



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

SERVIZI DI SALUTE MENTALE APERTI AD UNA SOCIETÀ IN CAMBIAMENTO: RIPENSARE AI PERCORSI DI CURA.

PROPOSTE CONCRETE
PER FORNIRE RISPOSTE
AI BISOGNI.

INSERTO DI
PSICHIATRIA OGGI
Anno XXXVIII



INDICE

DOCUMENTI SIPLO: UNO STRUMENTO DI RIFLESSIONE SULLA FINALITÀ DELLA NOSTRA DISCIPLINA ED UNA GUIDA ALL'OPERARE QUOTIDIANO

Giancarlo Cerveri

03

CONFRONTO, CONTINUITÀ E CAMBIAMENTO: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE DAI GRUPPI DI LAVORO DELLA SIP LOMBARDIA

Giovanni Migliarese Bernardo Dell'Osso

06

TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI IN ETÀ GIOVANILE

Coordinatore: Mauro Percudani

Gruppo di lavoro: Simona Barbera, Marta Barbieri, Scilla Beraldo, Angelo Bertani, Paolo Brambilla, Cinzia Bressi, Debora Bussolotti, Giorgio Cerati, Chiara Colli, Antonella Colucci, Lorenzo Del Fabro, Cecilia Esposito, Marina Loi, Francesca Maggioni, Lara Malvini, Anna Omboni, Mauro Percudani, Chiara Rovera, Maira Chiarelli Serra, Margherita Trinchieri, Alessio Vincenti

08

ATTIVITÀ OSPEDALIERE ED EMERGENZE PSICHIATRICHE

Coordinatori: Emi Bondi e Carlo Fraticelli

Gruppo di lavoro: Paolo Cacciani, Federica Calorio, Simone Cavallotti, Armando D'Agostino, Valentina Dalò, Paola Marianna Marinaccio, Silvia Paletta, Adelaide Panariello, Fabrizio Pavone, Sara Maria Pozzoli, Matteo Rocchetti, Virginio Salvi

36

DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SUL TEMA SOGGETTI AUTORI DI REATO CON PATOLOGIA PSICHICA

Coordinatori: Giancarlo Cerveri e Alessia Cicolini

Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Antonio Calento, Fabio Canegall, Federico Durbano, Anna Giroletti, Paolo Azzone, Virginio Salvi

46

DOPPIA DIAGNOSI

Coordinatori: Massimo Clerici e Federico Durbano

Gruppo di lavoro: Giorgio Bianconi, Anna Giroletti, Paolo Risaro, Daniele Salvadori, Alessio Vincenti

59

LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Coordinatore: Giovanni Migliarese

Gruppo di lavoro: Vera Abbiati, Scilla Beraldo, Giorgio Bianconi, Federico Durbano, Nicola Dusi, Francesca Maggioni, Mattia Marchetti, Alberto Pasi, Matteo Porcellana

67

IPOTESI DI EVOLUZIONE DEL SISTEMA RESIDENZIALE PSICHIATRICO LOMBARDO – REVISIONE 2025

Coordinatori: Caterina Viganò e GianMarco Giobbio

Gruppo di lavoro: Antonio Amatulli, Stefano Barlati, Alessandro Carozzi, Daniele Carretta, Alessandro Grecchi, Alessandra Martinelli, Giovanna Valvassori

77

"DOPPIA DIAGNOSI"

ARTEFATTO NOSOGRAFICO O NUOVO PARADIGMA PER IL SISTEMA DI INTERVENTO NEI DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E DA ADDICTION IN COMORBILITÀ?

Coordinatori:

Massimo Clerici (Università degli studi Milano Bicocca)

Federico Durbano (ASST Melegnano-Martesana)

in collaborazione con il gruppo di lavoro composto da:

Giorgio Bianconi (ASST Ovest Milanese)

Anna Giroletti (ASST Santi Paolo e Carlo Milano)

Paolo Risaro (ASST Valtellina)

Daniele Salvadori (ASST Ovest Milanese)

Alessio Vincenti (ASST Fatebenefratelli Sacco Milano)

1. La conoscenza delle comorbidità tra Disturbi mentali (DM) e Disturbi correlati a sostanze e da *addiction* (DUS) indirizza la comprensione di una nozione tanto complessa quanto ancora oggi indefinibile come quella che riferisce allo storico concetto della cosiddetta "doppia diagnosi": ciò in termini epidemiologici ed in relazione alle nuove costellazioni cliniche che - in senso psicopatologico - si sono imposte nel corso degli ultimi cinquant'anni e vengono ricondotte, appunto, ad un termine "ombrello" quale quello della "doppia diagnosi". Ne consegue, in primo luogo, che tale multiforme concetto ha il potere di influenzare non solo la nosografia, ma anche i modelli di intervento e i sistemi organizzativi dei Servizi che operano nella salute mentale a tutti i livelli, partendo dal Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD), risultato finale della "fusione" tra DSM e Dipartimento delle Dipendenze. Le Unità di offerta che sono derivate da tale "fusione" - e i loro silos organizzativi e amministrativi - rimangono purtroppo ancora scarsamente integrati, rivelando non irrilevanti problematiche gestionali che si riversano prevalentemente sull'utenza portatrice dei due citati problemi. Nonostante il DSMD sembri garantire, a tutt'oggi, la migliore risposta e, nel contempo, la più appropriata offerta assistenziale per una quota di soggetti epidemiologicamente così importante nella popolazione generale (in tutte le fasce di età) e, non di meno, tra coloro che si rivolgono ai Servizi della Salute Mentale, le problematiche connesse agli obiettivi di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione rivolti a tale utenza rimangono complessivamente insoddisfatte. Una delle spiegazioni più affidabili delle criticità nell'area della "doppia diagnosi" riguarda infatti, da un lato, la mancanza di una *mission* e di una *vision* il più possibile condivise e unitarie sul tema e, dall'altro, la persistente frammentazione organizzativa tra Servizi che mantiene attiva la storica polarizzazione ideologica dell'appartenenza all'uno o all'altro dei sistemi della salute mentale, da sempre separati e derivanti da culture formative ed organizzative differenti quali quelle della psichiatria adulti, delle dipendenze e più di

recente, necessariamente, anche della neuropsichiatria infantile e del carcere. L'idea che attraverso una "fusione" si potessero concentrare risorse, costruire modelli di cura e riabilitazione integrati, aggiornati e condivisi, e - non da ultimo - "ristilizzare" Unità di Offerta troppo spesso poco appetibili e scarsamente frequentate dai potenziali utenti - dando centralità ai loro effettivi bisogni ed evitando duplicazioni - non ha corrisposto alle attese degli operatori e dei legislatori regionali.

In questo contesto estremamente complesso e, perlopiù, disarticolato, la crescita dei consumi e la progressione costante del "mercato" emergente delle nuove sostanze psicoattive (NSP) - a parità di rilevanza epidemiologica con quelle più "tradizionali" - ha aperto la strada ad una società del "*no drugs, no future*" che si esprime oggi con crescente pericolosità e non sembra dare segnali di ridimensionamento, quanto a capacità di essere controllata, da parte di chi se ne occupa a tutti i livelli.

Altrettanto significativo è stato - negli ultimi anni - l'incremento parallelo delle più diverse dipendenze "comportamentali" (*gambling, gaming, sexual and porn addiction, sport addiction, food addiction, etc.*) nella popolazione generale, oltretutto ovviamente in quella giovanile. Quest'ampia area clinica, che si prospetta di non facile discriminazione a livello della categorizzazione diagnostica, solleva inoltre limiti organizzativi rispetto alla capacità dei Servizi di avvicinare i soggetti che ne sono interessati alla luce della attuale configurazione del Sistema di Intervento. L'estrema varietà di tali disturbi e di tali utenti rischia di facilitare un'eccessiva frammentazione di risposte che nei fatti, almeno in relazione a quanto reperibile nella letteratura *evidence based*, riferiscono - nella stragrande maggioranza dei casi - a criteri diagnostici "unitari" (su base appunto comportamentale) - derivati da quelli attribuiti alle sostanze. Da un punto di vista eminentemente psicopatologico, tutto ciò indirizza verso la necessità di una revisione diagnostica integrativa in senso dimensionale e del progressivo passaggio da una lettura comorbile di tali fenomeni ad

una visione unitaria dei determinanti comportamentali dell'*addiction* su base impulsiva/da discontrollo al fine di non disperdersi in una pericolosa frammentazione ed in una innumerevole moltiplicazione delle diagnosi e dei modelli di trattamento.

2. La comorbidità tra disturbi correlati a sostanze e da *addiction* (DUS) e altri disturbi mentali è stata individuata - dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (W.H.O) e dalla Società Mondiale di Psichiatria (WPA) - come un tema di sanità pubblica e orienta, ormai da tempo, le *policies* internazionali e nazionali nell'ambito di una più generale attenzione alla salute ed alla salute mentale per quanto riguarda l'onere (significativo anche sul prodotto interno lordo) che queste patologie rappresentano in termini di costi a partire dalla perdita di produttività, dall'aumento della spesa sanitaria e dai correlati relativi alle ricadute sulla giustizia penale e i percorsi di assistenza sociale. In relazione alle specifiche caratteristiche del "mercato" e degli stili di consumo nel nostro paese, può essere utile rifarsi all'ultima "Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia" (e su quelle precedenti) che segnalano un costante incremento dei consumi ed un allargamento delle fasce di età interessate con progressiva retrodatazione dell'età d'esordio. A fianco delle rilevazioni sui consumi di sostanze sono da segnalare anche i dati sui danni, droga ed alcol-correlati, alla salute generale (epatopatie, malattie cardiovascolari, MST, HIV, HBV, HCV e quanto riguarda, in particolare, il SNC), nonché gli effetti di tali consumi sul più generale tasso di mortalità della popolazione (decessi per overdose, rischio suicidario, incidenti...), sugli accessi in PS, sui ricoveri e i conseguenti giorni di degenza in Medicina e negli SPDC, nonché su tutta l'ampia costellazione di prestazioni ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali che comportano, in generale, una più ridotta aspettativa di vita. Non risulta meno rilevante, inoltre, anche il tasso medio di violenza droga- e alcol-correlata che - pur assurgendo più alle rilevazioni effettistiche dei media

che ai database ufficiali – finisce per rappresentare oggi un altro tema importante che lega la salute mentale alle problematiche penali e alla questione irrisolta – dopo la chiusura degli OPG - degli autori di reato con disturbi comorbili. Questi risvolti, più recenti, hanno generato una maggiore consapevolezza sul fatto che le sostanze sono – come da letteratura *evidence-based* – il mediatore più importante che lega i disturbi mentali alla violenza nelle sue più diverse forme o il discontrollo alla genesi/aggravamento di patologie spesso imprevedibili e cangianti rispetto all'esordio. Un fattore di rischio particolarmente suggestivo, ai livelli precedentemente citati, riferisce al sempre più massivo impiego di cannabinoidi (soprattutto sintetici) che, avvicinati in fasi particolarmente precoci della vita, determinano effetti rilevanti sulla maturazione del SNC, accendono disturbi del neuro-sviluppo che diverranno quasi certamente precursori di ulteriori consumi e disturbi e impatteranno sulla vita futura di generazioni che, a loro volta, “costeranno” di più nella spesa sanitaria collettiva. Proprio le “nuove sostanze psicoattive” (NPS), particolarmente nocive a livello di SNC, sembrano oggi purtroppo percepite come apparentemente meno pericolose di quelle “tradizionali” in quanto il loro consumo è ampiamente diversificato nel breve periodo, induce sperimentazioni discontinue e parallele di più molecole (anziché sviluppare una “dipendenza” da un solo principio attivo) e sfugge, sostanzialmente, alla determinazione analitica (necessaria per la diagnosi e per il monitoraggio clinico). Le alterazioni comportamentali associate ad uso di NPS sono in genere più evidenti in termini di urgenza e il carattere non raramente imprevedibile e violento della loro fenomenologia allontana/impedisce il loro accesso ai Servizi per le Dipendenze deviando costantemente i loro utilizzatori verso i Servizi di Psichiatria per una gestione emergenziale e per le frequenti necessità di ricovero: peraltro, la capacità diagnostica delle attuali Unità d'Offerta, dal punto di vista della competenza tossicologica, non sembra consentire quell'inquadramento clinico necessario per testarne la presenza e affrontare i danni

che ne derivano, nonché guidare i necessari interventi che dovrebbero essere attivati con rapidità.

3. Premessa inevitabile alla costruzione di un appropriato modello di trattamento dei disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e dei disturbi mentali in comorbidità (“doppia diagnosi”) è che questo si basi su standard sanitari e deontologici che implicino la tutela del diritto a godere del più alto livello possibile di salute e di benessere, comparabile con quello della popolazione generale, riducendo il più possibile qualsiasi forma di stigmatizzazione operante a partire dalla frequente “doppia” discriminazione di cui questi utenti e le loro famiglie sono portatori, non solo nella considerazione sociale, ma anche - in parte non irrilevante - ad opera dei Servizi che se ne occupano. Questa discriminazione ha una storia lunga nel tempo e, soprattutto nel nostro paese, può essere meglio compresa solo a partire da una conoscenza “storica” del sistema di intervento e della sua polarizzazione in senso dicotomico (salute mentale e dipendenze) dove la “doppia diagnosi”/comorbidità per lungo tempo non è stata affatto letta come un fattore di ulteriore complessità: ciò in una fascia di utenti caratterizzati da esordio e decorso del disturbo più precoci e meno identificabili, prognosi infauste, nonché da una fenomenologia comportamentale espressione di una immediata disattivazione dell'auspicata compliance che dovrebbe sostenere ogni trattamento. La discriminazione e lo stigma nei confronti delle persone con disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e disturbi mentali in comorbidità rappresentano, infatti, il principale ostacolo al trattamento e solo le terapie motivazionali, da un lato, o coattive (se prese in considerazione), dall'altro, possono migliorare la *compliance* nella direzione di una attenta personalizzazione delle cure e di una specifica attenzione all'appropriatezza delle stesse. Linee-guida e raccomandazioni internazionali non mancano, in tal senso, e sono concordi nel dare enfasi alla necessità di garantire un'ampia e diversificata gamma di interventi rivolti a target specifici che mirino ad obiettivi e scadenze

temporali differenziate in funzione dei quadri clinici identificati. Tutto ciò a partire dal necessario riconoscimento della prevedibile “cronicizzazione” di questi disturbi e, nel contempo, dell’imprescindibile approccio intensivo delle terapie. Sintetizzando il più possibile l’imponente letteratura sul tema, si devono segnalare come pilastri degli interventi nel campo della comorbilità tra disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e disturbi mentali le seguenti linee d’azione:

- a. Organizzazione di Servizi ed interventi “ad alta specializzazione” dedicati ai molteplici ambiti della complessità comorbile, sia nell’ambito della diagnosi, che della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale nella direzione, già citata, della personalizzazione del trattamento, dell’integrazione dei modelli, del carattere intensivo dell’approccio e di una cornice teorico-operativa basata sulla nozione di *recovery*. Tale organizzazione si deve articolare in
 - Servizi di primo livello (a “bassa soglia”: Unità Mobili di Strada, Servizi di prima accoglienza e Drop-in, etc.),
 - Servizi di osservazione diagnostica (ambulatoriali, di ricovero in urgenza e di residenzialità breve),
 - Servizi di post-cura e di trattamento ambulatoriale integrato a valenza longitudinale (follow-up e monitoraggio dei casi complessi, soprattutto con poli-assunzione),
 - Servizi semiresidenziali e residenziali integrati con programmi psicoeducativi, psicosociali, terapeutico-riabilitativi e rivolti a popolazioni speciali (in carcere, nelle condizioni di grave vulnerabilità senza fissa dimora, per soggetti con gravi deficit cognitivi derivanti dalla già citata lunga cronicizzazione e rivolti alle problematiche di genere o del peri-parto, etc.).
- b. Attivazione di interventi diretti alla “riduzione del danno” in relazione alla tutela di quei soggetti che

risultano – nel loro “percorso” – scarsamente complianti e/o ad alto tasso di recidività e di “danno” sociale: trattamenti “a mantenimento” con agonisti, agonisti parziali (o antagonisti) degli oppioidi, sensibilizzazione sulla gestione del rischio di overdose e di MTS, programmi di “scambio” aghi e siringhe, etc.

- c. Messa in campo di azioni di prevenzione ai più diversi livelli: primaria, secondaria e terziaria, purché validate da un approccio *evidence based* incardinato, in termini eziopatogenetici, sulla precisa definizione del disturbo, sulla conoscenza dei fattori di rischio e di vulnerabilità individuale e sul potenziamento dei fattori di protezione. Tali fattori, siano essi derivabili dal micro-livello (interazioni familiari, sociali e interpersonali) o dal macro-livello (economici, istituzionali, culturali, etc) devono orientare tali programmi enucleando e dichiarando con chiarezza specifici obiettivi (per caratteristiche legate alle sostanze, agli stili di consumo delle stesse, alle comorbilità derivatene, alle fasce di età interessate e ad attività strutturate di informazione/*peer education*), finalizzati alla promozione di stili di vita sani.
- d. (Gestione clinica “integrata” – e non parallela o sequenziale – ad opera delle Unità d’offerta disponibili. I Servizi per il trattamento dei disturbi correlati a sostanze e da *addiction* e dei disturbi mentali comorbili sono stati costruiti, tradizionalmente, attraverso una separazione netta tra Dipartimenti di Salute Mentale e SerT/SerD (prima) e Dipartimenti delle Dipendenze (dopo), con una visione dell’uso di sostanze da parte di questi ultimi come problema prevalentemente medico o sociale, non di rado conseguente ad un mandato esterno di controllo e di ordine pubblico. Tale separazione ha determinato, nelle aree della diagnosi, del trattamento e della riabilitazione, importanti ostacoli al successo delle cure influenzando sia sull’integrazione delle stesse che

sulle possibilità di un valido coordinamento in fase di programmazione e di verifica di efficacia nel tempo. Come ampiamente evidenziato dalle raccomandazioni internazionali, tale approccio va superato attraverso l'integrazione delle cure operata da équipe trasversali multi-disciplinari: ciò aumenta la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza alle malattie "croniche" meglio rispondendo ai diversi target di popolazione in carico e rimodulando progressivamente, nel tempo, l'organizzazione e la logistica dei Servizi. L'intercettazione precoce, con relativo avvio di trattamenti "vicini" all'esordio, si pone come elemento inalienabile dalla personalizzazione degli interventi stessi, garantendo prognosi più favorevoli a partire da un'accurata osservazione diagnostica (in sede ambulatoriale, ma anche mediante residenzialità breve) al fine di individuare il disturbo e di raggiungere una condivisione partecipe (trattamento motivazionale), con il paziente, della cura più appropriata. La precocità e la rapidità degli interventi risulta inoltre necessaria per l'avvio ai Servizi, il più possibile ravvicinato, dei soggetti (soprattutto se giovani o giovanissimi) che possono essere sensibilizzati ad un ingresso più accessibile e accettabile nel circuito di cura senza essere necessariamente deviati nel fenomeno della *revolving door*. L'approccio descritto deve essere in grado di delineare, inoltre, percorsi differenziati per utenti "a scarsa evolutività" (con poche risorse da impiegare) o a media-alta evolutività (con sufficienti/ampie risorse da impiegare nel percorso riabilitativo) in una logica "a piramide" che si declina con interventi più intensivi riservati ai pazienti con bisogni più gravi o complessi.

- e. Attenzione alle specificità dei singoli disturbi mentali co-esistenti (disturbi dell'umore, d'ansia, correlati al trauma, schizofrenia, disturbi bipolari, disturbi di personalità, etc.) che possono complicare il quadro clinico dei disturbi correlati a sostanze e da *addiction*:

l'associazione di sostanze psicoattive, alcol e farmaci può avere, infatti, l'effetto di esacerbare sintomi/sindromi non altrimenti prevedibili, nella loro evoluzione, in relazione al quadro iniziale. Risulta ineludibile, quindi, uno screening psicopatologico preliminare (osservazione diagnostica) da condurre in qualsiasi ambito di cura al fine di distinguere innanzitutto, quando possibile ed al meglio della stessa osservazione diagnostica, i disturbi psichiatrici primari dai disturbi secondari - indotti da sostanze - che si risolvono con una progressiva astensione dall'uso. Riveste particolare importanza, in questo ambito, *l'assessment* ed il *risk management*, nonché una rigorosa valutazione del rischio suicidario o autolesivo senza intento di morte, anche in relazione alla possibile messa in atto di comportamenti che aumentano il rischio diretto/indiretto di mortalità per overdose droga-/alcol-correlata. Altrettanto vale per il rischio etero-aggressivo, largamente presente soprattutto nella popolazione comorbile dei contesti carcerari e nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Risultano imprescindibili, pertanto, Servizi intra ed extra-carcerari integrati per assicurare piani di trattamento complessivi coerenti con le necessità di continuità assistenziale anche per quanto riguarda l'accesso alle misure alternative alla detenzione, alla "messa alla prova" e alla valutazione dell'eventuale non imputabilità.

- f. Dotazioni di personale sufficienti rispetto agli obiettivi di cura e diversificate, in termini di competenze professionali multidisciplinari, in grado di operare a livello di:
- osservazione e valutazione diagnostica multimodale,
 - gestione delle comorbidità legate alla salute mentale e fisica rilevabili nel tempo,
 - interventi medico-tossicologici (farmacologici e psicofarmacologici) sia per la gestione dell'intossicazione acuta come emergenza medica di Pronto Soccorso,

sia mediante letti dedicati alle urgenze-emergenze tossicologiche, sia nel caso di sintomi psichici gravi che motivino il ricovero in SPDC - anche in TSO - per quanto di competenza psichiatrica,

- trattamenti psicologico/psicoterapici, individuali e di gruppo,
- counseling, psicoeducazione, cooptazione/lavoro con le famiglie e sostegno alla rete,
- riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo

ANALISI SINTETICA DELLE PRIORITÀ DEL DOCUMENTO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE AI PERCORSI DI CURA E AGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI COINVOLTI

I. Modello organizzativo dei Servizi

- Si propone un modello di lavoro “integrato” all’interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD)
- È sottolineata l’esigenza di superare la frammentazione tra Servizi per la salute mentale (Psichiatria) e per le dipendenze (Ser.D), storicamente separati, e di cooptare i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell’Adolescenza e i Servizi Forensi
- Il DSMD deve includere la gestione unitaria di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento, con attenzione alle comorbidità e ai nuovi bisogni emergenti

II. Percorsi di cura - Servizi ambulatoriali

- I servizi ambulatoriali costituiscono la prima linea di cura e vanno differenziati per intensità:
 - Bassa soglia / drop-in per accesso rapido e facilitato
 - Trattamenti specialistici per casi complessi
- Approccio centrato su:
 - Competenza multidisciplinare
 - Osservazione diagnostica
 - Trattamenti farmacologici, psicofarmacologici e psicologici

- Interventi familiari
- Supporto sociale e riabilitazione lavorativa
- Piani individualizzati con monitoraggio continuo (approccio “attivo” e mantenuto nel tempo)
- Potenziamento della telemedicina e dell’assistenza domiciliare per implementare ed ampliare l’accessibilità ai Servizi

III. Percorsi di cura - Servizi residenziali e semiresidenziali

- Necessari per pazienti con bisogni intensivi o con comorbidità complesse, devono offrire:
 - Protezione attraverso un ambiente monitorato e senza sostanze
 - Terapie individuali e di gruppo
 - Formazione professionale e reinserimento
 - Si sottolinea la necessità e l’imprescindibilità di linee guida *evidence-based* per evitare approcci non validati

IV. Gestione delle acuzie.

- L’intossicazione acuta va trattata nei PS e nei Servizi di Emergenza. È pertanto necessario:
 - Garantire consulenza e supporto psichiatrico immediato
 - Stabilire procedure per il TSO in contesti medici e DUS-correlati
 - Attivare subito la presa in carico territoriale

V. Area penale e carcere

- Poiché oltre il 25% della popolazione detenuta presenta un DUS, il carcere è spesso l’occasione per un primo contatto con i Servizi rendendo necessario:
 - Un modello integrato intra/extra carcerario con continuità terapeutica
 - Misure Alternative alla Detenzione riconosciute come strumento di cura e reinserimento

VI. Trattamento specialistico delle comorbidità

- Poiché i pazienti comorbili presentano disturbi mentali importanti (umore, psicosi, PTSD,

ADHD, della personalità, etc.) occorre:

- Screening sistematico
- Diagnosi differenziale (disturbo indipendente vs indotto)
- Approccio multi-specialistico nei casi di uso di nuove sostanze (NSP)

- Programmi di prevenzione EBM (es. *parenting skills, social skills*)

- Allineamento del sistema a standard internazionali
- Sperimentazione di modelli innovativi
- Implementazione della ricerca sul campo

VII. Aspetti critici, dal punto di vista organizzativo, cui dare risposta

- Carenza di personale e necessità di aggiornamento degli standard di *staffing*
- Superamento delle disomogeneità regionali nell'offerta e nell'accesso ai trattamenti
- Imprescindibilità di un Sistema Informativo Nazionale Unificato per disturbi mentali e disturbi correlati a sostanze e da *addiction* in grado di integrare le informazioni epidemiologiche e cliniche

VIII. Prevenzione e territorio

- Interventi nelle scuole (educazione, *peer education*)
- Supporto alle famiglie (auto-aiuto, psicoeducazione)
- Reti con il Terzo Settore e gli Enti Locali per prese in carico su specifiche problematiche e incremento delle possibilità di reinserimento sociale

IX. Formazione

- Implementazione della formazione specialistica su DUS e comorbilità nei corsi universitari, nelle scuole di psicoterapia e nei corsi di aggiornamento a partire da percorsi tematici
- Piano regionale di formazione e intervizione integrata tra professionisti

X. Buone pratiche e raccomandazioni internazionali

- Riferimenti alla letteratura *evidence-based* quale, ad esempio:
 - Linee guida ASAM e APA
 - Documento UNODC sulle buone pratiche

Tabella Sinottica – Percorsi di Cura e Organizzazione dei Servizi nel DSMD

Area di Intervento	Criticità rilevate	Proposte operative	Servizi coinvolti
Organizzazione generale del DSMD	Separazione storica tra salute mentale e dipendenze; disomogeneità locale rispetto al modello regionale	Modello integrato unico (DSMD); gestione unitaria; superamento dicotomie	DSMD; ASST, ATS; Regione
Servizi ambulatoriali	Accesso frammentato; presa in carico tardiva	Percorsi a bassa soglia; ambulatori specializzati; piani individualizzati; telemedicina	Ser.D, CPS; ambulatori DSMD; MMG; neuropsichiatri infantili; pediatri di libera scelta
Servizi residenziali e semiresidenziali	Offerta eterogenea; mancanza di linee guida condivisibili	Standardizzare i percorsi; definire linee guida <i>evidence-based</i>	Comunità terapeutiche a diversa specializzazione; centri semiresidenziali; Accreditamento ATS
Gestione acuzie (emergenze)	Carenze nei PS; assenza di protocolli condivisi	Presenza psichiatra in PS; accesso agevolato in SPDC; collaborazione con Centri Antiveneni	PS, DEA; SPDC; Centri Antiveneni; Ser.D
Carcere e area penale	Alto tasso di DUS non trattati; frammentazione intra-extra carceraria	Rafforzare MAD e messa alla prova; trattamenti in continuità intra-extra murari	Ser.D penitenziari; Autorità Giudiziaria; UEPE; DSMD
Comorbidità psichiatrica e fisica	Diagnosi differenziale complessa; trattamenti non integrati	Screening sistematico; percorsi di valutazione prolungati (es. COD); trattamenti integrati	SPDC e CPS; Ser.D; altri centri specialistici; Terzo Settore
Nuove sostanze psicoattive (NSP)	Diagnosi difficile; danni organici, neurologici e psicopatologici gravi	Reparti sperimentali; approccio neurobiologico integrato	DSMD; Laboratori; Reparti specialistici; Ricerca clinica
Prevenzione	Interventi scollegati; approcci generalisti	Programmi <i>evidence-based</i> per target specifici; <i>peer education</i> e <i>parenting skills</i>	Scuole; Ser.D; Enti Locali; Terzo Settore
Supporto a famiglie e rete territoriale	Isolamento familiare; scarsità della rete	Auto-mutuo-aiuto; gruppi psicoeducativi; progetti in rete con ETS e associazioni	DSMD; Servizi Sociali; Terzo Settore
Formazione	Scarso inserimento del tema nei curricula universitari, nelle scuole di psicoterapia e nei percorsi di aggiornamento	Piano di formazione e intervizione integrata	Università; Ordini professionali; Scuole di specializzazione in psicoterapia; ASST, ATS
Sistema informativo	Dati non omogenei o non integrati tra Regioni e Servizi	Creazione di sistema informativo nazionale integrato (SISM + SIND)	Ministero Salute; Regioni; ISTAT; DSMD

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features*. J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.
- Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni

