi di disturbo psichico in comorbilità con DUS, valido sia per minorenni che per maggiorenni, univoco, integrato rispetto agli ambiti sanitario e sociosanitario, e più completo di informazioni rispetto agli attuali flussisettoriali.

Tale nuovo flusso informativo, qui denominato per chiarezza espositiva "Presa in carico trasversale per DD", permetterebbe:

- ② di esprimere il costo globale delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate per gli utenti affetti da DD, oggi difficilmente valutabile in quanto gli interventi effettuati risultano dispersi su flussi informativi diversi.
- ② di scorporare le spese improprie attualmente derivate dalla sovrapposizione di prestazioni conseguenti proprio alla mancanza di quel coordinamento multi professionale che il PTI-T intende favorire.

Nell'attualità non è possibile valutare la spesa complessiva per gli utenti affetti da DD nei DSMD e di conseguenza stimare il risparmio che sarebbe generato dall'utilizzo del PTI-T. Tale impossibilità dipende dallo scarso valore informativo dei flussi, mancando sia per quanto riguarda la 28 san NPI che per la 46 san l'informazione circa la diagnosi secondaria, informazione indispensabile per individuare gli utenti con doppia diagnosi.

7. Risultati attesi

7.1. Indicatori di processo, di outcome e di output

Nella tabella seguente vengono proposti indicatori di processo, di outcome e di output.

Tabella 7.1.1 - Indicatori di processo, di outcome e di output

Tipologia di indicatore	Indicatore	Valore soglia
Di processo	N. di PTI-T attivati/N. di utenti con DD afferenti ad UdO di area Salute Mentale e Dipendenze	≥ 90%
Di outcome	N. di utenti che mantengono la presa in carico trasversale per un anno/N. di PTI attivati	≥ 70%
Di output	Per ogni utente con PTI-T, dopo 1 anno di presa in carico trasversale: <ul style="list-style-type: none">– N. di ricoveri in SPDC o reparto di pediatria ≤ anno precedente senza PTI-T– N. giornate di ricovero in SPDC o reparto di pediatria ≤ anno precedente senza PTI-T– N. di accessi in PS ≤ anno precedente senza PTI-T– N. di appuntamenti disattesi ≤ anno precedente senza PTI-T– Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) ≥ anno precedente senza PTI-T– Children's Global Assessment Scale (C-GAS) ≥ anno precedente senza PTI-T	

7.2. Punti di forza e punti di debolezza

Non costituendo un aggravio burocratico per gli operatori dei servizi che lo devono stilare, in quanto sostituirebbe gli strumenti di pianificazione già previsti dagli attuali PDTA, rispettando l'attuale normativa in tema di accreditamento ed appropriatezza, il punto di forza del PTI-T è quello di risultare un mezzo relativamente semplice per promuovere una maggior integrazione all'interno dei DSMD, o nelle ASST, allorquando i servizi di area Salute Mentale e Dipendenze non siano collocati in un unico dipartimento. La sua applicazione consentirebbe infatti la formazione di équipes trasversali, l'individuazione di figure di coordinamento, ed un utilizzo razionale delle risorse. Inoltre permetterebbe di acquisire informazioni su una popolazione di utenti numericamente importante, ma ancora misconosciuta.

Il punto di maggior debolezza è la fase di pianificazione che prevede di declinare in maniera dettagliata gli interventi terapeutici-assistenziali che si intendono erogare per raggiungere gli obiettivi definiti nel progetto individuale. Il PTI-T recepisce questa sessione invariata dal PAI, strumento attualmente previsto per i servizi delle Dipendenze, assolvendo in questo modo agli obblighi derivati dalla normativa in tema di appropriatezza ed accreditamento, e non costringendo gli operatori a duplicare gli strumenti evitando aggravii burocratici. Tuttavia, siccome la fase di pianificazione così definita è stata prevista dal legislatore comune a tutti i servizi sociosanitari, essa risulta aspecifica. Inoltre è certamente più semplice e probabilmente anche più appropriato applicare questo tipo di pianificazione in servizi come quelli riabilitativi, che già prevedono l'effettuazione di pacchetti di prestazioni con durate prestabilite, mentre invece stimare il numero e la tipologia di interventi in campo Salute Mentale e Dipendenze (visite colloquio, psicoterapia, colloqui con assistenti sociali, interventi sulle abilità di base, ecc.) risulta certamente più complesso e non sempre possibile.

8. Conclusioni

8.1. Discussione

Il PTI-T, formulato sulla base di quanto esplicitato nel capitolo “Risultati”, potrebbe facilmente essere utilizzato nei servizi di Salute Mentale e Dipendenze delle ASST lombarde in quanto:

1. assolve ai requisiti previsti dall’attuale normativa regionale per i diversi strumenti di programmazione e pianificazione di area Salute Mentale e Dipendenze (PTI, PI, PAI) (Accordo Conferenza Unificata, 2014; DGR 2569/2014; DGR 1765/2014; PRSM, 2004) consentendo di:
 - sostituire nella cartella clinica i diversi documenti settoriali previsti per le diverse unità operative evitando ulteriori aggravii burocratici.
 - Collocarsi operativamente in un preciso momento di convergenza tra i diversi PDTA previsti promuovendo la continuità terapeutica.
2. Non costituisce una mera duplicazione degli strumenti già in uso nelle diverse UdO, ma ne integra gli aspetti specifici consentendo la ricomposizione dei bisogni complessi e trasversali propri degli utenti per cui è stato progettato, favorendo l’emersione di un’immagine più completa dell’individuo.
3. Facilita l’integrazione ed il lavoro di un’unica équipe curante grazie alla condivisione di conoscenze e competenze, alla definizione di ruoli, obiettivi, azioni, alla corresponsabilizzazione sul progetto, permettendo una visione del lavoro in cui l’utente non è all’altro capo di un rapporto duale, bensì al centro di una rete di relazioni.
4. Agevola il superamento di una gestione a silos dei pazienti con DD, permettendo di far convergere su un unico individuo interventi coordinati di professionisti provenienti da servizi differenti in una logica di processo che pone l’accento sull’esito e non sull’erogazione parcellizzata di prestazioni singole ed evitando fenomeni di rimbalzo secondo una logica espulsiva.
5. Permette di definire bisogni e di standardizzare interventi sulla base degli esiti di una popolazione di utenti ancora poco definita anche a causa della frammentarietà degli attuali percorsi di cura.

In estrema sintesi, il PTI-T favorisce le ASST nel conseguire l’obiettivo indicato dalle “Regole di Sistema 2020” (DGR 2672/2019) e declinato nel capitolo “Promozione di processi di

collaborazione e integrazione tra i diversi ambiti afferenti al DSMD” dove si auspica che, « [...] nella piena attuazione di quanto previsto dalla L.R. n. 15/2016 , dalla L.R. 23/15 e in continuità con la DGR n. XI/1046/2018, le ASST devono promuovere lo sviluppo di processi di collaborazione e integrazione tra i diversi ambiti afferenti al DSMD (NPIA, Psichiatria, Dipendenze, Psicologia), anche attraverso la costituzione di équipe formate da operatori provenienti da aree diverse, in modo da fornire risposte coordinate a problematiche che nella pratica clinica appaiono sempre più frequentemente interconnesse» (si veda il capitolo 2 “Obiettivi del Project Work”).

Per assolvere alle funzioni sopra elencate, il modello di PTI-T progettato prevede un minimo set di items comune ai diversi PTI/PI/PAI. Per tale ragione, il PTI-T proposto non può essere considerato comprensivo di tutti gli elementi informativi e programmatori che potrebbero rendersi necessari per tutti gli utenti nei diversi contesti. Il Piano Trasversale prospettato si pone invece come uno strumento dinamico e flessibile che permette ulteriori specializzazioni variando il modulo base presentato. Perciò, non sarà solo nelle possibilità, ma anche nei compiti degli erogatori e/o delle équipe multi professionali, che intenderanno avvalersi di questo strumento trasversale, aggiungere ulteriori parametri giudicati utili per la cura di pazienti con DD, senza sottrarre gli item qui identificati come essenziali né alterarne la struttura prevista.

Per quanto attiene al coordinamento multi professionale, il PTI-T può svolgere un importante ruolo di supporto in una fase cruciale del lavoro dell'équipe trasversale, quella della pianificazione delle prestazioni. Come detto, questa fase ha tra i suoi obiettivi quello di evitare la frammentarietà degli interventi, garantendo la continuità della presa in carico senza duplicare inutilmente le prestazioni nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità ed economicità come già discusso nel capitolo 6 e riportato nella tabella 6.1.

Seguendo la medesima direzione di evitare inutili sovrapposizioni, per quanto riguarda gli operatori pienamente coinvolti nella fase del progetto individuale, conoscendo ognuno la propria ed altrui “parte in commedia”, ogni professionista potrà concentrarsi sull'intervento che gli è proprio, mantenendo contezza del progetto nella sua interezza, mentre il monitoraggio degli indicatori consentirà di ricalibrare gli interventi.

Per quanto riguarda invece la continuità della presa in carico, una pianificazione di interventi mossa da un progetto individuale complessivo avrà la possibilità di coprire bisogni solitamente non corrisposti. Si intendono qui quei bisogni che un'organizzazione a silos non permette di

prendere compiutamente in carico poiché non percepiti come di competenza della propria UdO. Sono quei bisogni che definiscono l'area grigia dell'espulsività dell'utente.

A differenza di quanto può accadere in una presa in carico comune da parte di équipe diverse, grazie ai periodici incontri previsti nel PTI-T, l'équipe trasversale produce indicazioni e restituzioni per i pazienti frutto di ragionamenti condivisi. In quest'ottica gli utenti seguiti da un'équipe trasversale ricevono un'unica voce di risposta alle molteplici domande formulate. Essi sperimentano così l'esperienza della reintegrazione delle parti di sé, della possibilità di dialogo e del fallimento delle manovre manipolatorie e scissorie che sovente contraddistinguono i loro agiti.

Il PTI-T, come del resto il PTI, il PI, il PAI, è solo uno strumento e la sua utilità dipende da come lo si utilizza. Essendo formata da più operatori, e assolvendo i propri compiti solo divenendo un vero gruppo di lavoro e non restando semplice sommatoria di diversi professionisti, per sua natura ogni équipe multi disciplinare necessita di momenti in cui si renda esplicito l'implicito. Sono questi momenti in cui appare necessario ragionare a voce alta, condividere pensieri, prassi, opinioni, credenze. Sono momenti che servono anche al singolo operatore per esplicitare procedure spesso agite per abitudine in modalità automatica e che, solo se rappresentate nei vari passaggi, possono integrarsi con il *modus operandi* altrui. Il momento della formulazione e redazione di un progetto e di un programma di cura, che sia coerente, armonico e condiviso con tutti gli operatori coinvolti, rappresenta appunto un'occasione per operare questo passaggio dall'implicito all'esplicito.

Tutto questo vale naturalmente per ogni équipe e per ogni documento di progettazione e pianificazione, ma è ancora più cogente per équipe e PTI trasversali. Tali équipe sono infatti portatrici di rischi maggiori dovuti ad un loro intrinseco maggior grado di complessità: esse dovrebbero integrare le azioni non solo di professionisti diversi, ma anche di operatori provenienti da unità operative diverse. In quest'ottica il PTI-T progettato ne favorisce l'integrazione e il coordinamento, facilitando l'esplicitazione delle varie azioni implicate nel progetto di cura, e la ricerca di linguaggi e pratiche comuni, inserite in un dialogo costruttivo. Alla luce di quanto detto, il PTI-T se vissuto solamente come un ulteriore obbligo burocratico rappresenterà una criticità, come ogni altro strumento di pianificazione, altrimenti, se colto nel suo reale significato, sarà un'opportunità per tutti i servizi coinvolti.

Infine, per quanto riguarda il tema della ricomposizione del bisogno nei soggetti fragili, nel presente Project Work si è scelto di affrontare il tema dell'integrazione della cura di due aree problematiche della poliedrica storia sanitaria della persona: la co-presenza di psicopatologia e di disturbi da uso di sostanze. Tale decisione è stata assunta sia sulla base del background formativo e professionale di provenienza degli Autori, sia sull'urgenza di trovare risposte innovative e basate sull'integrazione di diversi servizi come da prescrizioni del Decisore.

Si tratta naturalmente di una scelta arbitraria, che esclude molte altre dimensioni che potrebbero beneficiare di un approccio trasversale. Analogamente, il PTI-T, debitamente modificato, potrebbe applicarsi anche ad altri ambiti. A titolo esemplificativo, e certamente, anche in questo caso non esaustivo, si potrebbe pensare alla costruzione di traiettorie terapeutico-assistenziali integrate anche per quei pazienti che presentano la co-esistenza da un lato di psicopatologia e/o disturbi correlati a sostanze e dall'altro di una patologia organica. Visto il progressivo invecchiamento della popolazione e la cornice di riferimento normativo costituita dalla Legge Regionale 23/2015, assume certamente valenza strategica la possibilità di sviluppare altri PTI-T che possano promuovere un confronto di aree distinte e spesso di difficile accostamento, quali quelle internistiche e quelle della Salute Mentale e Dipendenze.

8.2. Direzioni future

Sebbene il fenomeno della DD sia epidemiologicamente ancora poco conosciuto non vi è dubbio che sia grandemente rappresentato. Come riportato nel capitolo dedicato al tema, per gli adulti si evidenzia una prevalenza ad un anno di disturbi da uso di sostanze, compreso l'abuso alcolico, nel 40% dei soggetti in cura presso i servizi di Salute Mentale mentre, tra gli utenti dei servizi per le Dipendenze, la prevalenza di disturbi psichici è stimata in una percentuale pari al 75-85%. In età evolutiva, la comorbidità tra disturbi psichiatrici e da uso di sostanze, varia invece dal 61% fino all'88%.

Bisogni ed esiti dei trattamenti risultano ancora meno conosciuti, anche alla luce del fatto che la rendicontazione degli interventi erogati per questi utenti genera flussi informativi diversi e non comunicanti tra di loro: 28 san per la NPIA, 46 san per la psichiatria, 43 san nel caso di ricovero in Strutture Residenziali per Doppia Diagnosi per utenti minorenni o adulti, flussi sociosanitari dedicati per il sistema delle Dipendenze. A complicare e frammentare ulteriormente il quadro, tali flussi afferiscono anche a capitoli di spesa differenti: sanitario per la Salute Mentale, socio sanitario per le Dipendenze.

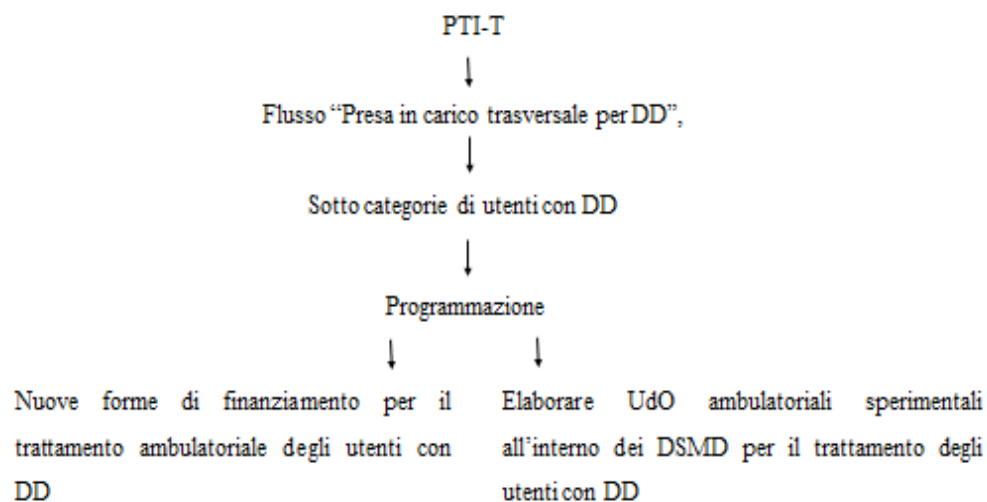
L'utilizzo del PTI-T nei DSMD delle ASST, o comunque nei servizi di area Salute Mentale e Dipendenze che afferiscono a tali aziende, indipendentemente dall'organizzazione che in esse hanno ricevuto, potrebbe essere alla base di un flusso informativo sugli utenti in carico ai servizi con diagnosi di disturbo psichico in comorbidità con DUS, valido sia per minorenni che per maggiorenni, univoco, integrato rispetto agli ambiti sanitario e sociosanitario, e più completo di informazioni rispetto agli attuali flussisettoriali.

Tale nuovo flusso informativo, qui denominato per chiarezza espositiva "Presenza in carico trasversale per DD", permetterebbe di determinare sottocategorie di utenti individuate sulla base di alcuni parametri scelti, o sulla loro combinazione (ad esempio: fascia d'età, diagnosi, fase del percorso, obiettivi del progetto, numero e tipologia di operatori coinvolti, durata del progetto) e di definire pacchetti di prestazioni associabili alle suddette categorie. La definizione di tali sotto gruppi di utenti con DD potrebbe essere utilizzata per molteplici scopi, anche di programmazione sanitaria, tra cui:

- elaborare nuove forme di finanziamento per il trattamento ambulatoriale degli utenti con DD;
- elaborare UdO ambulatoriali trasversali sperimentali all'interno dei DSMD per il trattamento di questa categoria di pazienti.

Le linee di lavoro derivate dall'adozione del PTI-T sono sintetizzate nella figura 5.2.1.

Figura 8.2.1- Linee di lavoro derivate dall'adozione del PTI-T da parte delle ASST



Per quanto riguarda l'elaborazione di nuove forme di finanziamento per il trattamento ambulatoriale degli utenti con DD, ricordiamo che attualmente il finanziamento dei servizi ambulatoriali di Salute Mentale e Dipendenze avviene sulla base del numero e della tipologia delle prestazioni erogate (per i Ser.T/NOA è inoltre prevista una quota forfettaria per paziente in carico al trimestre, per la copertura di costi non definibili in prestazioni) e che gli interventi erogabili sono classificati in 3 tipologie differenti (NPIA, Psichiatria, Dipendenze) ciascuna con tariffari diversi.

Le diverse sotto categorie di utenti individuate attraverso i dati del flusso "Preso in carico trasversale per DD", potrebbero essere incrociate con il mix e quantità di prestazioni erogate dai rispettivi PTI-T permettendo di definire pacchetti di prestazioni associabili a determinati gruppi di utenti. Il calcolo del costo associato al pacchetto così identificato risulterebbe più appropriato rispetto a quanto avviene attualmente per stabilire l'impatto economico di questa utenza in quanto:

- consentirebbe di individuare in maniera più precisa il numero di utenti da trattare;
- ☐ consentirebbe conto delle caratteristiche specifiche delle diverse sottocategorie di utenti con DD in presa in carico trasversale, ognuna contraddistinta da bisogni propri.
- ☐ Permetterebbe di esprimere il costo globale delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate oggi difficilmente valutabile in quanto gli interventi effettuati risultano dispersi su flussi informativi diversi.
- ☐ Permetterebbe di scorporare le spese improprie attualmente derivate dalla sovrapposizione di prestazioni conseguenti proprio alla mancanza di quel coordinamento multi professionale che il PTI-T intende favorire.

Vista la numerosità degli utenti con DD, la complessità dei loro bisogni e il loro impatto sui diversi servizi di Salute Mentale e Dipendenze, nonché la specificità di competenze necessarie alla loro cura (Clerici M., 2010), potrebbe risultare auspicabile in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità ed economicità elaborare nuove UdO ambulatoriali trasversali sperimentali all'interno dei DSMD per il trattamento di questa categoria di pazienti. Per quanto riguarda l'elaborazione di queste UdO, il flusso "Preso in carico trasversale per DD" consentirebbe di calcolare la domanda espressa per singola sotto categoria, e conseguentemente il mix di personale e il relativo minutaggio necessario per attivare tali servizi sperimentali.

9. Contributo personale

Il gruppo di lavoro è composto da:

- Tiziana Piroddi, Dirigente medico Neuropsichiatra Infantile, U.O. Riabilitazione Specialistica delle Dipendenze di Rivolta D’Adda, ASST Crema.
- Montresor Claudio, Responsabile UOS NPIA, UOC Salute Mentale e Dipendenze, ATS Città Metropolitana di Milano.

Il progetto è stato avviato durante l’emergenza pandemica da SARS-CoV-2 ed il gruppo di lavoro si è attivato sia con momenti di lavoro congiunto, favoriti dall’utilizzo delle tecnologie disponibili (videochiamate tramite Whatsapp®, gestione in cloud del documento di lavoro tramite DropBox®), sia mediante l’elaborazione individuale di aspetti specifici successivamente integrati grazie ai costanti momenti di confronto.

L’esperienza formativa e professionale dei due autori si caratterizza per la complementarità:

- Tiziana Piroddi è Neuropsichiatra Infantile e si è sempre occupata di clinica sia in ambito UONPIA che nelle Dipendenze patologiche;
- Claudio Montresor è Psichiatra, si è occupato di clinica sia in ambito psichiatrico che nelle Dipendenze patologiche, e, attualmente si occupa di governo delle reti, programmazione, acquisto e controllo in ambito di NPIA e Psichiatria.

Ognuno è stato dunque portatore di esperienze specifiche, cliniche e organizzative, oltre che umane, che hanno permesso di sviluppare il tema del progetto in maniera integrata e di arricchire di nuove competenze l’altro autore.

10. Riferimenti normativi

Accordo Conferenza Unificata, 20 marzo 2008, *Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale*. Ministero della Salute.

Accordo Conferenza Unificata, 24 gennaio 2013, *Piano d'Azioni Nazionale per la Salute Mentale*. Ministero della Salute.

Accordo Conferenza Unificata, 17 ottobre 2013, *Le Strutture Residenziali Psichiatriche*. Ministero della Salute.

Accordo Conferenza Unificata, 13 novembre 2013, *Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*. Ministero della Salute.

Accordo Conferenza Unificata, 13 novembre 2014, *Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*, Ministero della Salute.

Accordo Conferenza Unificata, 25 luglio 2019, *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*, Ministero della Salute.

Circolare di Regione Lombardia, 31 agosto 2016, n. 16, *Sistema informativo della Psichiatria- Manuale di utilizzo della Piattaforma Informatica Psicheweb*.

DCR V/1329 del 30 gennaio 1995, *Progetto obiettivo "tutela socio- sanitaria dei malati di mente" triennio 1995-1997*, Regione Lombardia.

DGR VI/38133 del 6 agosto 1998, *Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie*, Regione Lombardia.

DGR VII/2800 del 22 dicembre 2000, *Integrazione del nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale con prestazioni erogabili dalle unità operative di neuropsichiatria infantile e definizione delle relative tariffe*, Regione Lombardia.

DGR VII/622 del 13 dicembre 2002, *Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004*, Regione Lombardia.

DGR VII/12621 del 7 aprile 2003, *Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali Dipendenze nelle A.S.L.: Progetto Regionale Dipendenze*, Regione Lombardia.

DGR VII/17513 del 17 maggio 2004, *Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004*, Regione Lombardia.

DGR VII/20586 del 11 febbraio 2005, *Definizione ed adozione in via provvisoria del tariffario delle prestazioni erogate dai servizi territoriali dipendenze/servizi multidisciplinari integrati e contestuale avvio in forma sperimentale del sistema di classificazione "a pacchetti di prestazione"*, Regione Lombardia.

DGR VIII/5743 del 31 ottobre 2007, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008*, Regione Lombardia.

DGR VIII/6861 del 19 marzo 2008, *Linee di indirizzo regionali per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in attuazione del PSSR 2007-2209*, Regione Lombardia.

DGR VIII/8720 del 22 dicembre 2008, *Determinazione in merito alla riqualificazione dei Servizi ambulatoriali per le dipendenze (DGR 12621/2003)*, Regione Lombardia.

DGR IX/1479 del 30 marzo 2011, *determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 - II° provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario*, Regione Lombardia.

DGR X/1765 del 8 maggio 2014, *Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR X/1185 del 20/12/2013*, Regione Lombardia.

DGR X/2569 del 31 ottobre 2014, *Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie, e linee operative per le attività di vigilanza e controllo*, Regione Lombardia.

DGR X/3371 del 1 aprile 2015, *Preso d'atto della comunicazione degli assessori Cantù e Mantovani avente oggetto: "Indirizzi quadro per la presa incarico integrata dei minori affetti da disturbo dello spettro autistico"*, Regione Lombardia.

DGR XI/2672 del 16 dicembre 2019, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020*, Regione Lombardia.

Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, *Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle regionali in materia di sanità)*, Regione Lombardia.

Legge regionale 29 giugno 2016, n.15, *Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*, Regione Lombardia.

UNI EN ISO 9001:2015, *International Organization for Standardization*, 2015.

11. Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2014), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. It. Raffaello Cortina, Milano,.

Armstrong T.D. Costello E.J. (2002), "Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity", *J Consult Clin Psychol.*, n. 70(6), pp.1224–39.

Clerici, M. (2010), "*Doppia Diagnosi e Modelli di Integrazione, Il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità*", Corso Regionale di Formazione per i Dipartimenti SM e DP della Regione Emilia Romagna, Bologna, 25 novembre 2010.

Couwenbergh C. et al. (2006), "Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders", *Eur Child Adolesc Psychiatry*, n.15(6), pp.319–28.

Drapalski A., Bennett M., Bellack A. (2011), "Gender differences in substance use, consequences, motivation to change, and treatment seeking in people with serious mental illness", *Subst Use Misuse*, n. 46(6), pp. 808–18.

Grilo C.M. et al. (1996), "Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients", *Am J Psychiatry*, n. 153(7), pp. 914–20.

La Pia S., Ferraro M. (2020), "Ridefinizione del Day Hospital psichiatrico territoriale in come sede di attuazione di programmi di monitoraggio clinico-farmacologico nell'ottica dell'appropriatezza tecnica-organizzativa: attualità e prospettive", in *Management in Psichiatria, riorganizzazione e rilancio dei servizi di Salute Mentale*, Edizioni Idelson-Gnocchi, Napoli.

Lega F. (2016), *Management della sanità. Comprendere e gestire le sfide del settore e delle aziende sanitarie*, Edizione Egea, Milano.

Lega F. (2018), *Economia e management sanitario*, Edizione Egea, Milano.

Longo F. (2020), "Diagnosi e terapia per un rilancio del SSN e dei servizi per la Salute Mentale", in Management in Psichiatria, riorganizzazione e rilancio dei servizi di Salute Mentale, Edizioni Idelson-Gnocchi, Napoli.

Milano W., D'Aquino G. (2020), "Un modello di percorso terapeutico territoriale per la cura e l'assistenza dei disturbi dell'Alimentazione", in Management in Psichiatria, riorganizzazione e rilancio dei servizi di Salute Mentale, Edizioni Idelson-Gnocchi, Napoli.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2017.

Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al. (1990), "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse", Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study, *JAMA*, n. 264, pp. 2511-8.

Urbani A. (2019), *Il Servizio Sanitario Nazionale guarda al futuro*, Edizioni Egea, Milano.

12. Sitografia

A.A.V.V. (2014), Percorso Doppia Diagnosi [online], disponibile su http://www.aslsanluri.it/documenti/6_107_20140227154051.pdf [Data di accesso: 03/04/2020].

Floriani A. (2008), Trattamento della Doppia Diagnosi, disponibile su <https://normalarea.com/trattamento-della-doppia-diagnosi> [Data di accesso: 08/04/2020].