



AZIENDA U.L.S.S. 12 VENEZIANA

AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

DEFINITIVO

DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

## Linee di indirizzo e protocollo operativo tra il Dipartimento delle Dipendenze e il Dipartimento Salute Mentale

DGR N. 3745 del 05.12.2003

ALLA STAMPATA

per il Dipartimento delle Dipendenze:

Dott. G. Trinciarelli

Dott.ssa M. Paties

Dott. P. Stocco

per il Dipartimento di Salute Mentale

Dott. S. Steffenoni

Dott. M. Lattanzi

Dott. M. Pinto

Dott. O. Pertegato

Dott.ssa T. Bertoldin

Protocollo d'intesa tra

Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze

sede legale: 30100 Venezia - Mestre - Per. 04/12607111 - via Don Federico Tosatto, n. 147  
C.F. e P. IVA 02798850273 - casella postale: 142 - cod. id 050.112 - sito internet: [www.ulss12.ve.it](http://www.ulss12.ve.it) - e-mail: [azienda.sanitaria@ulss12.ve.it](mailto:azienda.sanitaria@ulss12.ve.it)  
Comuni di Venezia - Cavallino Treporti - Marcon - Quarto d'Altino



## Indice:

1. Modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei Servizi allo stesso.
2. Tempi e modalità di definizione dei programmi terapeutici compresa la definizione del Servizio referente e del case manager.
3. Modalità di gestione dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera.
4. Metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali.
5. Modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per i pazienti residenti in strutture residenziali e/o semiresidenziali.
6. Vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi Servizi Territoriali.
7. Livelli di responsabilità all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze sulle attività sopra elencate.



## Premessa:

Il presente documento trae ispirazione da una lettura dei documenti per l'intervento congiunto tra i Dipartimenti per le Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende ULSS n. 20 e n. 7 secondo quanto deliberato dalla Giunta Regione del Veneto DGR 3745 del 5/12/2003 e va ad integrazione del precedente Protocollo operativo con Deliberazione del Direttore Generale n. 955/2004.

Sempre più spesso si osservano pazienti con contemporanea presenza di disturbi correlati ad uso di sostanze stupefacenti e disturbi psichiatrici e per questo motivo si ritiene necessario migliorare e riorganizzare la presa in carico e la gestione dei casi che presentano una grave patologia psichiatrica – intesa come disturbo psicotico o grave disturbo dell'umore o disturbi di personalità con transitoria psicopatologia maggiore – unitamente ad abuso di alcol e/o sostanze psicotrope, che condizionano i bisogni clinici assistenziali e riabilitativi dell'utente in modo tale da renderlo bisognoso di un duplice trattamento e supporto specialistico.

I due Dipartimenti adottano in linea di massima come criterio di definizione per la presa in carico la diagnosi in ASSE 1.

La diagnosi in ASSE 2 può diventare rilevante per la definizione della presa in carico solo nel caso debba costituire possibile e concreto oggetto di trattamento. La non aderenza al trattamento, in assenza di patologia psichica in ASSE 1 non dovrebbe costituire da sola criterio di affidamento al DSM.

Si concorda che scopo primario della collaborazione reciproca, tra il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) e il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), è quello di garantire la continuità assistenziale e di migliorare la gestione clinica anche attraverso una doppia presa in carico del paziente, con forte integrazione nelle modalità operative tra i Dipartimenti.

Nel Gruppo di Lavoro dedicato alla stesura del Protocollo operativo tra DDD e DSM, si sono evidenziate esigenze specifiche ed alcuni ambiti rilevanti così sintetizzati:

1. vi è la necessità di riorganizzare e razionalizzare l'assistenza sui pazienti con dipendenza da sostanze e contemporanei disturbi psichiatrici e nello specifico di definire un protocollo per la gestione coordinata delle offerte assistenziali a queste persone sia in ambito territoriale che di ricovero.



AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

2. questo coordinamento trova la sua concretizzazione anche nella stesura di un documento comune tra il DDD e il DSM, orientato a creare una sinergia operativa e a mantenere la continuità terapeutica in un contesto di buone prassi cliniche.
3. si riconosce la necessità di meglio definire le modalità per una corretta presa in carico e gestione di quadri clinici specifici nell'ambito dei Disturbi di Personalità che dovranno trovare risposte adeguate e coordinate anche mediante il coinvolgimento di altre strutture aziendali e non esclusivamente nei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze.
4. si è rilevata la necessità di ridurre e/o contenere il più possibile i "ricoveri impropri" presso gli S.P.D.C. (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura).
5. si concorda che nel caso di pazienti con presenza di ambedue i disturbi in fase attiva (da dipendenza da sostanze e psichiatrici) sia necessario effettuare da parte di entrambi i Dipartimenti un inquadramento diagnostico, per quanto di propria competenza, e pervenire in via generale ad una doppia presa in carico da parte di entrambi i Dipartimenti.
6. la doppia presa in carico consentirà una specifica assunzione di responsabilità clinica da parte di ambedue i Dipartimenti, ognuno per gli aspetti specifici, e porterà al bisogno di un forte coordinamento sui programmi assistenziali e sui percorsi futuri del paziente anche al fine di non duplicare interventi, di ottimizzare l'assistenza e di concordare sulle scelte terapeutiche.
7. a questo fine è necessario definire processi generali per tre macrocategorie di situazioni cliniche:
  - a. pazienti con prevalenti situazioni relative alla dipendenza da sostanze e contemporaneamente problemi psichiatrici non particolarmente attivi/scompensati.
  - b. pazienti con prevalente disturbo psichiatrico e contemporaneamente dipendenza da sostanze non particolarmente attiva/scompensata (compromissione stabile della situazione sociale – stato di addiction)
  - c. pazienti con tossicodipendenza attiva e con disturbo psichiatrico attivo
8. è inoltre necessario definire un processo assistenziale comune e coordinato che preveda, ovunque sia il punto di accesso del paziente :
  - a. valutazione diagnostica iniziale da parte del Dipartimento con cui il paziente entra in contatto.
  - b. attivazione dell'altro Dipartimento per una valutazione congiunta del caso tale da definire, se necessaria, una doppia presa in carico o una semplice consulenza sul caso.



## AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

- c. nel caso di doppia presa in carico, definizione da parte di ciascun Dipartimento di un programma assistenziale di massima, sulla base dei bisogni individuati, specifico per le due condizioni (dipendenza e disturbi psichiatrici).
  - d. concertazione tra i due Dipartimenti dei programmi assistenziali, con coordinamento delle attività e delle prestazioni da erogare in base ai bisogni del paziente e alle risorse disponibili, anche mediante la definizione dei rispettivi case manager.
  - e. programmazione di verifiche periodiche sull'andamento e management congiunto (per quanto di rispettiva competenza).
9. per migliorare l'assistenza residenziale si ritiene indispensabile inoltre individuare con chiarezza le Comunità Terapeutiche accreditate per l'assistenza ai tossicodipendenti idonee a trattare casi di comorbidità psichiatrica e le specifiche procedure per il supporto a queste strutture da parte dei Servizi del DSM soprattutto relativamente alla gestione delle urgenze.

## 1. Modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei Servizi allo stesso.

- 1.1. L'inquadramento diagnostico dei pazienti con importanti problemi di alcool o sostanze psicotrope e contemporanei problemi psichiatrici (eccedenti la comorbidità attesa come diretta complicità della sostanza assunta), afferenti al DSM o al DDD, sarà espletato da ogni singolo Dipartimento, per la parte di propria competenza. Ciascun Dipartimento attiverà l'altro Dipartimento per una valutazione contemporanea di questi casi, al fine di definire la necessità di una doppia presa in carico o la fornitura di una semplice consulenza. Nei casi in cui si ravvisi la necessità di un trattamento integrato, l'accertamento diagnostico esiterà in una diagnosi condivisa con la conseguente programmazione di un intervento concertato e di un progetto individuale di trattamento con le modalità di seguito indicate. L'accertamento diagnostico avrà un riferimento metodologico condiviso, a partire dagli strumenti metodologici utilizzati dall'Azienda ULSS Veneziana.

## 2. Tempi e modalità di definizione dei programmi terapeutici compresa la definizione del Servizio referente, del case manager.



AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

- 2.1 **RECIPROCA CONSULENZA:** medici e psicologi del DDD e del DSM possono richiedere reciproca consulenza specialistica in caso di una presunta e contemporanea presenza di disturbi psichiatrici e disturbi correlati a uso di sostanze. In particolare per i Servizi appartenenti ai rispettivi Dipartimenti le consulenze potranno essere richieste per :
- a- Consulenza a fini diagnostici, specialistici (per quanto di rispettiva competenza);
  - b- Consulenza per terapia farmacologica specifica;
  - c- Presa in carico psicoterapica e/o farmacologica;
  - d- Inserimento in Strutture intermedie con finalità riabilitative (Comunità Terapeutiche residenziali con programmi che prevedono l'assistenza a pazienti con doppia diagnosi);
  - e- Valutazione della necessità di ricovero in ambiente psichiatrico (casi programmabili e/o urgenti).
- 2.2 **CRITERIO TERRITORIALE:** Consulenza ed eventuale presa in carico avvengono in via prevalente su criterio territoriale, in base alla residenza del paziente e/o del Servizio che ha in carico il paziente in quel momento e nel rispetto della libera scelta del paziente e della continuità assistenziale.
- 2.3 **SOGGETTO CON COMORBILITA' INSERITO IN COMUNITA' TERAPEUTICA:** l'intervento del DSM a favore di pazienti tossicodipendenti, con patologia psichiatrica attiva/scompensata, che devono essere inseriti in Comunità Terapeutica per Tossicodipendenti è richiesto dal Medico del DDD prima dell'inserimento in Comunità. Dopo l'inserimento in Comunità (in caso di bisogno) la consulenza sarà richiesta dal personale Medico o dallo Psicoterapeuta referente della Comunità previo, se possibile, raccordo con il servizio di riferimento.
- 2.4 **SEDE DELLA VALUTAZIONE:** la valutazione clinica del paziente presso il CSM o il Ser.T. di competenza territoriale, avviene, di norma e con l'esclusione delle emergenze che richiedono immediato ricorso alle strutture di pronto soccorso, entro i più brevi tempi possibili concordati tra i servizi.
- 2.5 **SITUAZIONI DI PARTICOLARE COMPLESSITA':** le situazioni di dipendenza da alcool o da sostanze psicotrope spesso associate a disturbo di personalità, con difficoltà o impossibilità ad aderire a programmi specifici, vanno valutate con particolare attenzione. Queste situazioni richiedono progetti di interventi particolari che vadano a coinvolgere non solo i due Dipartimenti ma anche le Comunità, i Comuni ed i Servizi di rete del territorio compreso il M.M.G. In questi casi i due Dipartimenti concordano in linea generale di definire caso per caso la referenza, di attuare comunque una stretta integrazione di interventi e di porre come obiettivo degli interventi anche la riduzione del ricorso alla impropria degenza psichiatrica. I casi in questione vanno segnalati oltre che ai due



## AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

Dipartimenti, anche alla Direzione Sanitaria e Sociale come situazioni di particolare complessità che esulano dalla normale routine del lavoro integrato.

## CRITERI GENERALI PER LA PRESA IN CARICO IN BASE ALLE DIFFERENTI SITUAZIONI CLINICHE

Tabella n. 1

CONDIZIONI			
	A	B	C
	PAZIENTE CON PREVALENTI SITUAZIONI RELATIVE ALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE E CON CONTEMPORANEI PROBLEMI PSICHIATRICI MA NON PARTICOLARMENTE ATTIVI/SCOMPENSATI	PAZIENTE CON PREVALENTE DISTURBO PSICHIATRICO E CONTEMPORANEA DIPENDENZA DA SOSTANZE NON PARTICOLARMENTE ATTIVA/SCOMPENSATA (COMPROMISSIONE STABILE DELLA SITUAZIONE SOCIALE – STATO DI ADDICTION)	PAZIENTE CON TOSSICODIPENDENZA ATTIVA E CON DISTURBO PSICHIATRICO ATTIVO
CRITERI	Dipendenza da sostanze attiva: esami costantemente positivi per sostanze.	Diagnosi pregressa o attuale di Psicosi o Disturbi gravi dell'umore o Disturbi di personalità con quadri clinici di scompenso. (Es.: Tentato suicidio e/o allucinazioni e deliri).	Diagnosi di quadro psicopatologico in fase attiva (Psicosi, Disturbi gravi dell'umore. Disturbi di personalità con transitoria grave fenomenologia psicopatologica maggiore).
	Paziente in terapia farmacologica sostitutiva che continua a presentare assunzione di sostanze.	Disturbi di personalità trattabili in ambito psichiatrico.	
	Disturbi di personalità trattabili in ambito ambulatoriale per Tossicodipendenti.		
	Psicosi, disturbi dell'umore e disturbi di personalità in fase di compenso.	Uso di sostanze occasionale e/o periodico /	Diagnosi di Tossicodipendenza in fase attiva.
	RUOLI	PRESA IN CARICO DDD	
	CONSULENTE = DSM	CONSULENTE = DDD	DOPPIA PRESA IN CARICO DDD/DSM



### 3. Modalità di gestione dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera.

#### 3.1 GESTIONE DI SITUAZIONI URGENTI (PAZIENTI ACUTI)

3.1.1 SITUAZIONI URGENTI: per il ricovero vedi punto 3.1.2. Nell'intervenire sulle situazioni acute è necessario considerare prioritario il compenso e la stabilizzazione dello stato di tossicodipendenza relativamente allo stato di astinenza e/o dell'overdose. Tutto questo al fine di garantire una condizione clinica di base che permetta l'instaurazione di una corretta terapia psichiatrica volta a stabilizzare il quadro compensato.

3.1.2 RICOVERO OSPEDALIERO: In caso di acuzie psichiatrica, l'eventuale ricovero ospedaliero in S.P.D.C. avverrà di norma su richiesta/invio del Medico del DDD e su decisione del Medico del DSM. Per pazienti inseriti in Comunità Terapeutica, la richiesta di ricovero in S.P.D.C. sarà effettuata da personale abilitato a tale funzione (Medici). La richiesta di valutazione e/o intervento urgente può essere fatta dal Direttore o anche dallo Psicoterapeuta della Comunità e in tal caso lo Specialista del DSM competente può essere contattato anche telefonicamente. In linea generale i due Dipartimenti concordano sulla necessità di limitare allo stretto necessario l'intervento ospedaliero psichiatrico. La durata del ricovero è strettamente correlata al superamento della situazione di scompenso e non può mai configurarsi come alternativa ad un reinserimento in Comunità o come alternativa di trattamento di situazioni di malattia somatica conseguenti al disturbo da dipendenza. In ogni caso le parti concordano che la durata della degenza di situazioni di comorbidità sia da mettere in relazione con le situazioni cliniche del paziente e da valutare caso per caso e di norma rientrare entro i tempi previsti di degenza media del Servizio. La fase di ricovero, fatte salve le responsabilità in caso di degenza ospedaliera previste dalla normativa vigente, dovrà esitare alla dimissione in un rinvio del paziente al Servizio di provenienza al fine di ristabilire la continuità assistenziale.

### 4. Metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali e territoriali.





## AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

### 4.1 GESTIONE DI SITUAZIONI ORDINARIE

4.1.1 PROGETTI INTEGRATI: Nella gestione delle situazioni ordinarie potranno essere attuati progetti integrati fra DDD e DSM con progetti specifici affidati alle singole Unità Operative in base ai ruoli identificati secondo i criteri della tabella precedente.

4.1.2 DEFINIZIONE DEL PROGETTO TERAPEUTICO PER CASI DI COMORBILITA' PSICHIATRICA: Il progetto terapeutico è gestito dal Medico (Case Manager) del Servizio che ha in carico il paziente sulla base di quanto precedentemente stabilito e può prevedere l'impiego di operatori dei due Dipartimenti secondo una modalità concordata che tenga conto delle risorse disponibili. Il progetto terapeutico deve prevedere in modo esplicito le figure professionali dei due Dipartimenti coinvolte nel progetto, i setting di attività e i rispettivi compiti. Il progetto deve anche prevedere le singole situazioni critiche e le misure preventive per farvi fronte. Le figure professionali coinvolte, in particolare il Medico che ha in carico il paziente, provvedono, su assenso del paziente stesso e sulla base della necessità clinica, ad informare e coinvolgere il Medico di Medicina Generale; sensibilizzano la famiglia sulla necessità di cura integrata, valutando l'opportunità di intervento sulla famiglia stessa e sull'ambiente sociale di appartenenza; programmano inoltre periodici incontri per la discussione dei casi e per verificare la realizzazione e l'andamento del progetto terapeutico-riabilitativo, intervenendo tempestivamente in caso di necessità (es. acuzie psichiatrica che possa richiedere il ricovero presso il Servizio per la diagnosi e cura, abbandono del programma da parte del paziente....).

4.1.3 RISORSE: I percorsi terapeutici prevedono l'utilizzo di tutti gli strumenti a disposizione dei due Dipartimenti e sono condotti in regime ambulatoriale e/o residenziale (in Comunità Terapeutica) e/o di ricovero in base alle necessità cliniche.

4.1.4 FAMIGLIA: In caso il progetto terapeutico preveda la presa in carico della famiglia, questa viene inserita nei gruppi terapeutici gestiti dal DDD o dal DSM, in base alle problematiche riscontrate, alle necessità cliniche derivanti e ai rispettivi ruoli definiti sulla scorta dei criteri precedenti.

### 4.2 PAZIENTE IN CARICO AL DDD (presso i SerT e le Comunità).

4.2.1 VALUTAZIONE PSICHIATRICA NON URGENTE: Riscontrata la necessità di una valutazione psichiatrica non urgente, il referente Medico per il DDD contatta il Medico del DSM rispettando per quanto possibile la competenza territoriale.

4.2.2 VALUTAZIONE PSICHIATRICA PER CONDIZIONE CLINICA URGENTE: Il paziente viene inviato presso il Pronto Soccorso e valutato dal Medico del PS e dal Medico di Guardia del Servizio di Psichiatria dell'Ospedale più vicino, che può rinviarlo al Dipartimento delle Dipendenze, con la consulenza in risposta, oppure al Servizio Psichiatrico di competenza



## AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

territoriale per una rivalutazione. Per i pazienti in Comunità Terapeutica Residenziale, nei casi di problematiche acute, che richiedono un intervento urgente, tale intervento potrà essere richiesto direttamente (presso PS o il Servizio Psichiatrico) dal Medico o dallo Psicoterapeuta della Comunità o mediante le strutture deputate alla gestione delle emergenze sul territorio (es. 118, Guardia Medica etc. ).

4.2.3 PRESA IN CARICO: se ritenuto necessario dalle due équipe, si opererà in maniera integrata per predisporre un programma terapeutico-riabilitativo che tenga conto della comorbidità psichiatrica. La presa in carico avverrà secondo i criteri indicati nella tabella n.1).

### 4.3 PAZIENTE IN CARICO AL DSM.

4.3.1 VALUTAZIONE PER DISTURBO DA USO DI SOSTANZE IN FASE DI SCOMPENSO: riscontrata la necessità da parte della Psichiatria, di una valutazione per emergenti problemi di abuso di sostanze psicotrope e/o alcol, l'utente viene inviato al Dipartimento delle Dipendenze. Il Medico di accoglienza del Dipartimento delle Dipendenze dopo una prima valutazione, in caso di necessità, attiva la procedura di accoglienza, oppure lo rinvia al collega della Psichiatria con consulenza scritta.

4.3.2 PRESA IN CARICO. In caso di necessità di una presa in carico e/o programmazione di un progetto riabilitativo, il Medico del Centro di Salute Mentale fornirà le informazioni necessarie all'operatore del Dipartimento delle Dipendenze e concorderà con lo stesso e con il paziente tempi e modi dell'accoglienza. La presa in carico avverrà secondo i criteri indicati nella tabella n. 1.

### 4.4 PAZIENTE RICOVERATO IN UN SERVIZIO DI DIAGNOSI E CURA.

4.4.1 Riscontrata la necessità di valutazione da parte del DDD e qualora il DDD segua già il paziente, si attuerà un incontro tra le due équipe di riferimento per la definizione del programma da attuare.

4.4.2 In caso di paziente non seguito dal DDD si avvia una richiesta di consulenza per la valutazione e l'eventuale collaborazione in base al problema. Se dalla valutazione emerge la necessità della presa in carico, il referente Medico del DDD concorda con il Medico referente del DSM i tempi ed i modi dell'accoglienza.

4.4.3 Già durante la degenza le équipe del DDD e del DSM s'incontrano per condividere conoscenze e concordare il trattamento. Si avrà cura di stabilire precisamente i rispettivi compiti, la presa in carico e/o l'eventuale ruolo di consulente secondo i criteri indicati nella tabella n.1.

4.4.4 In caso di ricovero qualora vengano meno le problematiche psichiatriche attive e contemporaneamente impossibilità di dimissioni e in mancanza di una idonea condizione



## AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

assistenziale territoriale, il DDD dovrà collaborare attivamente con il DSM, anche con propri operatori, alla ricerca di una tempestiva soluzione assistenziale territoriale più idonea per il paziente, ferme restando le competenze derivanti dalla sede ospitante il paziente stesso in quel momento.

### 5. Modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per i pazienti residenti in strutture residenziali e/o semiresidenziali.

**5.1 PROGETTO TERAPEUTICO IDONEO:** Il case manager e la sua équipe avranno cura di comunicare e condividere con il consulente un progetto terapeutico ritenuto idoneo al quadro di comorbidità psichiatrica e il consulente, dopo valutazione della proposta ed eventuali modifiche, esprimerà formalmente il suo giudizio dando parere favorevole o meno. Il progetto terapeutico sarà formulato per obiettivi, tempi e risorse e prevederà incontri di verifica con il paziente.

**5.2 COMUNITA' TERAPEUTICA IDONEA ACCREDITATA PER CASI DI COMORBILITA' PSICHIATRICA:** In caso in cui il progetto (5.1) preveda l'inserimento del paziente in una comunità terapeutica idonea / accreditata per comorbidità psichiatrica, è richiesta una appropriata integrazione economica della retta.

## 6. Vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi Servizi Territoriali.

I due Dipartimenti concordano vie di accesso facilitate per le prestazioni sottoelencate erogate ai propri utenti che presentino problemi di comorbidità:

**6.1 PRIMA VISITA:** si tratta di soggetti residenti o meno nel territorio dell'ULSS 12, non conosciuti ad uno od entrambi i Dipartimenti, che formulano richiesta d'aiuto presso uno dei due Dipartimenti.

**6.2 VISITA DI CONTROLLO:** si tratta di soggetti in carico presso i due Dipartimenti che concordano direttamente con il Medico referente gli appuntamenti di verifica del programma terapeutico.

**6.3 RICOVERO IN OSPEDALE:** Per questo aspetto si fa riferimento a quanto definito al punto 3.1.2.

**6.4 INSERIMENTO IN COMUNITA' TERAPEUTICHE:** Per questo aspetto si fa riferimento a quanto definito al punto n 5.1 e 5.2.

---

Protocollo d'intesa tra

Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze

Sede legale: 30174 Venezia - Mestre - Ref. 0412607111 - Via Don Federico Tosatto, n. 147  
C.F. e P. IVA 02798850273 - casella postale: 142 - cod. id. 050.112 - sito internet: [www.ulss12.ve.it](http://www.ulss12.ve.it) - e-mail: [azienda.sanitaria@ulss12.ve.it](mailto:azienda.sanitaria@ulss12.ve.it)  
Comuni di Venezia - Cavallino Treporti - Marcon - Quarto d'Altino



## 7. Livelli di responsabilità all'interno del Dipartimento Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze sulle attività sopra elencate.

- 7.1 **RESPONSABILITA' CLINICA:** è attivata dalla presa in carico formale del paziente da parte del Servizio competente, secondo i criteri definiti nella tabella n.1. Ogni Dipartimento risponde per quanto di competenza sia nello stato di "presa in carico" che di "consulenza" reciproca.
- 7.2 **RESPONSABILITA' GESTIONALE / AMMINISTRATIVA:** questa responsabilità è conseguente alla presa in carico clinica del paziente e viene messa in capo a ciascun Servizio formalmente coinvolto per il grado specifico di coinvolgimento (presa in carico, consulenza).

Dando seguito a quanto specificato nella DGR n. 3745 del 05/12/2003 e nella Deliberazione n. 955 UULSS n. 12 viene istituita presso il Dipartimento delle Dipendenze una Commissione permanente di lavoro con il Dipartimento di Salute Mentale, il cui mandato è:

1. Stabilire agende annuali d'incontri
2. Monitorare gli accessi ai due Servizi dei pazienti con comorbidità psichiatrica
3. Fornire descrizioni quali-quantitative dei casi problematici e complessi
4. Verificare la funzionalità del protocollo nel tempo e proporre miglioramenti
5. Approfondire aspetti particolari con studi e ricerche sul tema
6. Organizzare momenti formativi comuni finalizzati all'approfondimento della comorbidità psichiatrica
7. Assumere le indicazioni della Regione del Veneto.

I Direttori dei rispettivi Dipartimenti nominano i partecipanti alla Commissione permanente di lavoro.

Venezia,

IL COORDINATORE  
DIPARTIMENTO per le DIPENDENZE

f.to Dott.ssa Amedea Lo Russo

IL DIRETTORE  
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

f.to Dott. Vincenzo De Nardo



AZIENDA ULSS 12 VENEZIANA

