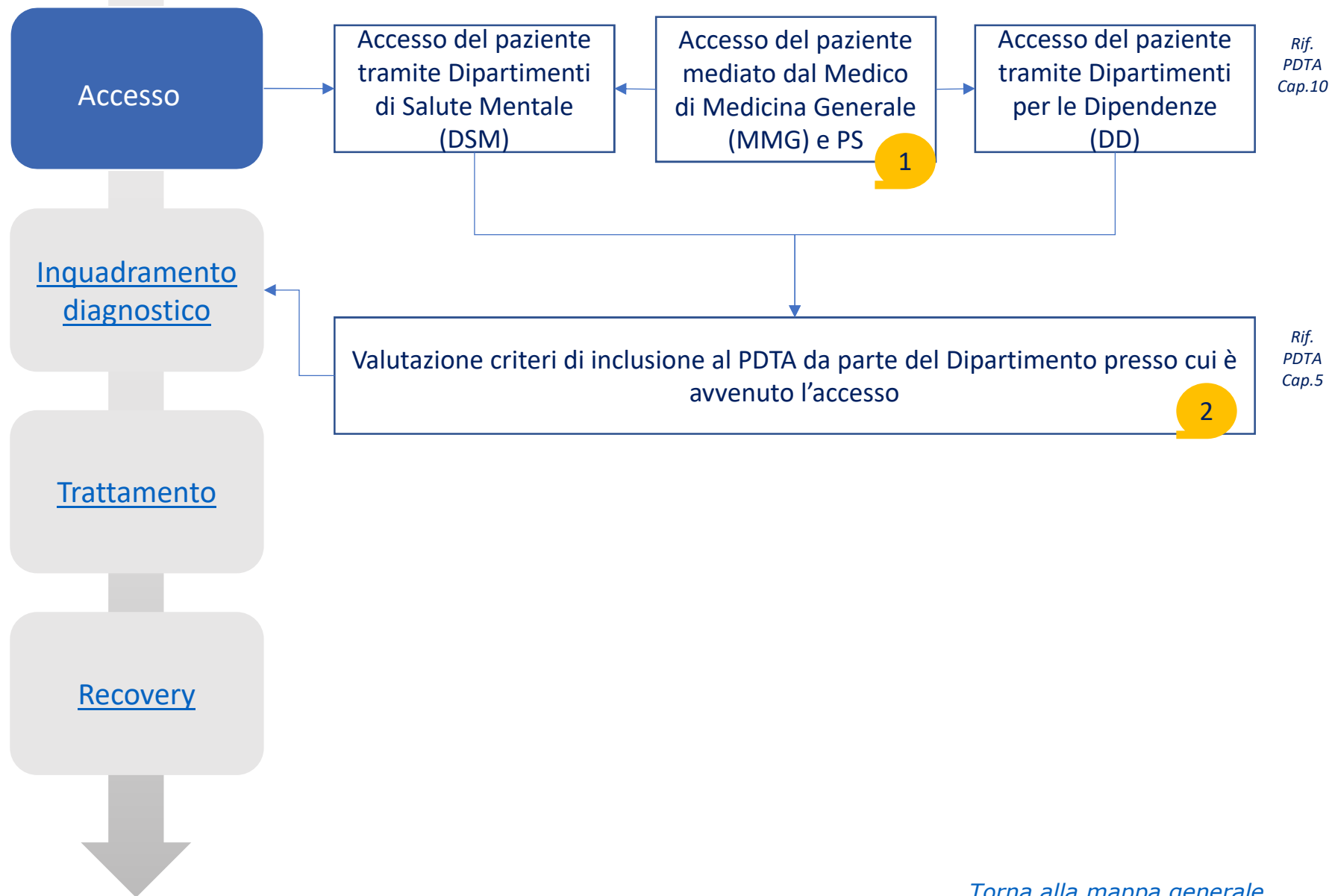
 Note esplicative

PDTA Esordio psicotico e comorbidità





1

Il setting dell'urgenza

La visita in PS, sia in quanto screening e identificazione del problema che in quanto scelta delle strategie di intervento e gestione, può essere un'opportunità unica di collegamento con la gestione della salute dei pazienti in comorbidità tra DCS e psicosi e i rischi/complicanze associati quali: tassi più elevati di “lesioni involontarie”, lesioni da incidenti stradali, violenza interpersonale, tentati suicidi, infezioni (HCV, HIV, sifilide, TBC, ecc.), overdose intenzionale o accidentale, patologie cardiovascolari, neurologiche ecc.

Nei quadri acuti di pazienti in comorbidità dobbiamo considerare :

- necessità di avere un setting adeguato,
- potenziali complicanze psicopatologiche, comportamentali, neurologiche e somatiche,
- presa in carico e primi trattamenti (decontaminazione, stabilizzazione, trattamento antidotico) da parte del medico d'urgenza (e/o intensivista),
- successivi interventi di competenze diverse con la necessità di avere personale di più branche specialistiche (medicina d'urgenza, neurologo, internista, tossicologo, psichiatra, rianimatore ecc.)) e dove necessario anche forze dell'ordine,
- affrontare la possibile impreparazione medica – sanitaria dovuta a
 - fenomeno in continua evoluzione e diffusione
 - stereotipi e pregiudizi
- rischi conseguenti all'assunzione di sostanze con effetti poco noti o con comparsa ritardata una volta escluse o superate le necessità di trattamento e di monitoraggio di tipo internistico - intensivistico (paziente dimesso o ricoverato in reparti non idonei ad affrontare eventuali ulteriori emergenze internistiche o neurologiche come l'SPDC),
- diagnosi differenziale non sempre facile tra sintomatologia psicotica primaria, intossicazione da sostanze e/o overdose, astinenza, dipendenza e stati di agitazione secondari ad altre patologie organiche
- Somministrazione da parte di terzi di incapacitanti per scopi illeciti e di cui il paziente non è a conoscenza
- difficoltà nella esatta determinazione della diagnostica tossicologica

Accesso

Inquadramento
diagnostico

Trattamento

Recovery

2

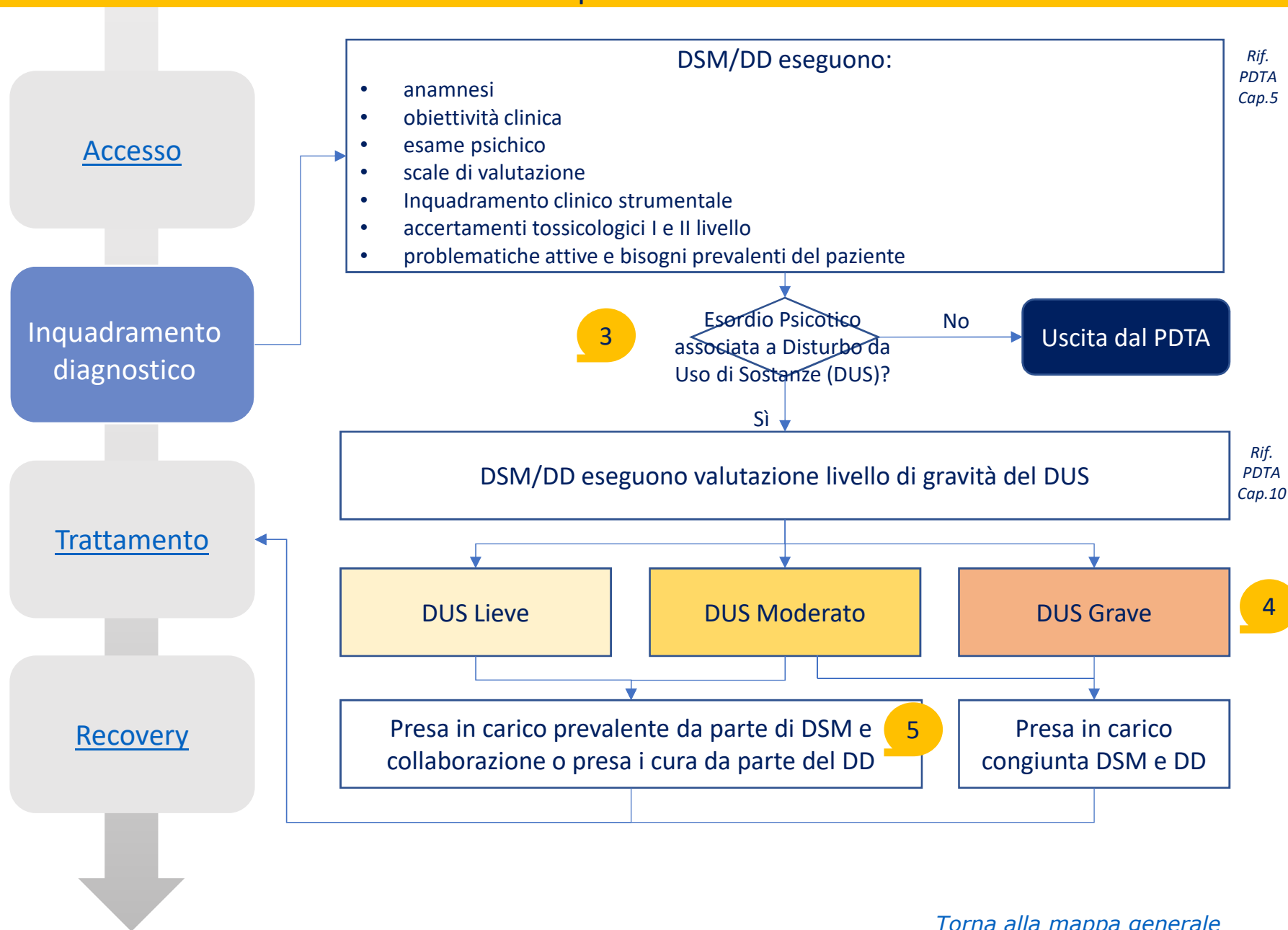
Criteri di inclusione al PDTA

Persone all'esordio psicopatologico con le seguenti caratteristiche:

- Età compresa tra 15 e 35 anni
- Assenza di ritardo mentale moderato o grave (Q.I. <50) (o disabilità intellettiva moderata o grave)
- Assenza di psicosi organiche
- Storia di disturbo psicotico in trattamento inferiore ai 24 mesi
- Compresenza di una o più delle seguenti diagnosi principali secondo ICD-10:
 - F20-29 per i disturbi psicotici dello spettro schizofrenico o F30-39 per i disturbi affettivi se compresenti sintomi psicotici
 - F10-19 per i disturbi associati a sostanze, si escludono i quadri di tipo degenerativo e da danno organico (quarta cifra .7)
 - Equivalenti diagnostici per ICD 9 CM e DSM 5

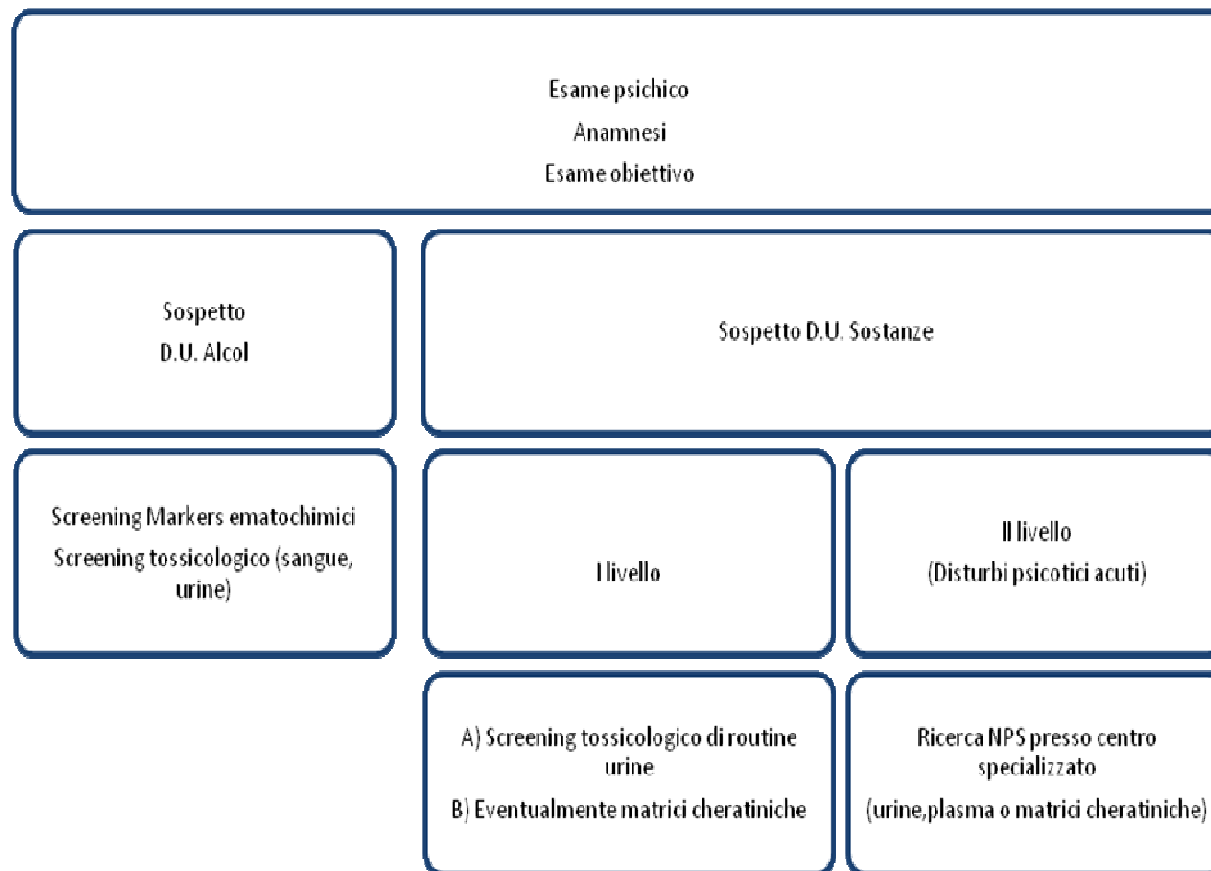
[Torna alla mappa generale](#)

PDTA Esordio psicotico e comorbidità





SCREENING PER SOSPETTO DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE



[Torna alla mappa generale](#)

[Accesso](#)

Inquadramento
diagnostico

[Trattamento](#)

[Recovery](#)

3

Valutazione Disturbo Mentale Indotto da Sostanze (DMIS)

Per la diagnosi differenziale tra Psicosi in comorbidità con DCS e di un Disordine Primario da Uso di Sostanze con Disordini Psichiatrici Secondari: **Disturbo Mentale Indotto da Sostanze (DMIS)**, in accordo anche con quanto proposto attualmente dal DSM-5, si può fare riferimento ai seguenti criteri principali:

- la sostanza è causalmente correlata allo sviluppo della sintomatologia ovvero i sintomi psicotici si sviluppano in corso di intossicazione o astinenza,
- vi è una stretta relazione temporale (considerare la farmacocinetica della sostanza),
- vi è congruità tra tipo, dose e durata di uso della sostanza e sintomi sviluppati,
- i sintomi devono risolversi spontaneamente con la rimozione del fattore eziologico,
- tenere in considerazione, anche se in termini non assoluti, la presenza di familiarità per DUS in assenza di altri disturbi psichiatrici

[Torna alla mappa generale](#)



4 DUS lieve, moderato o grave

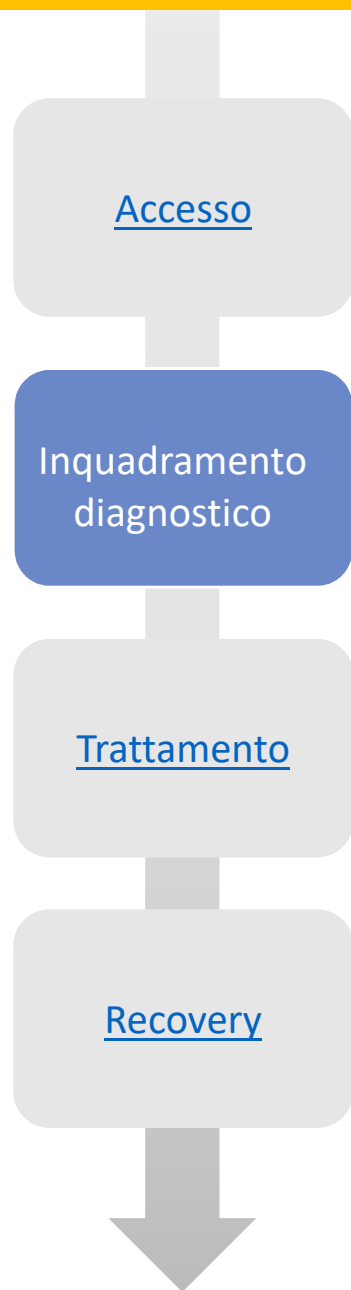
Per differenziare un DUS lieve da uno moderato o grave sarà importante distinguere tra:

- l'uso corrente di sostanze (*Current substance use*) definito come uso recente, generalmente nell'ultimo mese,
- l'attuale disturbo da uso di sostanze (*Current substance use disorder*) definito conforme ai criteri diagnostici negli ultimi 3 mesi,
- l'uso di sostanze a vita (*Lifetime substance use*) definito come l'uso di una sostanza per sempre, tutta la vita,
- il disturbo da uso di sostanze a vita (*Lifetime substance use disorder*) definito come il quadro che rispetta i criteri diagnostici per il disturbo da uso di sostanze durante un periodo di 12 mesi diverso dagli ultimi 3 mesi.

Tali distinzioni, assieme a:

- la gravità attuale del DUS secondo il DSMV basata per tutte le sostanze dai seguenti criteri: Lieve: Presenza di 2-3 sintomi, Moderata: Presenza di 4-5 sintomi, Grave: Presenza di 6 o più sintomi,
- la rapidità di risposta al trattamento per il DUS verso la risoluzione, con interruzione dell'uso di sostanze in tempi rapidi,
- i modelli personali di utilizzo delle sostanze,
- le motivazioni a smettere ed i pensieri personali sul cambiamento ad esso collegati,
- se l'uso di sostanze sta causando problemi significativi nello stile di vita o sta compromettendo il funzionamento relazionale e sociale.

[Torna alla mappa generale](#)



5 Ricovero in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di paziente con comorbidità

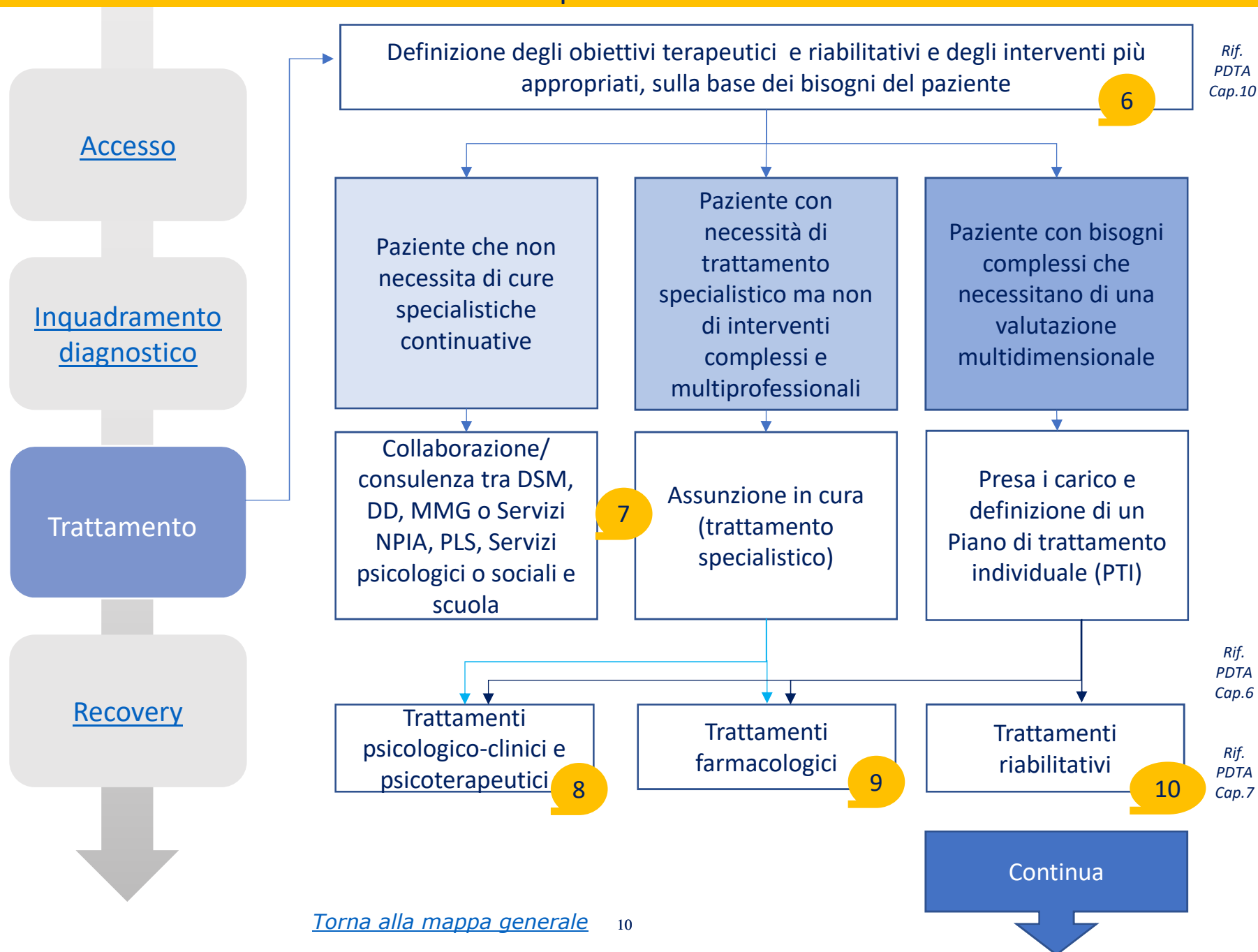
Qualora durante un ricovero in SPDC emerga un quadro di comorbidità tra psicosi ed Disturbi da Uso di Sostanze (Abuso e Dipendenza) in un paziente non noto in precedenza, è utile prevedere l'avvio di una valutazione da parte del DD e l'eventuale collaborazione secondo le modalità previste al paragrafo precedente.

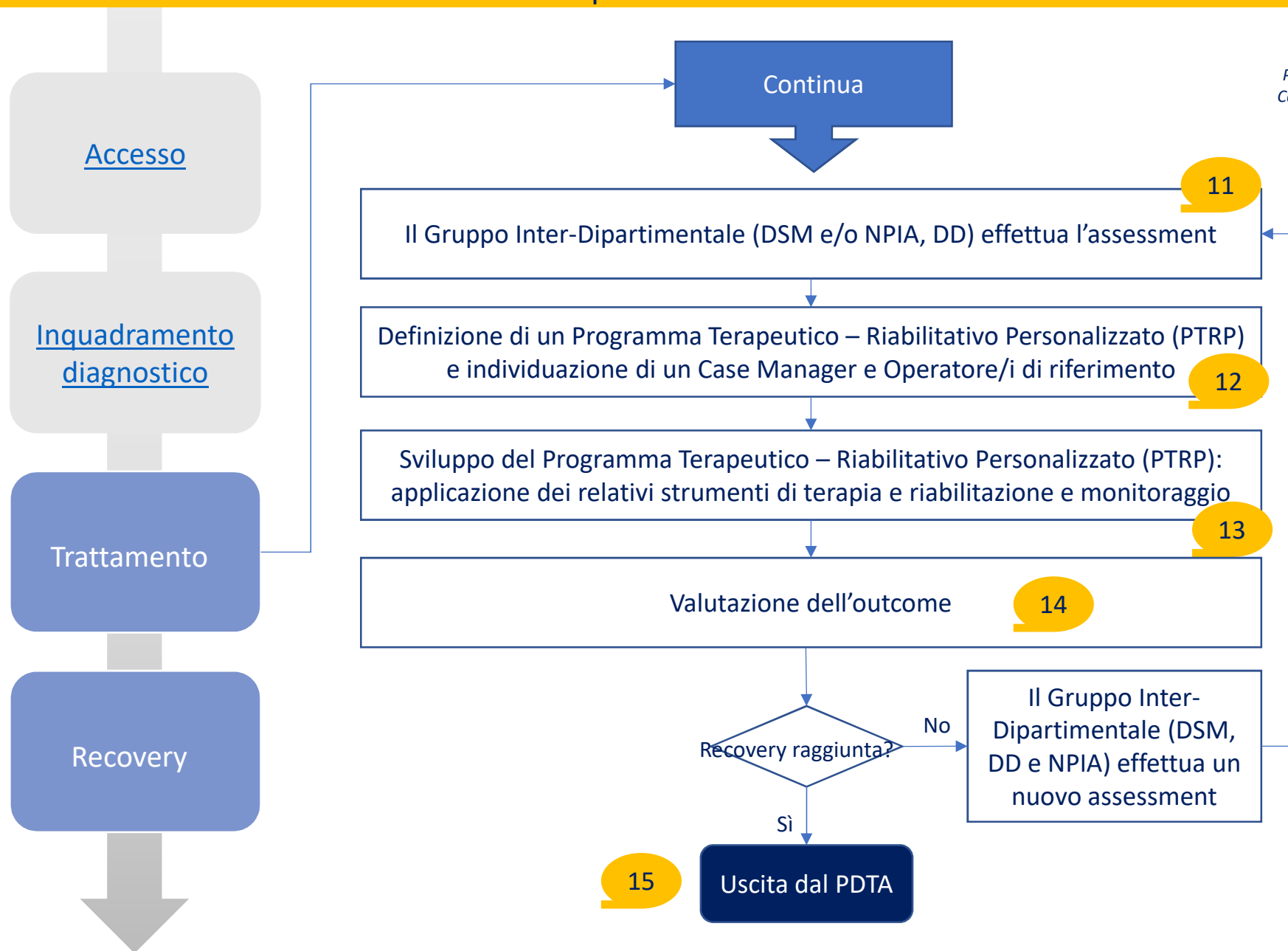
Se dalla valutazione emerge la necessità di una presa in carico condivisa oppure prevalente per uno dei due servizi, è bene concordare già nel corso della degenza i tempi e i modi del percorso successivo, favorendo una precoce individuazione dei Referenti e curando il momento della dimissione per minimizzare i rischi nella fase delicata del post-ricovero.

E' opportuno quindi che durante il ricovero le équipes del DD e del DSM si incontrino per condividere conoscenze e concordare il trattamento successivo, stabilendo i rispettivi compiti e collaborando attivamente alla predisposizione del progetto complessivo di cura.

[Torna alla mappa generale](#)

PDTA Esordio psicotico e comorbidità







6 Azioni e linee di intervento per una buona collaborazione tra i servizi - Gruppo Inter-Dipartimentale (DSM e/o NPIA, DD)

Si individuano di seguito possibili azioni e linee di intervento, che mirano ad agevolare la collaborazione fra i due Dipartimenti condividendo gli strumenti disponibili e attuando forme flessibili di interazione.

1. mappatura dei casi: dati socio-anagrafici, diagnosi psichiatrica del ds mentale e del disturbo DUS/DCS, e le aree di maggiore compromissione funzionale del paziente.
2. creazione di una équipe mista DSM – DD: équipe trasversale ai due servizi che, incontrandosi periodicamente, possa accogliere le richieste di presa in carico condivisa, valutarne l'appropriatezza e monitorarne nel tempo le modalità attuative
3. accessibilità: condizione indispensabile per favorire l'aggancio e la presa in carico il più precocemente possibile
4. sistemi informativi ed informatici: al fine di rendere possibile l'accesso alla documentazione durante tutte le fasi del percorso di cura territoriale ed ospedaliero.
5. attivazione di gruppi con pazienti con comorbidità cogestiti: con il supporto di operatori di entrambi i servizi e l'apporto di volontari.
6. attivazione di gruppi psicoeducativi per i pazienti ed i familiari, cogestiti da operatori del DD e del DSM
7. attivazione di "gruppi di pari" o "auto-mutuo-aiuto" con la possibilità di individuazione anche del "paziente e/o familiare esperto"
8. attivazione di corsi di formazione comuni e di divulgazione dell'informazione reciproche
9. matrice relazionale dell'équipe come fattore strutturale e procedurale fondamentale per la prassi operativa.
10. costruire protocolli specifici per gestione delle urgenze.
11. stima dei costi e del "valore" in termini di salute dei cambiamenti organizzativi.
12. rilevazioni dei dati che ci permettano di individuare e calcolare gli "indicatori."
13. valorizzazione dei rapporti con i mass media e i decisori istituzionali e politici.



7

Modelli organizzativi PANSM

Il PANSM (Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013 delinea tre modelli organizzativi così descritti:

- a) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPiA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative
- b) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali
- c) 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 Piano di Trattamento Individuale 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", oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola

[Torna alla mappa generale](#)

[Accesso](#)

[Inquadramento
diagnostico](#)

Trattamento

[Recovery](#)

[Torna alla mappa generale](#)

8

Trattamenti psicologico-clinici e psicoterapeutici

Non esiste un trattamento psicoterapeutico specifico per la comorbidità, pertanto la raccomandazione è quella di utilizzare i trattamenti evidence-based specifici per ogni disturbo, con eventuali adattamenti ed integrazioni rapportati al contesto.

Il coinvolgimento del paziente nel processo di cura non può prescindere da una particolare attenzione ai fattori che facilitano un positivo rapporto terapeutico: atteggiamento non giudicante, rispetto, fiducia nelle capacità e possibilità di recupero, collaborazione e condivisione degli obiettivi di trattamento. Tali atteggiamenti e valori sono fondamentali per ogni membro dell'equipe multi professionale.

In una prima fase l'obiettivo sarà stabilire una relazione di fiducia con il paziente.

Il **Colloquio Motivazionale (MI - *Motivational Interviewing*)** di Miller e Rollnick e la **Prevenzione delle Ricadute (RP - *Relapse Prevention*)**

Entrambi gli approcci (MI e RP), ma anche altri, trovano una cornice di applicazione nel **Modello Transteorico del Cambiamento** di Prochaska e Di Clemente.

Esistono alcune applicazioni del **MI** per esigenze e contesti specifici:

MET *Motivational Enhancement Therapy*,

FRAME, *feedback, responsibility, advice, menu of options, empathy, and self-efficacy*, Corrisponde sostanzialmente a quello che in Italia è stato sviluppato come il counseling motivazionale breve nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute, lo strumento ed i setting opportunistici» È altrettanto importante fornire interventi di counseling o psicoeducativi ai pazienti ed ai caregiver, in formato individuale o di gruppo, centrati sia sui DCS che sulla Psicosi.

Quando vi sia una effettiva disponibilità del paziente ad intraprendere percorsi strutturati, verranno proposti interventi psicoterapeutici più mirati e specifici.

La terapia cognitivo comportamentale (CBT), che ha a suo favore una maggiore quantità di "evidences". Interventi volti al miglioramento delle abilità sociali e all'acquisizione di strategie di problem solving risultano importanti per la gestione di sintomi psicotici persistenti, di sintomi negativi, del craving per le sostanze, delle pressioni sociali che spingono a farne uso e così via. Interventi di psicoterapia individuale e familiare, così come la terapia di gruppo, possono trovare indicazione in casi specifici con l'obiettivo di migliorare il funzionamento psichico, le capacità riflessive, le relazioni interpersonali, e lo Skill training, un approccio terapeutico che aiuta le persone a sviluppare le competenze necessarie per affrontare le problematiche più "invalidanti"



9

Trattamenti farmacologici

Trattamento dell'episodio psicotico in comorbidità (con DUS)

Vi è ampia disponibilità di terapie farmacologiche per il trattamento dei disturbi psicotici e per il trattamento di abuso di sostanze separatamente ma ad oggi poche sono le evidenze e le raccomandazioni specifiche per il trattamento farmacologico di entrambi in una situazione di comorbidità e scarsi sono i dati sulle interazioni farmacologiche quando sono assunte contemporaneamente.

Si rimanda alle Raccomandazioni pubblicate dal NICE "Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People" in cui sono stati esaminati i dati di letteratura con l'obiettivo di verificare se vi sono evidenze nel trattamento della concomitante presenza di psicosi e uso improprio di sostanze (dettagli riportati al cap. 7 del PDTA)

Il trattamento andrà comunque personalizzato in base alle caratteristiche del paziente, alle possibili interazioni tra farmaci e uso di sostanze in base alle caratteristiche farmacodinamiche; per esempio nei pazienti che usano stimolanti che hanno un effetto dopaminergico, l'utilizzo di farmaci con elevato blocco dopaminergico può produrre aumento del craving per cui sarebbero da preferire farmaci con un effetto di blocco dopaminergico basso o gli agonisti parziali; pazienti che usano oppiacei possono beneficiare di farmaci con maggior azione sedativa quando sono in astinenza ma non quando fanno uso di sostanze o sono in terapia con metadone.

poiché l'obiettivo è sia l'efficacia e incisività sui sintomi psicopatologici, sia tener conto della tollerabilità, vanno preferiti gli antipsicotici di seconda generazione per la maggior tollerabilità, il minor rischio di abbandono della terapia anche se c'è un maggior rischio di sviluppare sindrome metabolica; non tutti i farmaci sono però equivalenti in tal senso.

(continua)

[Torna alla mappa generale](#)

[Accesso](#)

[Inquadramento
diagnostico](#)

Trattamento

[Recovery](#)

9

Trattamenti farmacologici (*continua*)

Trattamento dell'episodio psicotico in comorbidità (con DUS)

In sintesi possiamo condividere quanto già indicato nel PDTA sulla schizofrenia, sia per i minori che per i giovani adulti, indicando come farmacoterapia:

- farmaci di prima scelta un antipsicotico di seconda generazione e se c'è un alto rischio di scarsa compliance utilizzare un LAI anche come prima scelta,
- se non risponde al farmaco di prima linea utilizzare un altro antipsicotico atipico o tipico, tenendo conto degli aspetti farmacodinamici del farmaco e della sostanza d'abuso,
- se si evidenzia una resistenza al trattamento o se vi è alto rischio di suicidio passare alla clozapina.

Se il farmaco antipsicotico ritenuto di prima scelta risulta off-label per diagnosi ricordarsi che si può ricorrere alla legge 648/96 che consente di erogare a carico del S.S.N, previo parere della CUF (ora Commissione consultiva Tecnico Scientifica dell'AIFA - CTS), quando non vi è alternativa terapeutica valida.

Trattamento dell'abuso di sostanze:

I trattamenti farmacologici per i Disturbi da Uso di Sostanze, in base alla loro funzione, possono essere distinti in **farmaci sostitutivi**, **farmaci anti-astinenziali**, e **farmaci per la prevenzione delle ricadute** che si differenziano in base alla sostanza implicata e alla gravità del DUS



10 Programma riabilitativo

Nella definizione di un programma riabilitativo è fondamentale ricercare il coinvolgimento partecipe del paziente, prendendone in considerazione le preferenze. In questo senso il percorso riabilitativo deve essere anche un processo di Empowerment per il paziente (sostegno del paziente ad assumersi diritti/doveri rispetto alla propria condizione/malattia e rispetto al contesto).

La riabilitazione deve svolgersi primariamente nel territorio utilizzando la Rete dei Servizi Socio-Sanitari (CSM, SerD, NPI, SIL) e delle altre agenzie che possono concorrere alla realizzazione del Piano di Trattamento Individuale. Tra le agenzie diverse dai Servizi ULSS, si possono annoverare i Comuni, gli enti del Privato Sociale, il volontariato, i gruppi di auto-aiuto.



11 Assessment

Per l'assessment è opportuno prendere in considerazione l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati per la Valutazione Funzionale (come ad esempio HoNOS, ICF, WHODAS, GAF), sia per una definizione più precisa dei bisogni e delle risorse del paziente, che per realizzare la valutazione dell'outcome.

Per la realizzazione degli interventi riabilitativi è opportuna la creazione di un Gruppo Inter-Dipartimentale, in linea con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale al fine di integrare le attività dei DSM, DD, NPIA.

[Accesso](#)

[Inquadramento
diagnostico](#)

Trattamento

[Recovery](#)

12

Case Manager e Operatore/i di riferimento

Al fine di garantire la continuità dei e nei percorsi riabilitativi, è importante indicare un **case manager** del percorso terapeutico-riabilitativo con definizione del PTRP (Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato).

D'altro canto può essere importante identificare l'operatore o gli operatori di riferimento, intendendo gli operatori che sviluppano una relazione affettivamente significativa con il paziente, in ragione dei pattern transferali/di attaccamento che possono attivarsi e della necessità di una loro corretta gestione

Accesso

Inquadramento
diagnostico

Trattamento

Recovery

13

Sviluppo del Programma Riabilitativo

Vanno presi in considerazione come strumenti della riabilitazione dei percorsi/processi di recovery:

1. la psicoeducazione (che deve comprendere i temi del fenomeno psicotico, dei DUS, alcol, tabacco, ecc., farmaci, patologie correlate, gestione della salute, la prevenzione delle ricadute) e gli interventi di counseling individuale o di gruppo,
2. il lavoro supportato (SIL, BL, inserimenti mirati, coop, orientamento, sostegno).
3. per i pazienti che frequentano ancora percorsi di studio, il sostegno allo studio,
4. l'abitare supportato,
5. il coaching educativo,
6. l'inserimento in gruppi di auto-aiuto,
7. l'inserimento in contesti sociali,
8. il coinvolgimento dei familiari e di altri caregivers,
9. la lotta allo stigma.



14

Valutazione dell'outcome verso la Recovery

Possiamo assumere la definizione di recovery della SAMSHA che lo definisce come un processo di cambiamento attraverso il quale gli individui migliorano la loro salute e il loro benessere, vivono una vita autonoma (*self-directed*), e cercano di raggiungere il loro pieno potenziale.

Le quattro principali dimensioni o aree nelle quali si svolge il processo di recovery sono:

- **La salute:** acquisire la capacità di gestire la propria malattia o i sintomi che la caratterizzano, in relazione sia ai disturbi psicotici che a quelli da uso di sostanze; inclusi l'astensione dall'uso di alcol, sostanze illecite, farmaci non prescritti, la gestione delle terapie, le scelte informate a favore della salute fisica ed emotiva.
- **La casa:** avere un posto sicuro e stabile dove vivere.
- **L'occupazione:** questa area riguarda le attività giornaliere significative, come il lavoro o la scuola, il volontariato, la cura della famiglia o impegni creativi nonché autonomia, reddito e risorse per partecipare alla vita sociale.
- **La comunità:** la possibilità/capacità di trovare nella comunità relazioni e reti sociali che forniscano sostegno, amicizia, amore e speranza.



15

Uscita dal PDTA

- Fase di mantenimento del trattamento una volta raggiunta una buona recovery (secondo quanto definito dai criteri del PANSIM)
- Sopraggiunte evidenze che le caratteristiche del soggetto in cura non rispettano più i criteri di inclusione nel PDTA (vedi Fase Accesso)