

PARTE TERZA

L'INDAGINE PILOTA

INDAGINE PILOTA SULL'UTENZA IN CARICO AI SERVIZI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL'AUSL DI MODENA

Il Gruppo di lavoro sull'Indagine Pilota

Claudio Annovi - Coordinatore

Giuseppa Caloro

Angela Castelli

Nadia Cavazzutti

Letizia Grossi

Gianni Morandi

INDAGINE PILOTA SULL'UTENZA IN CARICO AI SERVIZI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL'AUSL DI MODENA

Premessa generale

La ricerca tenta di definire tipologie, caratteristiche e numerosità dell'utenza avente contemporaneamente programmi terapeutici attivati presso più Servizi del Dipartimento Salute Mentale, stabilendone il relativo carico di lavoro.

L'indagine realizzata è la prima in assoluto di questo genere per i Servizi del DSM, e se risente inevitabilmente sia di tale effetto di "primogenitura", sia della sua stessa complessità strutturale, indica comunque nel contempo una direzione di condotta per eventuali ulteriori approfondimenti, ovviamente sempre più affinati e meticolosi.

L'Indagine

Nell'inverno 2002/2003 il DSM dell'AUSL di Modena ha costituito un gruppo di lavoro di 13 operatori, in rappresentanza delle 3 Aree e dei 4 Settori di cui si compone, per avviare uno studio dei casi in carico ai propri Servizi.

Tale gruppo di lavoro ha costruito un'ipotesi di analisi del fenomeno e definito 2 schede cartacee di raccolta dati che sono poi state compilate dagli operatori dei 4 Settori dipartimentali. Più in particolare, ogni componente del gruppo di lavoro ha personalmente presentato il progetto di ricerca nelle équipes dell'area e del settore di appartenenza, oltre a garantire alle stesse il supporto e le consulenze utili per completare, nei tempi e nei modi richiesti, la compilazione delle schede proposte per l'attuazione del censimento. Sono quindi state distribuite le schede agli operatori del DSM (psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi).

Per l'elaborazione dei dati è stato incaricato l'Osservatorio Dipendenze Patologiche che ha seguito la strada obbligata di una codifica a posteriori delle schede raccolte, della costruzione di un database completamente imputato a mano (anziché partire dal linkage dei singoli database sull'utenza esistenti a livello di Settore), del successivo debugging e prima analisi dati sulla base delle ipotesi di massima definite in prima istanza dal gruppo di lavoro e successivamente parzialmente ridefinite sulla base dei primi risultati emersi, sino alla analisi e commento dati finali ed alla successiva fase finale di impaginazione e correzione ortografica per la stampa definitiva.

1. Indagine attuata all'interno delle Unità Operative dei 4 Settori del DSM: Psichiatria Adulti (PA), Dipendenze Patologiche (DP), NeuroPsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA), Psicologia Clinica (PC), identificando le seguenti categorie di pazienti:

- **Paziente multiproblematico:** presenta disturbi importanti, che soddisfano categorie diagnostiche diverse, per i quali è prevista una presa in carico continuativa di due o più servizi dell'Azienda USL (di cui almeno uno del DSM); i dati sono stati forniti dai Settori

PA, DP e PC per tutti i distretti e dal Settore NPIA per i distretti 3 e 7 (per difficoltà organizzative, nonostante tali pazienti fossero significativamente presenti in tutti i servizi NPIA distrettuali);

- **Paziente con doppia diagnosi:** presenta contemporaneamente disturbi psichiatrici e da uso di sostanze, ed è in trattamento presso almeno uno dei settori PA e DP (che hanno fornito i dati):
 - In trattamento presso ambedue i servizi oppure;
 - In trattamento presso uno dei due servizi e seguito o visto in consulenza, nel 2002 o nel 2003, dall'altro servizio;
 - **Famiglia multiproblematica:** nucleo familiare al cui interno almeno due dei membri sono in carico a servizi sanitari dell'AUSL e/o socio-assistenziali diversi, di cui almeno uno del DSM. I dati sono stati forniti da tutte le unità operative dei 4 Settori DSM: PA, DP, NPIA e PC.
2. Obiettivo dell'indagine: tracciare linee guida per i pazienti.
 3. Rilevazione dati: a cura degli operatori dei vari settori.
 4. Elaborazione dati: a cura dell'Osservatorio Dipendenze Patologiche di Modena.
 5. Durata della ricerca: dall'1/06/2003 al 31/07/2003.

Risultati dello studio

L'analisi quantitativa e qualitativa dei dati emersi dallo studio effettuato ha permesso d'individuare degli indicatori di riferimento (numero utenti per ognuna delle tipologie estrapolate, caratteristiche dell'utenza, servizi e centri di cura coinvolti, tipologia dei disturbi diagnosticati e dei trattamenti di cura attuati, etc...). Indicatori che per la loro importanza hanno offerto spunti utili per la costruzione sperimentale di modelli d'intervento integrato basati sull'applicazione dei fondamenti della buona pratica clinica coniugata questa ad una razionalizzazione delle risorse professionali impegnate, con l'obiettivo di fornire prestazioni e programmi di cura e assistenza maggiormente efficaci con un buon livello di efficienza dei servizi fornitori.

La formulazione di linee di progetto per una gestione integrata dei casi complessi in carico ai servizi del DSM, ha richiesto una fase preliminare di ricerca e di analisi che ha impegnato il gruppo di lavoro nelle seguenti direttrici:

- l'attuazione dell'indagine sulle tipologie identificate, in carico ai servizi del DSM;
- l'esame della letteratura scientifica internazionale che si è occupata dei modelli teorici, clinici e gestionali-organizzativi, inerenti alla trattazione delle problematiche oggetto del presente studio;

- la valutazione delle sperimentazioni e delle esperienze svolte all'interno dell'Ausl di Modena da parte di servizi, settori, in aree o distretti, nella gestione di modelli d'intervento per la gestione integrata di programmi o azioni, anche avvalendosi di protocolli clinici e organizzativi;
- le indicazioni fornite dai servizi del DSM e da altri servizi dell'Ausl sui punti di criticità oggi presenti nella gestione integrata delle situazioni complesse che si pongono a confine dell'azione della singola unità operativa e sulle possibili modalità di superamento di dette difficoltà.

Lo studio effettuato ha evidenziato che risultavano in carico presso i servizi del DSM nel periodo giugno-agosto 2003 complessivamente n. 706 pazienti multiproblematici e n. 656 famiglie multiproblematiche in rapporto al numero complessivo di utenti in trattamento nell'anno (16.149 soggetti pari al 2,51%, della popolazione generale della Provincia di Modena registrata in 644.289 persone).

I casi complessi censiti appaiono così suddivisi a seconda della tipologia di appartenenza:

- casi multiproblematici individuali (n° 523)¹
- casi con doppia diagnosi (n° 183)
- famiglie multiproblematiche (n° 656)

Il rilevante numero delle situazioni multiproblematiche risultate in carico ai servizi, che rientra nei parametri statistici ed epidemiologici riportati da studi e ricerche svolte in paesi anglosassoni in particolare, segnala una sommersa ma rilevante attività effettuata dai servizi titolari dei programmi di cura; servizi che a volte, in assenza di una strategia condivisa a livello aziendale in tema di gestione integrata dei trattamenti, hanno ricercato con forme di sperimentazione non codificate di coinvolgere nei processi di cura altri settori detentori delle competenze richieste o si sono sostituiti a questi, erogando direttamente prestazioni non rientranti nelle funzioni assegnate, determinando rischi e a volte effettive sovrapposizioni, ripetizioni d'interventi non coordinati e conflitti di competenza con i servizi titolari delle funzioni.

¹ Oltre a 23 casi Multiproblematici segnalati dalle unità operative dei distretti 3 e 7 da parte della NPIA

CASI MULTIPROBLEMATICI

Dai dati raccolti risulta che i casi multiproblematici in carico ai vari Settori del Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda USL di Modena sono in totale **523** (a questi vanno aggiunti **23** soggetti segnalati dalla NPIA di Modena), così distribuiti: **331** soggetti risultano in carico al Settore PA e rappresentano il 63,3% del totale, **99** sono riferiti dal Settore DP (pari al 18,9% del totale) e **93** casi sono riportati dalla PC (pari al 17,8% del totale) (**tab. 1**).

Rispetto le attese il dato che vede un numero alto di casi multiproblematici attribuita alla PA (tenuto conto che questo Settore risulta avere in carico il 15/1000 di utenti rispetto alla popolazione generale), sebbene si possa pensare che il dato non rispecchi la totalità delle situazioni problematiche, che assorbono tempo e risorse dei vari Servizi avendo escluso per definizione quei casi che, pur configurandosi come "problematici", coinvolgono un solo Servizio o meglio più figure professionali dello stesso Servizio. Tuttavia, la percentuale più alta di casi multiproblematici rispetto al totale utenti in carico spetta ai servizi DP e PC (5,5%), risultando quasi doppia rispetto alla quota di casi multiproblematici (3,4%) attribuiti ai Centri di Salute Mentale (CSM), articolazione distrettuale del Settore PA.

Rispetto le attese anche il dato sull'incidenza del fenomeno esaminato in base al Distretto. La percentuale più alta di casi multiproblematici si riscontra nei distretti di Modena (30,2%) e Sassuolo (23,5%), probabilmente influenzata dalla presenza di un maggior flusso immigratorio dovuta alle loro caratteristiche, di capoluogo di provincia per Modena e di "distretto" delle ceramiche per Sassuolo. I Distretti di Mirandola, Pavullo e Vignola mostrano percentuali simili (rispettivamente del 13,0%, 12,4% e 13,8%) di casi multiproblematici, cui segue il distretto di Carpi con una percentuale pari al 5,2%. Per il distretto di Castelfranco il dato non sembra poter essere confrontabile mancando in questo distretto, alla data della rilevazione, il Servizio DP pur tuttavia, i Servizi di PC e PA dichiarano di avere 6 e 4 (pari allo 1,9% del totale) pazienti multiproblematici loro in carico, dato che risulta comunque basso e si discosta notevolmente dai numeri emersi negli altri distretti.

Per quanto concerne il dato riferito ai 23 casi multiproblematici della NPIA, 21 soggetti risultano in carico al distretto di Modena e 2 al distretto di Castelfranco.

Merita un commento il dato riferito alla distribuzione dei casi multiproblematici rispetto gli utenti in carico ai Servizi del DSM e la popolazione generale. Come precedentemente già indicato, la PA risulta avere in carico il numero maggiore di casi multiproblematici rispetto gli altri settori del DSM, ma letto in rapporto agli utenti in carico, il dato risulta percentualmente maggiore per i Servizi di PC e DP. La distribuzione nell'ambito dei Servizi dei diversi Distretti mostra delle differenze: ad esempio, mentre per i CSM la distribuzione dei casi multiproblematici risulta sufficientemente

omogenea nei vari distretti, la PC nei distretti di Mirandola, Modena, Sassuolo e Castelfranco risulta avere delle percentuali alte e significative di casi multiproblematici rispetto agli utenti in carico e che coprono il totale della percentuale (5,5%) attribuita a questo stesso Servizio, risultando nulle o non significative le percentuali attribuite al Servizio di PC nei Distretti di Carpi, Pavullo e Vignola. Così per i Servizi per le DP, spiccano le percentuali più alte rilevate nei distretti di Mirandola e Pavullo (13,2% e 13,8% rispettivamente) mentre risultano più bassi e omogenei i valori percentuali rilevati nei Servizi DP degli altri distretti. Il dato così diverso nei vari servizi del DSM e nei diversi distretti può essere dovuto alla presenza e alla utilizzazione di protocolli di interventi integrati tra i servizi, come accade nell'area Sud, o alla metodologia pratica di lavoro, come sembra emergere nell'area Nord.

Per quanto riguarda l'intervento in compresenza di servizi del DSM e altri servizi dell'Azienda USL nella cura dello stesso soggetto (**tab. 2**), risulta che **450 utenti**, dei 523 totali, sono seguiti da due Servizi e **73** utenti sono in cura contemporanea presso tre servizi (**tab. 3**).

Risulta che **291** (pari allo 87,9% dei 331 pazienti dichiarati) sono pazienti multiproblematici in carico ai CSM e "condivisi" nella cura con un altro servizio dell'Azienda USL (pari 64.7%), **66** casi sono dichiarati "condivisi" con altro servizio dalla PC e **93** (la quasi la totalità) dalle DP. In particolare, si evidenzia che 130 utenti dei **CSM** (28,9%) sono in carico anche al Servizio Sociale dei rispettivi Comuni, 42 utenti (9,3%) sono condivisi con il servizio Handicap, 23 soggetti con il Servizio Anziani, 9 utenti sono condivisi con la PC, 1 con il servizio Salute Donna. Per i casi multiproblematici dichiarati dalle **DP**, 17 risultano condivisi con il servizio Sociale dei Comuni di appartenenza, 7 casi sono in carico al servizio Salute Anziani, 6 sono in cura anche presso la PA. Per gli utenti dichiarati multiproblematici dalla **PC**, 47 soggetti risultano in cura contemporanea al servizio NPJA, 7 casi sono condivisi con il servizio sociale del Comune di appartenenza e 1 caso è condiviso col il servizio Salute Donna. I rimanenti 86 casi della PA, 63 delle DP e 9 della PC sono in cura contemporanea con servizi, meglio dettagliati nella **tab. 4**. Da questa tabella si evince che 24 casi multiproblematici indicati dai **CSM** sono più spesso in cura ad altra branca della medicina specialistica (esempio endocrinologi e dietologi) come accade per esempio per i disturbi del comportamento alimentare. Rilevante è anche il dato indicato dai soggetti seguiti dai CSM e da altre branche mediche, seppure non specificate (22 casi), da reparti ospedalieri (10 soggetti), dal DH oncologico (7 soggetti) e dal Sadi (14 soggetti). La stessa tabella indica per il servizio **DP** che 45 soggetti sono definiti multiproblematici per il contemporaneo coinvolgimento nella cura delle Malattie Infettive, 7 soggetti sono anche in cura presso altre branche della medicina specialistica, per 5 soggetti sono chiamati nella cura reparti ospedalieri e per 2 soggetti il DH oncologico.

Per i casi multiproblematici in cui tre servizi operano in compresenza, la **tab. 5** può essere così riassunta: dei 41 soggetti indicati dai **CSM**, 18 sono seguiti contemporaneamente anche dal servizio Handicap e dal servizio Sociale del Comune; 3 soggetti sono seguiti anche dal Servizio di

PC e dal servizio Sociale del Comune, 3 soggetti dal servizio Sociale del Comune e da altre branche della medicina specialistica, 3 soggetti dal servizio Handicap e da altre branche della medicina specialistica, 5 soggetti sono seguiti dal servizio Sociale del Comune e altri servizi dell'AUSL (non specificati), 2 soggetti infine sono in cura contemporanea alla PA, servizio Salute Donna e da altre branche della medicina specialistica. Il servizio **DP** indica che solo 6 soggetti sono contemporaneamente seguiti da altri due servizi; in particolare, 2 soggetti sono seguiti anche dal servizio Sociale del Comune e Malattie Infettive, per 1 soggetto vengono chiamati nella cura il servizio Salute Anziani e il servizio Sociale del Comune, in un caso il servizio Handicap e servizio Sociale del Comune e infine in un caso sono coinvolti nella cura la PC e le Malattie Infettive. Dei 26 soggetti multiproblematici che vedono coinvolti altri due servizi, indicati dalla **PC**, 23 vedono coinvolti contemporaneamente il servizio Sociale del Comune e la NPPIA, in un caso sono coinvolti nella cura il servizio Salute Donna e NPPIA, in un caso NPPIA e DP e in un caso NPPIA e reparto ospedaliero.

Questi dati apparentemente così parcellizzati, indicano la già presente modalità di lavoro in equipe multidisciplinari nell'ambito dei servizi dell'AUSL (**tabb. 6, 7, 8**).

Si possono tracciare alcuni profili di utenti multiproblematici (**tabb. 9, 10**).

➤ Un primo profilo indicato dal coinvolgimento del servizio Sociale del Comune in 154 casi (PA+DP+NPPIA + PC) delinea un soggetto, in genere adulto, con comprovate difficoltà di tipo "ambientale" quali ad esempio alloggio, reddito ma anche "relazionale" per l'eventuale "gestione" dei minori (coinvolgimento indicato, in questi casi, anche dal Tribunale dei Minori) o ancora problemi giudiziari con coinvolgimento del servizio Sociale settore Adulti.

➤ Un secondo profilo deriva dal lavoro contemporaneo con il servizio Handicap e il servizio Sociale del Comune; in questi casi, indicati quasi esclusivamente la PA (è indicato un solo caso dalla NPPIA), si tratta di un soggetto, in genere di età superiore ai 18 anni, con disabilità varie e disturbi comportamentali e/o psicopatologici che prevedono percorsi di cura e riabilitazione integrati tra i due servizi. Questo profilo indica la necessità di definire percorsi integrati tra i servizi al fine di migliorare la qualità dell'offerta oltre che razionalizzare al meglio le risorse dei servizi talora molto scarse.

➤ Un terzo profilo è quello del paziente con disturbi cognitivi delineato dal contemporaneo possibile coinvolgimento del servizio Anziani e del servizio Sociale del Comune di residenza. In questi casi (23 indicati dalla PA e 7 dalle DP) il profilo, più complesso, indica soggetti di età superiore ai 60 anni, con una lunga storia di malattia mentale (ricordiamo a questo proposito che attualmente è ancora alta la percentuale di cosiddetti "residui manicomiali") e/o abuso di sostanze (più spesso alcool) e/o disturbi cognitivi di vario grado (fino alla demenza) e le problematiche più tipiche della età quali un insufficiente supporto familiare, incapacità ad attendere autonomamente alle abituali attività quotidiane, reddito personale insufficiente, ecc. Questa tipologia di utenza,

verosimilmente già sottostimata in questa ricerca, è destinata ad aumentare visto il generale progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento medio della vita e i migliorati approcci farmacologici.

➤ Un quarto profilo si delinea dal contemporaneo coinvolgimento dell'NPIA, dei Centri Adolescenza e Tutela Minori della PC. Trattasi di quelle situazioni di adolescenti, vicini alla maggiore età, il cui accesso ad un centro dedicato agli adolescenti acquista un significato evolutivo progettuale. Altre situazioni in carico all'NPIA sono relative a quelle o quegli adolescenti che spontaneamente accedono agli Spazi Giovani per problematiche affettive/sexuali/contraccettive, e che, ad una lettura mirata della domanda, evidenziano richieste, fino a quel momento implicite, relative alla necessità di percorsi psicologici clinici più strutturati connessi alla sfera della conquista dell'identità personale che trovano risposta nell'accoglienza/intervento degli psicologi del Centro Adolescenza.

➤ Un quinto profilo, anche se non direttamente indicato dalla rilevanza numerica, sembra essere dato dal coinvolgimento del servizio Salute Donna (PA e PC). In questi casi il profilo tracciato sembra quello di una donna, in età fertile, con un disagio psichico che decide di affrontare una gravidanza (percorso di gravidanza e nascita); ma anche può trattarsi di una donna che sviluppa un disagio psichico a seguito di una gravidanza e/o parto. In entrambi i casi la scarsa rilevanza numerica non indica, a nostro parere, l'inesistenza del problema quanto l'inadeguatezza attuale dei mezzi per far fronte ad una eventuale simile circostanza: condivisione della scelta della donna, adeguato supporto terapeutico, supporto pratico nelle varie fasi, ecc..

➤ Un sesto profilo sembra delineato dal contemporaneo coinvolgimento dei vari servizi del DSM (soprattutto PA e DP) con la medicina specialistica, reparti ospedalieri, DH oncologico, emodialisi. Si tratta di soggetti adulti, con patologie organiche croniche che hanno sviluppato un disagio psichico a seguito del perdurare della condizione di malattia e questa ha determinato una modifica sostanziale e permanente in più sfere vitali.

**CASI MULTIPROBLEMATICI
TABELLE E GRAFICI**

Tab. 1 Casi multiproblematici totali per distretto e servizio inviante (v.a. e %)

| Servizi del DSM | | | | |
|--------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| DISTRETTO | PA | PC | DP | TOTALE |
| Carpi | 15 | 1 | 11 | 27 <i>5,2%</i> |
| Mirandola | 28 | 20 | 20 | 68 <i>13,0%</i> |
| Modena | 107 | 25 | 26 | 158 <i>30,2%</i> |
| Sassuolo | 64 | 39 | 20 | 123 <i>23,5%</i> |
| Pavullo | 45 | 2 | 18 | 65 <i>12,4%</i> |
| Vignola | 68 | – | 4 | 72 <i>13,8%</i> |
| Castelfranco | 4 | 6 | – | 10 <i>1,9%</i> |
| TOTALE % | 331 <i>63,3%</i> | 93 <i>17,8%</i> | 99 <i>18,9%</i> | 523 <i>100%</i> |

Tab. 1.1 Distribuzione dei casi multiproblematici per distretto segnalati dalla NPIA

| DISTRETTO | NPIA |
|---------------|-----------|
| Modena | 21 |
| Castelfranco | 2 |
| TOTALE | 23 |

Tab. 2 Casi multiproblematici a 2 presenze per distretto e servizio inviante (v.a. e %)

| Servizi del DSM | | | | |
|--------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| DISTRETTO | PA | PC | DP | TOTALE |
| Carpi | 14 | 1 | 9 | 24 <i>5,3%</i> |
| Mirandola | 24 | 16 | 19 | 59 <i>13,1%</i> |
| Modena | 96 | 5 | 25 | 126 <i>28,0%</i> |
| Sassuolo | 60 | 37 | 19 | 116 <i>25,8%</i> |
| Pavullo | 33 | 2 | 17 | 52 <i>11,6%</i> |
| Vignola | 60 | – | 4 | 64 <i>14,2%</i> |
| Castelfranco | 4 | 5 | – | 9 <i>2,0%</i> |
| TOTALE % | 291 <i>64,7%</i> | 66 <i>14,7%</i> | 93 <i>20,7%</i> | 450 <i>100%</i> |

Tab. 2.1 Casi multiproblematici segnalati dalla NPIA a 2 presenze per distretto e servizio inviante (v.a. e %)

| DISTRETTO | NPIA |
|---------------|-----------|
| Modena | 12 |
| Castelfranco | 2 |
| TOTALE | 14 |

Tab. 3 Casi multiproblematici a 3 presenze per distretto e servizio inviante (v.a. e %)

| Servizi del DSM | | | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|---------------------|
| DISTRETTO | PA | PC | DP | TOTALE |
| Carpi | 1 | – | 2 | 3 4,1% |
| Mirandola | 5 | 3 | 1 | 9 12,3% |
| Modena | 11 | 20 | 1 | 32 43,8% |
| Sassuolo | 4 | 2 | 1 | 7 9,6% |
| Pavullo | 12 | – | 1 | 13 17,8% |
| Vignola | 8 | – | – | 8 11,0% |
| Castelfranco | – | 1 | – | 1 1,4% |
| TOTALE % | 41 56,2% | 26 35,6% | 6 8,2% | 73 100,0% |

Tab. 3.1 Casi multiproblematici segnalati dalla NPIA a 3 presenze per distretto e servizio inviante (v.a. e %)

| DISTRETTO | NPIA |
|---------------|----------|
| Modena | 9 |
| TOTALE | 9 |

Tab. 4 Frequenze invio ad altro servizio per servizio inviante- casi multiproblematici

| Doppie presenze tra PA e altro servizio | |
|--|---------------------------|
| Altro servizio | Valori assoluti e % |
| Medicina specialistica | 24 <i>27,9%</i> |
| Altri servizi non specificati | 22 <i>25,6%</i> |
| Sadi | 14 <i>16,3%</i> |
| Reparti ospedalieri | 10 <i>11,6%</i> |
| Day-hospital oncologico | 7 <i>8,1%</i> |
| Servizio sociale adulti | 5 <i>5,8%</i> |
| Case di cura convenzionate | 2 <i>2,3%</i> |
| Emodialisi | 1 <i>1,2%</i> |
| Malattie infettive | 1 <i>1,2%</i> |
| TOTALE | 86 <i>100%</i> |

| Doppie presenze tra DP e altro servizio | |
|--|---------------------------|
| Altro servizio | Valori assoluti e % |
| Malattie infettive | 45 <i>71,4%</i> |
| Medicina specialistica | 7 <i>11,1%</i> |
| Reparti ospedalieri | 5 <i>7,9%</i> |
| Case di cura convenzionate | 3 <i>4,8%</i> |
| Day-hospital oncologico | 2 <i>3,2%</i> |
| Altri servizi non specificati | 1 <i>1,6%</i> |
| TOTALE | 63 <i>100%</i> |

| Doppie presenze tra PC e altro servizio | |
|--|-----------------|
| Altro servizio | Valori assoluti |
| Altri servizi non specificati | 6 |
| Psicologo privato | 3 |
| TOTALE | 9 |

Tab. 5 Compresenze PA e altri servizi: 41 soggetti seguiti contemporaneamente

| PA (servizio inviante) | PC | Servizio Salute Anziani | Servizio Salute Donna | Servizio handicap | Servizio Sociale Comune |
|----------------------------------|----------|-------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|
| NPIA | – | – | – | 1 | – |
| Servizio Sociale Comune | 3 | 1 | – | 18 | – |
| Servizio handicap | – | 1 | – | – | – |
| Medicina specialistica | – | – | 2 | 3 | 3 |
| Reparti ospedalieri | – | – | – | – | 2 |
| Altri Servizi non specificati | 2 | – | – | – | 5 |

Tab. 5.1 Compresenze DP e altri servizi: 6 soggetti seguiti contemporaneamente

| DP (servizio inviante) | PC | Servizio Salute Anziani | Servizio Sociale Comune |
|----------------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|
| Malattie infettive | 1 | 1 | 2 |
| Servizio Salute Anziani | – | – | 1 |
| Servizio handicap | – | – | 1 |

Tab. 5.2 Compresenze PC e altri servizi: 26 soggetti seguiti contemporaneamente

| PC (servizio inviante) | NPIA |
|----------------------------------|-----------|
| Servizio Sociale Comune | 23 |
| Servizio salute donna | 1 |
| Reparti ospedalieri | 1 |
| DP | 1 |

Tab.6 COMPRESENZE TRA 2 SERVIZI - CASI MULTIPROBLEMATICI

| | PA | DP | NPIA | PC |
|--------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| PC | 11 <i>2,5</i> | 4 <i>0,9</i> | 52 <i>11,7</i> | – |
| SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE | 115 <i>25,8</i> | 17 <i>3,8</i> | 3 <i>0,7</i> | 7 <i>1,7</i> |
| SERVIZI SALUTE DONNA | 1 <i>0,2</i> | 0 | – | 1 <i>0,2</i> |
| SERVIZI SALUTE ANZIANI | 29 <i>6,5</i> | 7 <i>1,7</i> | – | – |
| SERVIZIO HANDICAP | 42 <i>9,4</i> | – | 1 <i>0,2</i> | – |
| ALTRI SERVIZI | 75 <i>16,8</i> | 66 <i>14,8</i> | 5 <i>1,1</i> | 9 <i>2</i> |
| TOTALE DOPPIE COMPRESENZE | 445 | | | |
| | <i>100</i> | | | |

Tab. 7 FREQUENZE DI INVIO AD ALTRO SERVIZIO, PER SERVIZIO INVIANTE -CASI MULTIPROBLEMATICI (espansione dell'ultima riga della Tab. 6)

| DOPPIE PRESENZE TRA PA E ALTRO SERVIZIO | |
|---|--------------------------|
| ALTRO SERVIZIO | Valori assoluti e % |
| Emodialisi | 1 <i>1,3</i> |
| Malattie infettive | 1 <i>1,3</i> |
| Servizio Assistenza Domiciliare Infermieristica | 13 <i>17,4</i> |
| Diabetologia | 9 <i>12</i> |
| Day hospital-oncologia | 7 <i>9,3</i> |
| Medicina di base | 1 <i>1,3</i> |
| Case di cura convenzionate | 2 <i>2,7</i> |
| Altri reparti ospedalieri | 9 <i>12</i> |
| Medicina specialistica | 11 <i>14,7</i> |
| Non specificato | 21 <i>28</i> |
| TOTALE | 75 <i>100</i> |

| DOPPIE PRESENZE TRA DP E ALTRO SERVIZIO | |
|--|--------------------------|
| ALTRO SERVIZIO | Valori assoluti e % |
| Malattie infettive | 45 <i>68,2</i> |
| Terapia familiare | 2 <i>3</i> |
| Diabetologia | 6 <i>9,1</i> |
| Day hospital-oncologia | 2 <i>3</i> |
| Medicina di base | 7 <i>10,6</i> |
| Case di cura convenzionate | 3 <i>4,6</i> |
| Non specificato | 1 <i>1,5</i> |
| TOTALE | 66 <i>100</i> |

| DOPPIE PRESENZE TRA NP/IA E ALTRO SERVIZIO | |
|---|------------------------|
| ALTRO SERVIZIO | Valori assoluti e % |
| Clinica di neuropsichiatria | 1 <i>20</i> |
| Case di cura convenzionate | 1 <i>20</i> |
| Medicina di base | 1 <i>20</i> |
| Altri reparti ospedalieri | 2 <i>40</i> |
| TOTALE | 5 <i>100</i> |

| DOPPIE PRESENZE TRA PC E ALTRO SERVIZIO | |
|--|-------------------------|
| ALTRO SERVIZIO | Valori assoluti e % |
| Psicologo privato | 3 <i>33,3</i> |
| Non specificato | 6 <i>66,7</i> |
| TOTALE | 9 <i>100</i> |

Tab. 8 - Compresenza di casi multiproblematici tra più Servizi (98 soggetti)

| PA e Altri | N° CASI |
|---|----------------|
| Servizio Sociale del Comune + Servizio Handicap | 18 |
| Servizio Sociale del Comune + Servizio Salute Anziani | 6 |
| Servizio Sociale del Comune + Case di Cura | 5 |
| Servizio Sociale del Comune + Servizio non specificato | 5 |
| Servizio Salute Anziani + Diabetologia | 4 |
| Servizio Sociale del Comune + Psicologia Sociale | 4 |
| Servizio Sociale del Comune + Day Hospital | 1 |
| Servizio Sociale del Comune + Reparto Ospedaliero | 1 |
| Servizio Sociale del Comune + Medicina Specialistica | 1 |
| Psicologia Sociale + Servizio non specificato | 1 |
| Servizio Salute Anziani + Servizio Handicap | 1 |
| Servizio Sociale del Comune + Diabetologia | 1 |
| Servizio Handicap + Medicina Specialistica | 1 |
| Servizio Handicap + Case di Cura | 1 |
| Servizio Handicap + Diabetologia | 1 |
| NPIA + Servizio Handicap | 1 |
| Servizio Salute Donna + Medicina Specialistica | 1 |
| Diabetologia + Servizio Assistenza Domiciliare Infermieristica | 1 |
| Servizio Sociale del Comune + 2 Reparti di Medicina Specialistica | 1 |
| Servizio Sociale del Comune + NPIA + Servizio Handicap | 1 |
| Servizio Salute Donna + Diabetologia + Medicina Specialistica | 1 |
| | 57 |

| DP e Altri | N° CASI |
|---|----------------|
| Servizio Sociale del Comune + Malattie Infettive | 2 |
| Servizio Sociale del Comune + Servizio Handicap | 1 |
| Servizio Sociale del Comune + Servizio Salute Anziani | 1 |
| Servizio Salute Anziani + Malattie Infettive | 1 |
| PC + Servizio Sociale del Comune + Malattie Infettive | 1 |
| PC + NPIA + Centro di Terapia Familiare | 1 |
| | 7 |

| NPIA e Altri | N° CASI |
|----------------------------------|----------------|
| PC + Servizio Sociale del Comune | 31 |
| PC + Medicina di Base | 1 |
| PC + Reparto Ospedaliero | 1 |
| PC + Servizio Salute Donna | 1 |
| | 34 |

Tab. 9 FREQUENZE DIAGNOSI PER SERVIZIO INVIANTE- CASI MULTIPROBLEMATICI

| DIAGNOSI | PA | DP | NPIA | PC |
|--------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Disturbi Psicotici | 124 <i>37,9</i> | – | 1 <i>4,3</i> | 1 <i>1,1</i> |
| Disturbi di personalità | 58 <i>17,7</i> | – | – | – |
| Disturbi dell'umore | 41 <i>12,5</i> | – | – | 1 <i>1,1</i> |
| Ritardo mentale | 31 <i>9,5</i> | – | 7 <i>30,4</i> | – |
| Demenza | 24 <i>7,3</i> | – | – | – |
| Disturbo della condotta | 14 <i>4,3</i> | – | 3 <i>13,0</i> | – |
| Disturbi dell'ansia | 8 <i>2,4</i> | – | 2 <i>8,7</i> | – |
| Autismo | 6 <i>1,8</i> | – | – | – |
| Malattie croniche | 3 <i>0,9</i> | – | – | 7 <i>7,5</i> |
| Problemi psicosociali | 3 <i>0,9</i> | – | 1 <i>4,3</i> | 57 <i>61,3</i> |
| Disturbo cognitivo | 2 <i>0,6</i> | – | – | – |
| Dist. del comport. Aliment. | 2 <i>0,6</i> | – | – | 5 <i>5,4</i> |
| Comport. antisociale | 2 <i>0,6</i> | – | – | 2 <i>2,2</i> |
| Altro disturbo mentale | 2 <i>0,6</i> | – | – | – |
| Malattie sistema nervoso | 2 <i>0,6</i> | – | – | – |
| Condizioni mediche gen. | 2 <i>0,6</i> | – | – | – |
| Dist. correlati a sostanze | 1 <i>0,3</i> | 70 <i>70</i> | – | – |
| Disturbi del controllo degli impulsi | 1 <i>0,3</i> | – | 1 <i>4,3</i> | – |
| Disturbi da uso di alcol | 1 <i>0,3</i> | 30 <i>30</i> | – | – |
| Dist. d'apprendimento | – | – | 1 <i>4,3</i> | – |
| Altri disturbi infanzia/adolescenza | 1 <i>4,3</i> | – | – | – |
| Disturbo della comunicaz. | – | – | 1 <i>4,3</i> | 1 <i>1,1</i> |
| Problemi correlati a maltrattamenti | – | – | 1 <i>4,3</i> | 14 <i>15,1</i> |
| Problemi relazionali | – | – | – | 4 <i>4,3</i> |
| Non specificato | – | – | 4 <i>17,4</i> | 1 <i>1,1</i> |
| Totale (V.A. e %) | 331 <i>100%</i> | 99 <i>100%</i> | 23 <i>100%</i> | 93 <i>100%</i> |

Tab. 10 FREQUENZE TRATTAMENTI PER SERVIZIO INVIANTE - CASI MULTIPROBLEMATICI

| TRATTAMENTI | PA | DP | NPIA | PC |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Farmacologico | 146 <i>44,6</i> | 22 <i>22</i> | – | – |
| Farmacologico/psicologico | 58 <i>17,7</i> | – | – | – |
| Farmacologico/Riabilitativo | 64 <i>10,4</i> | 19 <i>19</i> | – | 1 <i>4,3</i> |
| Farmacologico/Residenziale-semiresidenziale | 22 <i>6,7</i> | 1 <i>1</i> | – | – |
| Psicologico/psicoterapeutico | 14 <i>4,3</i> | 3 <i>3</i> | 46 <i>50,5</i> | 7 <i>30,4</i> |
| Farmacologico/Psicologico/Riabilitativo | 13 <i>4</i> | 9 <i>9</i> | – | – |
| Farmacologico/Psicologico/Residenziale-semiresidenziale | 10 <i>3,1</i> | – | – | – |
| Farmacologico/Psicologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 9 <i>2,8</i> | 2 <i>2</i> | – | – |
| Residenziale-semiresidenziale | 6 <i>1,8</i> | 8 <i>8</i> | 14 <i>15,1</i> | 1 <i>4,3</i> |
| Riabilitativo | – | – | 19 <i>20,4</i> | – |
| Riabilitativo/Socioeducativo | 4 <i>1,2</i> | 12 <i>12</i> | – | 10 <i>43,5</i> |
| Farmacologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 3 <i>0,9</i> | 3 <i>3</i> | – | – |
| Psicologico/Riabilitativo | 2 <i>0,6</i> | 6 <i>6</i> | 2 <i>2,2</i> | 3 <i>13</i> |
| Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 1 <i>0,3</i> | 2 <i>2</i> | 5 <i>5,4</i> | – |
| Farmacologico/Psicologico | – | 2 <i>2</i> | – | – |
| Psicologico/Riabilitativo/Residenziale- semiresidenziale | – | 2 <i>2</i> | 1 <i>1,1</i> | – |
| Psicologico/ Residenziale- semiresidenziale | – | – | 3 <i>3,2</i> | – |
| Non specificato | 5 <i>1,5</i> | 9 <i>9</i> | 2 <i>2,2</i> | 1 <i>4,3</i> |
| TOTALE (V.A. e %) | 331 <i>100%</i> | 99 <i>100%</i> | 93 <i>100%</i> | 23 <i>100%</i> |

CASI A DOPPIA DIAGNOSI

I casi di doppia diagnosi riconosciuti dai servizi del Dipartimento di Salute Mentale sono stati 183. Di questi, 143 sono pazienti in carico ai soli servizi PA e DP, mentre 40 sono seguiti anche da altri servizi (**grafico 1**): 25 sono anche in carico ai servizi Sociali per motivi assistenziali, 4 sono seguiti anche presso la PC e 7 sono pazienti anche dalla Divisione di Malattie Infettive del Policlinico di Modena, una parte residuale è in carico presso quattro servizi diversi, tra cui la NPIA (**tab. 11**). Il sottogruppo dei pazienti seguito da 4 servizi: PA, DP, PC e servizi Sociali Comunali, risulta presente solo nel Distretto di Pavullo; questo dato riflette la prassi, ormai consolidata, della presa in carico integrata. Infatti, nel distretto di Pavullo dal 1998 viene applicato un protocollo di gestione integrata dei trattamenti diretti ai pazienti con doppia diagnosi, che prevede una equipe integrata tra i 2 servizi, a cadenza mensile.

Premesso che la frequenza dei casi è distribuita in modo percentualmente omogeneo sul territorio provinciale, dei 183 casi segnalati da PA e DP: 60 corrispondono ad una presa in carico duplice, mentre 113 sono i casi segnalati dalla sola PA e 130 i casi individuati dalle DP. (**tab. 12**).

Percentualizzando questi dati, in relazione all'utenza totale dei singoli servizi, si nota che l'incidenza dei casi a doppia diagnosi segnalati è maggiore per le DP (5,4%) rispetto ai casi registrati dalla PA (0,9%).

Se l'area di condivisione della multiproblematicità ammonta a 60 casi, restano 123 casi residuali individuati come a doppia diagnosi da un solo servizio (in assenza di concordanza da parte dell'altro): 53 pazienti segnalati solamente dalla PA, e 70 pazienti comunicati soltanto dalle DP. Le cause possono dipendere da vari fattori:

- 1) l'effetto di modelli organizzativi differenti tra i servizi della PA e quelli per le DP, come ad esempio un servizio di sola consulenza che il servizio PA offre al servizio DP, per cui i casi presi in carico sono effettivamente di entità numerica diversa;
- 2) i pazienti con doppia diagnosi seguiti in toto da uno solo dei due servizi; ad esempio, prima dell'apertura del Centro Alcolologico nel distretto Modena-Centro (1996), molti pazienti con diagnosi di alcolodipendenza più una diagnosi di disturbo psichiatrico erano e hanno continuato ad essere seguiti dai soli CSM (articolazioni distrettuali della PA);
- 3) pazienti con doppia diagnosi seguiti presso un servizio che ipotizza una presa in carico dell'altro servizio per la patologia concomitante, senza che essa sia verificata;
- 4) l'effetto della tutela della privacy, per la quale le metodiche di compilazione delle schede di presa in carico possono non essere complete;
- 5) la differenza tra i due servizi sul concetto di "presa in carico";

- 6) la discordanza per i casi considerati clinicamente meno "gravi", che sono riconosciuti a doppia diagnosi dal servizio promotore l'invio, ma che non sono stati considerati a pieno titolo in carico dall'altro servizio.

La frequenza dei casi con doppia diagnosi segnalati è piuttosto uniforme nei diversi distretti sociosanitari della provincia.

Tuttavia si possono evidenziare, tra i vari distretti, alcune differenze:

- 1) La frequenza riferita della presa in carico congiunta dei casi doppia diagnosi tra i CSM distrettuali ed i Servizi Sociali. Essa risulta maggiore nei due distretti Modena Centro e Castelfranco (i dati dei due distretti sono accorpati, facendo essi capo ad un unico servizio DP), raggiungendo una media del 25% e meno frequente nel distretto di Carpi (4%) e di Sassuolo (6%). Per quanto concerne quest'ultimo distretto la limitata incidenza dei casi seguiti con progetto congiunto CSM e Servizi Sociali, può essere anche una conseguenza dell'assenza di un accordo di programma che definisca i vari livelli di collaborazione tra ente locale e Servizi AUSL.
- 2) La percentuale di utenza con doppia diagnosi seguita anche dalla Divisione Malattie Infettive del Policlinico; nel Distretto di Modena Centro il CSM non riporta questa tipologia di presa in carico, mentre nei distretti di Carpi e Mirandola tale tipologia di doppia diagnosi seguita anche dalla Divisione Malattia Infettive del Policlinico risulta percentualmente ben rappresentata. Questa differenza di tipologia merita un commento; nei distretti decentrati è presente un servizio di consulenza infettivologica all'interno del servizio DP, fornito dal reparto per le Malattie Infettive e questa pratica aumenta il numero dei pazienti con presa in carico integrata. Nel Distretto Modena-Centro, i due percorsi di presa in carico sono paralleli, ma non integrati, poiché l'utenza con bisogni sanitari specifici è seguita direttamente presso il reparto per le Malattie Infettive del Policlinico di Modena.
- 3) Il Settore PC non risulta, sul territorio provinciale, omogeneamente cointeressato alla presa in carico di soggetti con doppia diagnosi. Nel dettaglio è possibile rilevare che in 4 situazioni, equamente distribuite tra i distretti di Carpi e Sassuolo, la PC affianca l'intervento di CSM e DP: in questi casi è ipotizzabile che la gravità e la cronicità con cui si presenta il soggetto a doppia diagnosi imponga un invio presso il Centro di Consulenza e Terapia Familiare, per attivare un lavoro con tutta la famiglia, sia in termini di supporto psicologico che di ridefinizione della patologia, e quindi come parte integrante di un progetto terapeutico congiunto. Il distretto di Vignola evidenzia una situazione in cui la PC affianca, oltre all'intervento di CSM e DP, quello della NPIA. In questo caso la presenza dei suddetti servizi è presumibilmente resa necessaria per l'epoca di emergenza della patologia psichiatrica e di dipendenza da sostanze in una fase evolutiva al confine tra adolescenza e età adulta in cui l'intervento della PC si realizza prevalentemente nel

supporto psicologico svolto dal Centro di Ascolto per l'Adolescenza. Il distretto di Pavullo segnala poi 3 casi in cui la PC affianca, oltre all'intervento di CSM e DP, quello del servizio Sociale del Comune: in questi casi, così come la presenza del servizio Sociale connota la situazione dei soggetti interessati in termini di situazione socialmente sfavorevole, la contemporanea attivazione di CSM e DP porta ad ipotizzare la presenza di problematiche connesse a comportamenti antisociali da parte dei soggetti stessi, che richiedono una presa in carico psicologica (es. psicologo c/o servizio sociale, terapia familiare).

- 4) Rispetto ad una media provinciale dei casi a doppia diagnosi seguiti dal servizio DP del 5,4%, il CSM Modena-Centro più Castelfranco Emilia segnala una percentuale sensibilmente minore (2,4%), possibile indice di bassa integrazione tra i due servizi, nei trattamenti rivolti all'utenza con doppia diagnosi. Inoltre il servizio DP di Modena-Castelfranco ha un indice di segnalazione relativamente alto, in relazione alla media provinciale, dei casi di tossicodipendenza ed invece piuttosto basso per i casi di alcoldipendenza, la cui frequenza risulta ancora sottostimata.
- 5) I dati evidenziano una percentuale di "presa in carico" integrata maggiore nei distretti di Mirandola, Pavullo, Vignola e Sassuolo. Per quanto concerne il servizio DP di Mirandola, è da notare che, a fronte di un numero di accessi al servizio relativamente basso, la tipologia dell'utenza in carico è collocabile nel range "medio-grave" dal punto di vista sia clinico che della multiproblematicità, per cui l'indice delle doppie diagnosi riconosciute ed in carico ad ambedue i servizi risulta elevato, rispetto alla media provinciale.

Ad ognuno dei due settori (PA e DP) è stato chiesto di formulare secondo il sistema di classificazione del DSM IV, la diagnosi rilevante alla propria presa in carico e di riportare, se conosciuta, la diagnosi dell'altro servizio (grafici 2, 3, 4).

Le diagnosi più frequenti formulate dalle DP e dalla PA hanno riguardato:

- 1) i disturbi dell'umore associati ai disturbi correlati ad uso di alcool;
- 2) i disturbi psicotici associati ai disturbi da uso di sostanze;
- 3) i disturbi di personalità prevalentemente associati ai disturbi correlati ad alcool.

E' interessante notare che la prevalenza delle prime due associazioni diagnostiche risulta confortata anche dai dati di studi epidemiologici, quali quello di Regier (1990) che mostra come nel 50% dei soggetti con diagnosi di schizofrenia presenti, nel corso della vita, un disturbo significativo da uso di sostanze; lo studio "Cosmic" di Fioritti ed altri (2003) che mostra, nella popolazione dei tossicodipendenti, una percentuale predominante di disturbi psichiatrici dello spettro psicotico e nella popolazione degli alcolisti una percentuale maggiore di disturbi dello spettro dell'umore.

Dai dati riportati si è constatato che nei casi riportati dalla PA, il numero di diagnosi delle DP non specificate è piuttosto rilevante, mentre ciò non accade leggendo i dati segnalati dal servizio dipendenze patologiche; tale discrepanza fa ipotizzare che mentre la diagnosi psichiatrica viene

conosciuta o riconosciuta dai sanitari delle DP, la diagnosi precisa della sostanza di abuso è ignorata in una percentuale rilevante di casi (17%) dalla PA, e ciò pone alcuni interrogativi sulla pertinenza delle modalità di trattamento e presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi.

Questo dato sottolinea infatti la scarsa integrazione tra i due servizi, nella gestione dei casi di diagnosi doppia e pone il problema della congruità dei progetti terapeutici diretta a quei pazienti. D'altro canto è noto che i pazienti con tossicodipendenza hanno relazioni più transitorie con i servizi e soprattutto tendono ad avere una presa in carico più frammentaria da parte della PA, anche per una storica difficoltà da parte di questa tipologia di pazienti ad accogliere una diagnosi ed un trattamento di tipo psichiatrico. Un congruo numero di utenti (oscillante tra 20-30%, a seconda del servizio preso in esame) viene riconosciuto come "gruppo con doppia diagnosi." o "gruppo con doppia presa in carico", di cui però un servizio ignora la diagnosi o il trattamento che l'altro servizio sta implementando. Questa area di utenza pone uno dei problemi fondamentali della mancata integrazione e cioè la mancanza di qualunque collegamento informativo tra servizi; nei casi di pazienti con doppia diagnosi non si può considerare sufficiente una pur doppia presa in carico, laddove manchino i necessari flussi informativi per effettuare valutazioni e monitoraggi congiunti. Al contrario, i dati mostrano la particolare "gravosità" di questo sottogruppo dell'utenza per il quale i progetti di trattamento sono necessariamente complessi e si estendono nell'arco di un lungo periodo.

L'alto numero di diagnosi non precisate evidenzia l'esigenza di una maggiore integrazione tra i due servizi, anche nella fase della elaborazione diagnostica e classificatoria, come base per un adeguato percorso terapeutico.

Risulta rilevante (circa il 20% dei casi riportati) la percentuale di casi di doppia diagnosi che ricevono interventi unilaterali e non integrati.

La coorte dei pazienti segnalati è stata suddivisa per sottogruppi che ricevono trattamenti terapeutici diversi (tabb. 13, 14).

I percorsi trattamentali più frequenti sono:

- 1) farmacologico;
- 2) farmacologico e psicologico/psicoterapico;
- 3) farmacologico e riabilitativo/socioeducativo;
- 4) farmacologico presso la PA e riabilitativo/socioeducativo presso le DP.

Tuttavia, i percorsi trattamentali riconosciuti come "congiunti" da entrambi i servizi sono meno variabili ed in parte diversi:

- 1) farmacologico c/o la PA e riabilitativo/socioeducativo presso le DP (prevalente);
- 2) farmacologico e psicologico/psicoterapico in entrambi i settori;
- 3) farmacologico semplice in entrambi i settori.

Solo in circa la metà dei casi segnalati congiuntamente dai due servizi sono riferite diagnosi simili e stesso trattamento sia farmacologico che psicologico.

I dati mostrano che il sottogruppo prevalente è quello dei pazienti che ricevono un trattamento farmacologico non associato ad altre forme di presa in carico: risulta corrispondere al 19,7% dei 183 casi segnalati. Segue, per ordine di grandezza, un gruppo di pazienti (12,5%) che riceve un trattamento sia farmacologico che psicoterapico/psicologico strutturato, e questo gruppo è maggiormente riportato dalla PA.

Il terzo gruppo, in ordine numerico, è quello che riceve, oltre ad un trattamento farmacologico da parte della PA, un trattamento di tipo socioeducativo e/o riabilitativo ed, in una minore percentuale, anche un supporto psicologico ed un trattamento residenziale o semiresidenziale (21,3% del campione).

Il quarto, più esiguo gruppo è costituito da pazienti che sono sia in trattamento farmacologico presso entrambi i servizi, sia in trattamento riabilitativo/socioeducativo presso le DP (12,5% del campione).

Accorpendo insieme i vari sottogruppi si può delineare il trend attuale di intervento curativo da parte dei due servizi: quello della somministrazione di farmacoterapia da parte della PA e di interventi complessi di tipo socioeducativo, riabilitativo e di supporto psicologico da parte delle DP con una minima percentuale di utilizzo di strutture residenziali o semiresidenziali; questo dato (61,8% del campione), si ottiene accorpendo il 42,1% dei pazienti in trattamento farmacologico con il 19,7% in trattamento riabilitativo/socioeducativo e/o residenziale e semiresidenziale. Tale percentuale, pari al 61,8% dei pazienti con doppia diagnosi segnalati da entrambi i servizi, costituisce l'area che possiamo definire di maggiore "integrabilità", poiché questi utenti da entrambi i servizi sono riconosciuti come quelli ad alta intensità trattamentale. D'altro canto, proprio la delimitazione dei vari sottogruppi con percorsi curativi per la maggior parte non integrati sottolinea che la prassi dei servizi è ancora orientata a provvedere ai bisogni curativi dei pazienti all'interno della propria area di riferimento.

Un sottogruppo di pazienti con doppia diagnosi, precisamente 60, sono stati "riconosciuti" congiuntamente dai due settori; questo sembra essere il gruppo nel quale l'integrazione, relativamente alla corretta informazione clinica, sembra già in essere. All'interno di questo gruppo a doppia diagnosi, condiviso da entrambi i settori, sono prevalenti per l'area psichiatrica le diagnosi dello spettro "disturbi di personalità" e per quanto concerne i disturbi da uso di sostanze la diagnosi di alcoldipendenza; tuttavia, nell'area della diagnosi psichiatrica, le frequenze riportate delle altre due categorie nosografiche, dei disturbi psicotici e dei disturbi dell'umore sono egualmente ben rappresentate e tutte con associazione prevalente con la dipendenza da alcol.

Questo dato può essere spiegato alla luce sia della prassi maggiormente consolidata di maggiore probabilità di riconoscimento dell'alcoldipendenza rispetto ad altri disturbi da uso di

sostanze e della maggiore tradizione di presa in carico congiunta di questa tipologia di pazienti, sia della oggettiva maggiore frequenza di tali associazioni diagnostiche rispetto alle altre, come già mostrato da altri studi epidemiologici (le doppie diagnosi riportate con maggiore frequenza sono "disturbi correlati ad uso di alcol" e "disturbi di personalità" o "disturbi dell'umore").

Tuttavia anche in questo sottogruppo che sembra avere una più definita presa in carico parallela, risulta consistente il sottogruppo (dal 18% al 40% del campione) per il quale sembrano non esistere collegamenti informativi.

E' degno di nota l'esiguità del numero dei pazienti in trattamento residenziale/ semiresidenziale, riconosciuti dai due servizi (5,5% sul totale); a tal proposito può essere ipotizzato anche un progressivo allentamento dei processi di presa in carico verso quei pazienti che sono da lungo tempo in trattamento residenziale e che quindi non sono stati segnalati nella presente ricerca, poiché uno dei criteri richiesti per la segnalazione è che si fosse registrato almeno un intervento sanitario sul paziente nei tre mesi precedenti la rilevazione.

**CASI DOPPIA DIAGNOSI
TABELLE E GRAFICI**

Tab. 11 Casi doppia diagnosi per Distretto (v.a e %)

| DISTRETTO | DD | DD + SSC | DD + MI | DD + PC | DD + PC + SSC | DD + NPPIA +PC | TOTALE V.A. e % |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Carpi | 17 <i>73,9%</i> | 1 <i>4,3%</i> | 3 <i>13,0%</i> | 2 <i>8,7%</i> | – | – | 23 <i>12,6%</i> |
| Mirandola | 15 <i>75,0%</i> | 3 <i>15,0%</i> | 2 <i>10,0%</i> | – | – | – | 20 <i>10,9%</i> |
| Modena | 32 <i>74,4%</i> | 11 <i>25,6%</i> | – | – | – | – | 43 <i>23,5%</i> |
| Sassuolo | 37 <i>84,1%</i> | 3 <i>6,8%</i> | 2 <i>4,5%</i> | 2 <i>4,5%</i> | – | – | 44 <i>24%</i> |
| Pavullo | 16 <i>69,6%</i> | 4 <i>17,4%</i> | – | – | 3 <i>13,0%</i> | – | 23 <i>12,6%</i> |
| Vignola | 26 <i>86,7%</i> | 3 <i>10,0%</i> | – | – | – | 1 <i>3,3%</i> | 30 <i>16,4%</i> |
| TOTALE V.A. e % | 143 <i>78,1%</i> | 25 <i>13,7%</i> | 7 <i>3,8%</i> | 4 <i>2,2%</i> | 3 <i>1,6%</i> | 1 <i>0,5%</i> | 183 <i>100%</i> |

Legenda:

DD = doppia diagnosi pazienti con disturbi psichiatrici e da uso di sostanze, in trattamento presso almeno uno dei servizi indicati (PA - DP), in trattamento presso ambedue i servizi oppure in trattamento presso uno dei due servizi e seguito o visto in consulenza, nel 2002 o nel 2003, dall'altro servizio;

SSC = servizi sociali del comune;

MI = malattie infettive ;

Tab.12 Distribuzione dei 183 casi a Doppia Diagnosi

| | | | |
|----|----|----|---------|
| PA | 53 | 60 | |
| | | 60 | 70 SERT |

La PA ha segnalato 113 casi Doppia Diagnosi; le DP ne hanno segnalati 130, 60 di questi sono stati segnalati da entrambi.

Tab 12.1 Incroci Diagnosi e Trattamenti PA (con utenti inviati contemporaneamente dai 2 servizi)

| Diagnosi PA | Trattamenti PA | | | | | | | | | | | Totale |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| | F | F-P | NS | F-R | F-P-S | F-P-S-R | F-S | S | F-P-R | P | P | |
| Disturbi personalità | 18 | 10 | 3 | 3 | 1 | 1 | - | 1 | - | - | 1 | 38 33,6% |
| Disturbi psicotici | 13 | 7 | - | 3 | 3 | 1 | 1 | - | 1 | - | - | 29 25,7% |
| NS | 1 | - | 17 | - | - | - | - | - | - | - | - | 18 15,9% |
| Disturbi umore | 9 | 3 | 2 | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 15 13,3% |
| Disturbi uso alcol | 2 | 4 | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - | 8 7,1% |
| Disturbi mentali organici | 2 | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 4 3,5% |
| Disturbo alimentare | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 0,9% |
| Totale | 45 39,8% | 24 21,2% | 23 20,4% | 8 7,1% | 4 3,5% | 2 1,8% | 2 1,8% | 2 1,8% | 1 0,9% | 1 0,9% | 1 0,9% | 113 100% |

LEGENDA

F = T1.Farmacologico

P = T2.Psicologico/Psicoterapeutico

S = T3.Riabilitativo/Socio-educativo

R = T4.Residenziale/Semiresidenziale

NS = non specificato

Tab 12.2 Incroci Diagnosi e Trattamenti DP (con utenti inviati contemporaneamente dai 2 servizi)

| Diagnosi DP | Trattamenti DP | | | | | | | | | | | | Totale |
|---------------------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| | NS | F | F-P | F-P-S | F-S | F-S-R | F-R | P | P-S | P-S-R | S | R | |
| NS | 17 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 17 13,1% |
| Disturbi uso sostanze | 14 | 5 | 2 | 1 | 10 | 1 | 1 | 2 | 2 | - | 12 | - | 50 38,5% |
| Disturbi uso alcol | 17 | 5 | 3 | - | 6 | - | 1 | 4 | 3 | 1 | 19 | 3 | 62 47,7% |
| Disturbi mentali organici | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 0,8% |
| Totale | 48 36,9% | 10 7,7% | 5 3,8% | 1 0,8% | 16 12,3% | 1 0,8% | 2 1,5% | 6 4,6% | 5 3,8% | 1 0,8% | 31 23,8% | 4 3,1% | 130 100,0% |

LEGENDA

F = T1.Farmacologico

P = T2.Psicologico/Psicoterapeutico

S = T3.Riabilitativo/Socio-educativo

R = T4.Residenziale/Semiresidenziale

NS = non specificat

Tab.13 FREQUENZE GENERALI DEI TRATTAMENTI –CASI DOPPIA DIAGNOSI

| TRATTAMENTI | V.A. | % |
|---|-------------|------------|
| Farmacologico | 40 | 21,9 |
| Farmacologico/Psicologico | 34 | 18,6 |
| Riabilitativo/Socioeducativo | 25 | 13,7 |
| Farmacologico/Riabilitativo | 21 | 11,5 |
| Non specificato | 17 | 9,3 |
| Psicologico/Psicoterapeutico | 8 | 4,4 |
| Farmacologico/Residenziale-semiresidenziale | 7 | 3,8 |
| Residenziale-semiresidenziale | 7 | 3,8 |
| Farmacologico/Psicologico/Riabilitativo | 5 | 2,7 |
| Farmacologico/Psicologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 5 | 2,7 |
| Psicologico/Riabilitativo | 5 | 2,7 |
| Farmacologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 3 | 1,6 |
| Farmacologico/Psicologico/Residenziale-semiresidenziale | 2 | 1,1 |
| Psicologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 2 | 1,1 |
| Psicologico/Residenziale-semiresidenziale | 1 | 0,5 |
| Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 1 | 0,5 |
| TOTALE | 183 | 100 |

Tab.14 FREQUENZE TRATTAMENTI PER SERVIZI INVIANTI–CASI DOPPIA DIAGNOSI

| PA | | |
|---|------------|------------|
| TRATTAMENTI | V.A | % |
| Farmacologico/Psicologico | 31 | 35,6 |
| Farmacologico | 30 | 34,5 |
| Farmacologico/Psicologico/Riabilitativo | 5 | 5,7 |
| Non specificato | 5 | 5,7 |
| Farmacologico/Residenziale-semiresidenziale | 5 | 5,7 |
| Farmacologico/Psicologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 3 | 3,4 |
| Farmacologico/Riabilitativo | 3 | 3,4 |
| Psicologico/Psicoterapeutico | 3 | 3,4 |
| Farmacologico/Psicologico/Residenziale-semiresidenziale | 1 | 1,1 |
| Farmacologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 1 | 1,1 |
| TOTALE | 87 | 100 |

| DP | | |
|--|------------|------------|
| TRATTAMENTI | V.A | % |
| Riabilitativo/socioeducativo | 25 | 26,0 |
| Farmacologico/ Riabilitativo | 18 | 18,8 |
| Non specificato | 12 | 12,5 |
| Farmacologico | 10 | 10,4 |
| Residenziale-semiresidenziale | 7 | 7,3 |
| Psicologico/Psicoterapeutico | 5 | 5,2 |
| Psicologico/Riabilitativo | 5 | 5,2 |
| Farmacologico/Psicologico/ | 3 | 3,1 |
| Farmacologico/Psicologico /Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 2 | 2,1 |
| Farmacologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 2 | 2,1 |
| Farmacologico/Residenziale-semiresidenziale | 2 | 2,1 |
| Psicologico/Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 2 | 2,1 |
| Farmacologico/Psicologico/Residenziale-semiresidenziale | 1 | 1,0 |
| Psicologico/Residenziale-semiresidenziale | 1 | 1,0 |
| Riabilitativo/Residenziale-semiresidenziale | 1 | 1,0 |
| TOTALE | 96 | 100 |

GRAFICO 1 Composizione percentuale utenti doppia diagnosi

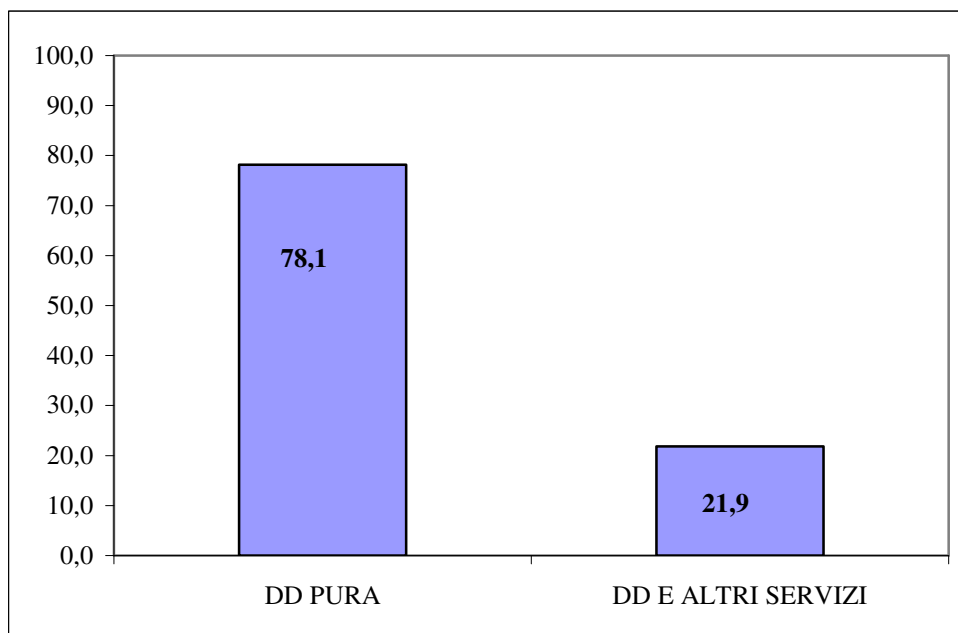


GRAFICO 2 Composizione percentuale delle diagnosi principali utenti doppia diagnosi segnalati dai due settori del DSM

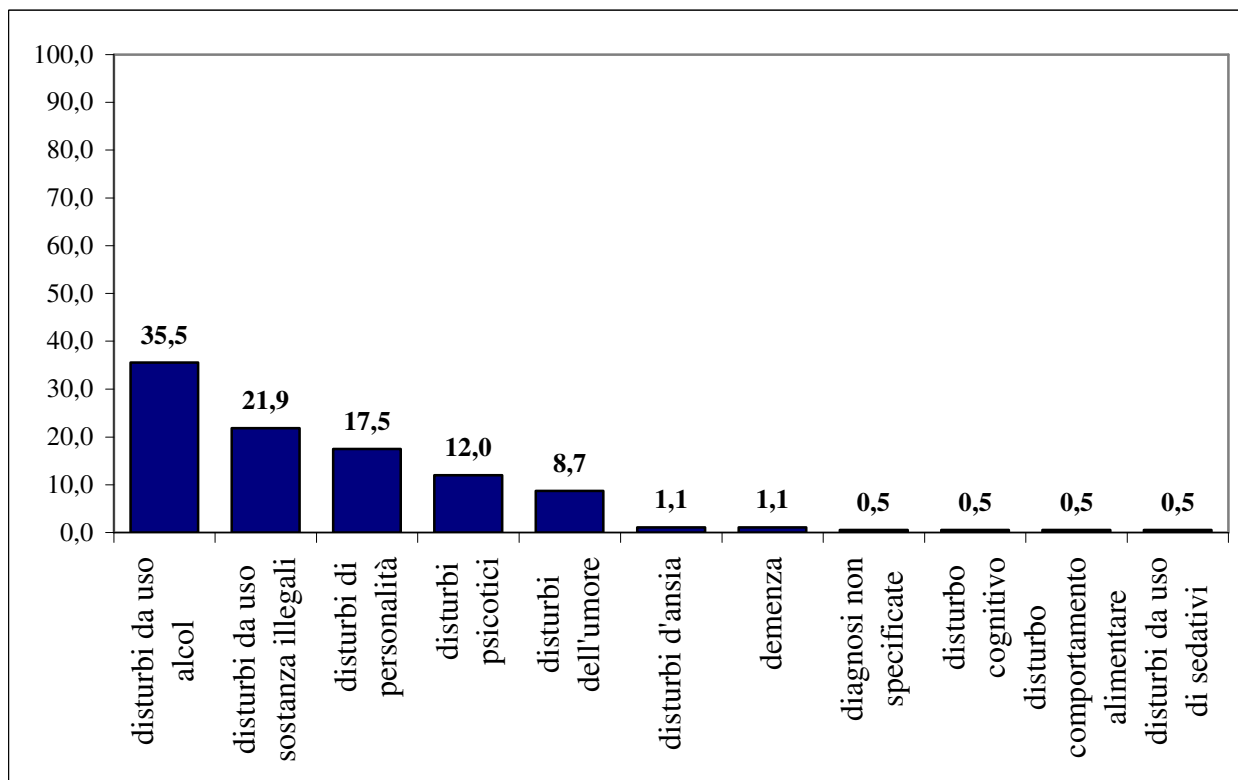


GRAFICO 3 Composizione percentuale delle diagnosi principali degli utenti a doppia diagnosi segnalati dal settore DP

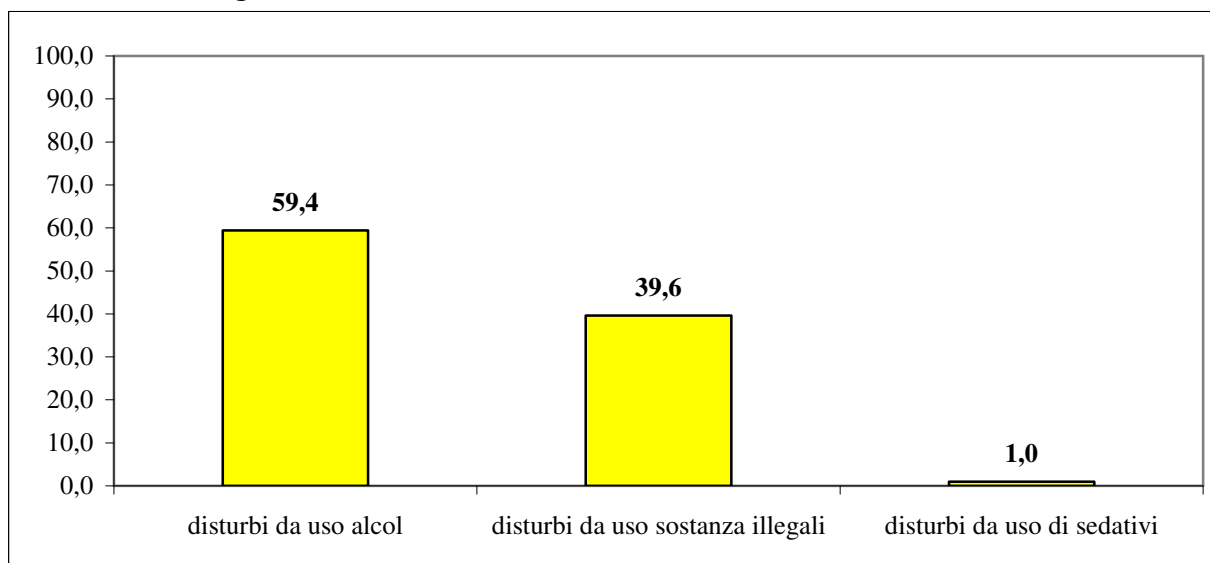
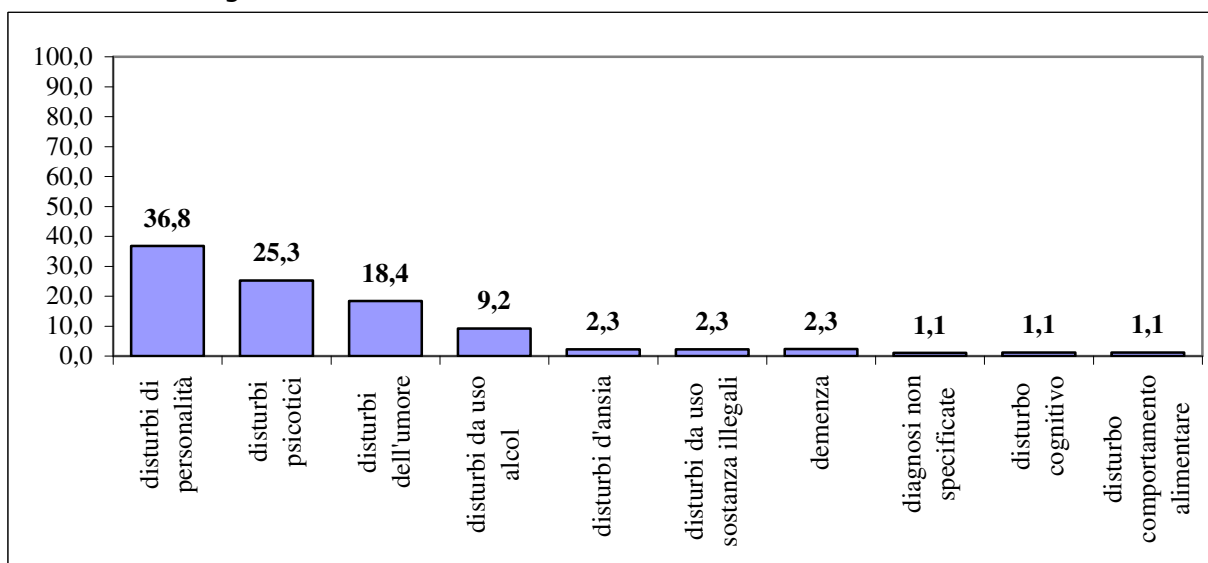


GRAFICO 4 Composizione percentuale delle diagnosi principali degli utenti a doppia diagnosi segnalati dal settore PA



INDAGINE SULLE FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE CONOSCIUTE DAI SERVIZI DSM

Il presente studio osservazionale ha l'obiettivo di analizzare alcune tipologie di famiglie definibili come "multiproblematiche", prendendone in esame le caratteristiche demografiche, i percorsi di assistenza che sono attivati nella presa in cura e i flussi informativi esistenti non solo interni al servizio salute mentale ma anche tra servizi sanitari diversi dal DSM e tra quest'ultimo e altri servizi socio-assistenziali.

E' definita **Famiglia Multiproblematica** (FMP) quella famiglia in cui almeno due componenti sono in carico a settori diversi del DSM ovvero ad un settore del DSM e altro Servizio Sanitario dell'Azienda USL di Modena e/o al Servizio Sociale del Comune di residenza.

I dati raccolti includono una percentuale esigua di nuclei familiari composti da soggetti conviventi; tuttavia, lo studio ha intercettato con più facilità le tipologie di famiglie "legali" e, data la complessità del lavoro, non ha utilizzato criteri osservazionali per includere le famiglie conviventi. Per i criteri di selezione non sono stati inclusi, inoltre, i soggetti sofferenti in cura nell'area sanitaria del privato ed ancora quelle famiglie non residenti nel comprensorio provinciale sebbene in carico a settori del DSM.

Gli operatori a cui i ricercatori si sono rivolti per richiedere la segnalazione di nuclei familiari che rispondessero ai criteri dello studio, appartengono ai 4 settori del Dipartimento Salute Mentale (DSM) di Modena:

- 1- Psichiatria Adulti (PA)
- 2- Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza (NPIA)
- 3- Dipendenze Patologiche (DP)
- 4- Psicologia Clinica (PC)

Il settore PC ha partecipato alla ricerca sia nell'ambito della presa in cura individuale che in quello della terapia familiare.

Ogni settore ha individuato e indicato le famiglie che, per quanto possibile agli operatori intervistati e in base alla documentazione in loro possesso, rispondono alla definizione proposta dallo studio; tali famiglie sono, per convenzione, definite: famiglie dichiarate.

Successivamente i ricercatori hanno incrociato i dati delle cosiddette famiglie dichiarate e hanno estrapolato le famiglie confermate dagli incroci fatti tra settore dichiarante e settore indicato come quello/i di presa in cura; queste famiglie sono definite per convenzione: famiglie condivise, famiglie i cui dati raccolti confermano come realmente condivise nella cura dai settori DSM e/o servizi sanitari e/o servizi sociali.

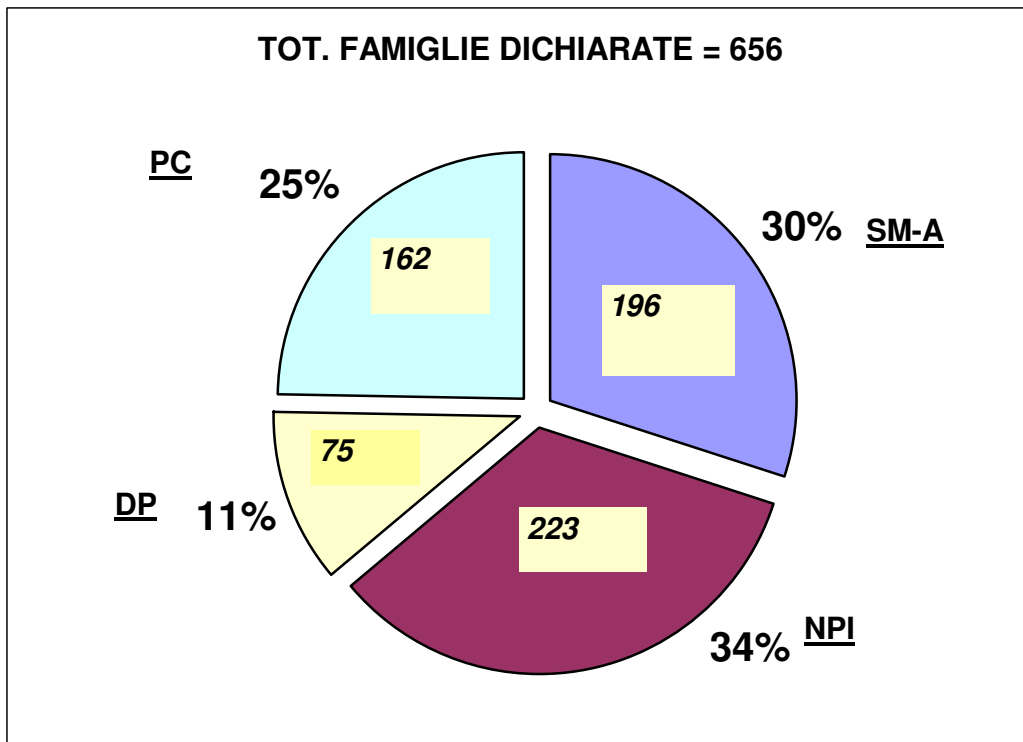
Gli operatori del DSM intervistati hanno indicato che il 34% delle famiglie oggetto della ricerca sono in carico ai Servizi Sociali; tuttavia, il presente studio non ha accertato l'effettiva presa in carico da parte dei Servizi Sociali.

- ✓ NUMERO FINALE DELLE FAMIGLIE SELEZIONATE (esclusi i 194 casi impropriamente segnalati come famiglie multiproblematiche): **656** (PARI A 1738 COMPONENTI)
- ✓ NOTA METODOLOGICA: LE 656 FAMIGLIE EFFETTIVE SONO STATE SUDDIVISE, SULLA BASE DELLE SEGNALAZIONI DEI SINGOLI SETTORI, IN:
 - 479 PRESUPPOSTE MULTIPROBLEMATICHE, MA IN REALTA' MONOPROBLEMATICHE;
 - 177 EFFETTIVAMENTE MULTIPROBLEMATICHE (queste 177 segnalazioni effettivamente multiproblematiche si riferiscono ad **85** famiglie multiproblematiche reali, depurandole dalle doppie o triple condivisioni)

Tab.15 - Distribuzione di frequenza per composizione famiglie dichiarate

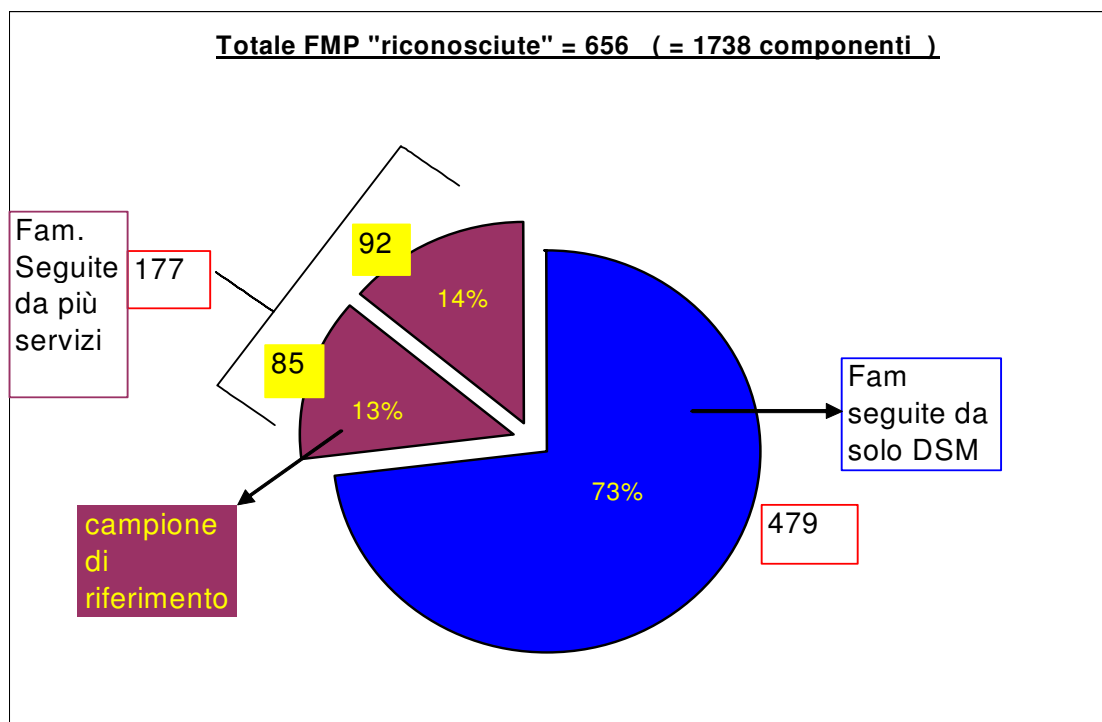
| A) Famiglie composte da soli pazienti | FAMIGLIE | COMPONENTI |
|---|-----------------|-------------------|
| 2 PAZIENTI | 352 | 704 |
| 3 PAZIENTI | 139 | 417 |
| 4 PAZIENTI | 31 | 124 |
| 5 PAZIENTI | 9 | 45 |
| 6 PAZIENTI | 1 | 6 |
| TOTALE A | 532 | 1296 |
| B) Famiglie composte da pazienti + 1 familiare | FAMIGLIE | COMPONENTI |
| 1 FAMILIARE E 2 PAZIENTI | 72 | 216 |
| 1 FAMILIARE E 3 PAZIENTI | 13 | 52 |
| 1 FAMILIARE E 4 PAZIENTI | 3 | 15 |
| TOTALE B | 88 | 283 |
| C) Famiglie composte da pazienti + 2 familiari | FAMIGLIE | COMPONENTI |
| 2 FAMILIARI E 2 PAZIENTI | 22 | 88 |
| 2 FAMILIARI E 3 PAZIENTI | 8 | 40 |
| TOTALE C | 30 | 128 |
| D) Famiglie composte da pazienti + 3 familiari | FAMIGLIE | COMPONENTI |
| 3 FAMILIARI E 2 PAZIENTI | 5 | 25 |
| 3 FAMILIARI E 3 PAZIENTI | 1 | 6 |
| TOTALE D | 6 | 31 |
| TOTALE Famiglie A+B+C+D | 656 | 1738 |

Grafico 5



Le famiglie segnalate dai settori del DSM e per le quali sono stati recuperati dati, seppure incompleti, sono 656, tale numero corrisponde a 1738 soggetti-componenti le famiglie oggetto della rilevazione. In realtà, il numero delle famiglie segnalate dai vari settori è maggiore (circa 850) ma non per tutte è stato possibile acquisire dati certi dai servizi che hanno fornito la segnalazione.

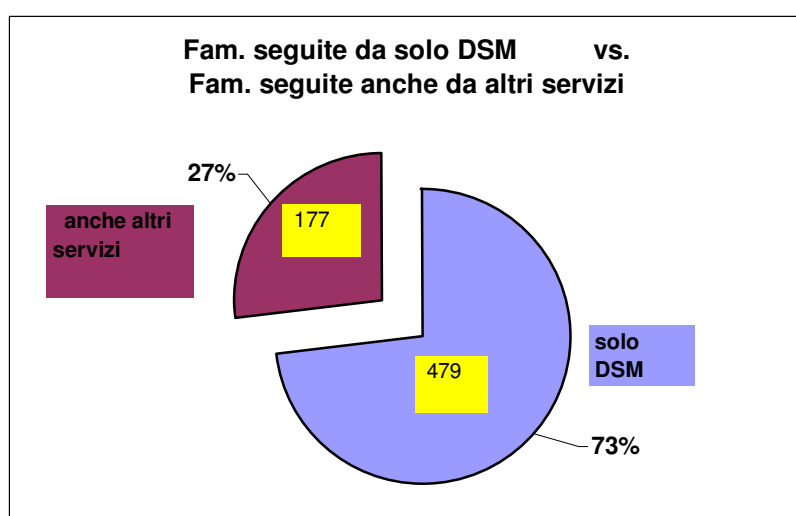
Grafico 6



Le 656 famiglie sono state suddivise in due gruppi in base al criterio di essere in carico solo a settori diversi del DSM o anche ad altri servizi sanitari e/o sociali, in accordo con i criteri definitivi di "famiglia multiproblematica":

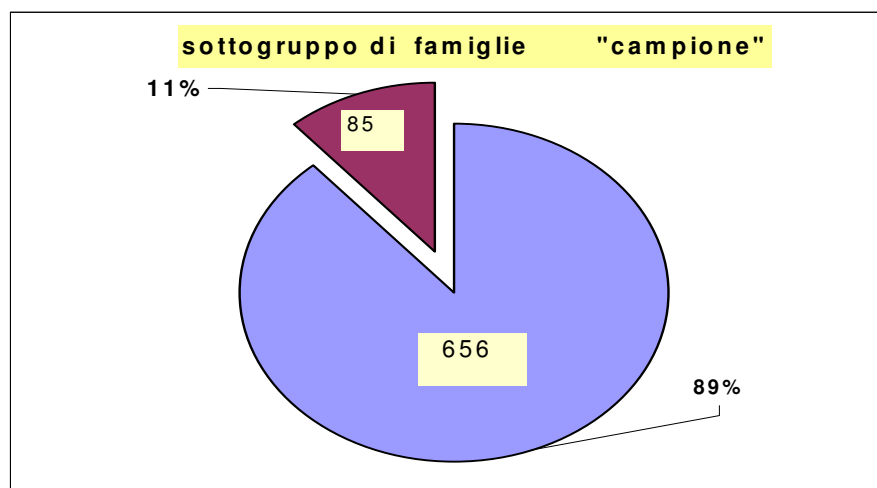
- 1- un gruppo di 479 (73%): famiglie con vari componenti sofferenti, ma tutti comunque in carico a vari settori del DSM;
- 2- un gruppo di 177 (27%) famiglie con vari componenti sofferenti, in carico contemporaneamente al DSM e ad altri servizi sanitari ospedalieri e/o territoriali e/o ai servizi Sociali del Comune.

Grafico 7



All'interno del gruppo delle 177 famiglie è stato possibile estrapolare un campione di 85 famiglie di cui sono stati forniti dati completi ed accertati anche nei controlli incrociati tra i diversi settori segnalanti e settori di presa in cura indicata dall'inviante.

Grafico 8



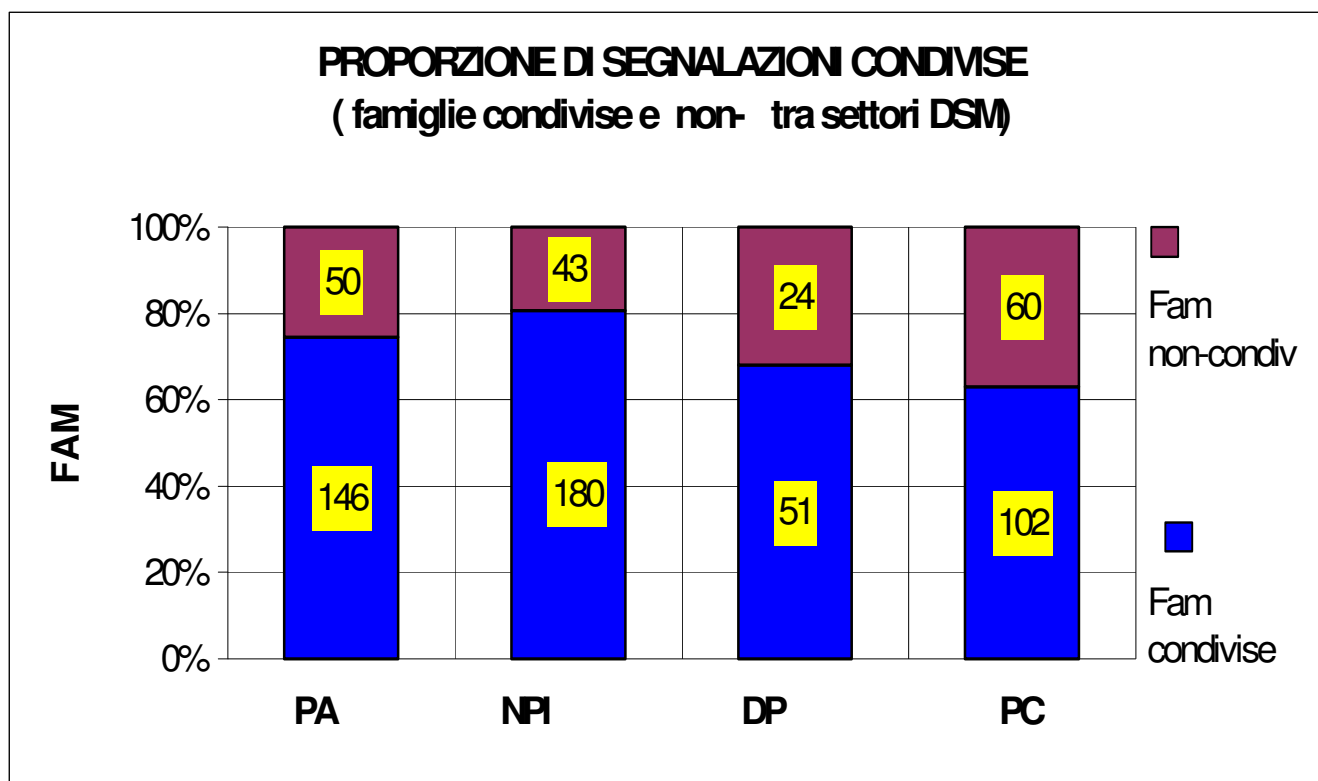
IL LAVORO INTEGRATO TRA PRASSI E TEORIA

CONDIVISIONE DELLE CURE TRA SETTORI DEL DSM

Le percentuali di condivisione, cioè con conferma positiva all'incrocio dei dati, sono variabili nei quattro settori del DSM.

Il settore NPPIA risulta avere la percentuale più alta di condivisione: 81%, mentre quello delle DP la percentuale più bassa: 63%.

Grafico 9

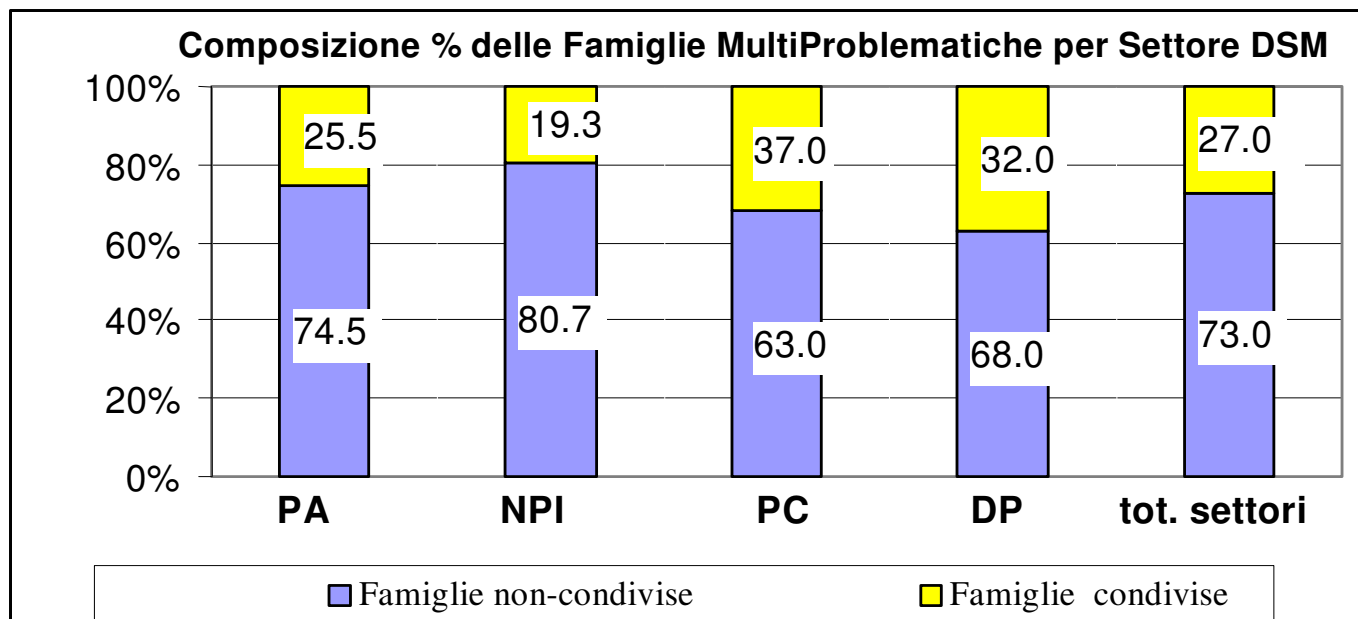


I vari tassi di presa in carico, congiunta e riconosciuta, tra vari settori o diversi servizi riflette in parte anche la intrinseca tipologia della prestazione di uno specifico settore DSM.

Il gruppo delle FMP "dichiarate", cioè segnalate dai vari settori del DSM, è formato per il 30% da famiglie individuate dal settore PA, per il 34% dalla NPPIA, per il 11% dal settore DP, e per il 25% da famiglie individuate dal settore PC. Il settore che ha segnalato più nuclei familiari multiproblematici è risultato essere, pertanto, la NPPIA.

E' stato valutato, inoltre, quanto i vari settori del DSM condividano la conoscenza e la consapevolezza della multiproblematicità dei nuclei familiari individuati dallo studio osservazionale; tale dato, definito come "famiglie condivise", indica approssimativamente il grado in cui un settore condivide con altri, consapevolmente, il lavoro di presa in carico del nucleo multiproblematico.

Grafico 10



La percentuale di "condivisione" del sistema di cura nel suo complesso risulta del 26%. Il settore che attualmente sembra presentare un maggior indice di condivisione di cura e quindi di consapevolezza, è la PC: 60 famiglie su 102, corrispondenti a circa il 37% del proprio campione; mentre il settore con il minor indice di condivisione è la NPIA con il 19,3%.

Il Settore NPIA, pur presentando il minor indice di condivisione degli interventi integrati con altri servizi, appare organizzato ad offrire alle famiglie una presa in carico che risponde al suo interno ai vari bisogni espressi dal singolo nucleo familiare.

Il Settore di PC, in particolare tramite i Centri di Consulenza e di Terapia Familiare attivi come servizi di 2° livello, manifesta una crescente e dinamica capacità di intercettare e trattare in condivisione con altri servizi i nuclei familiari multiproblematici.

L'elemento della "condivisione" meriterebbe comunque ulteriori approfondimenti, poiché dai dati elaborati per il presente studio non si evince quanto esso dipenda dagli stili di lavoro e dalle prassi cliniche di ogni settore e quanto invece dalla dispersione delle informazioni relative alla presa in carico dei bisogni familiari espressi o comunque rilevanti agli occhi dell'operatore sanitario.

TIPOLOGIA DELLE FAMIGLIE

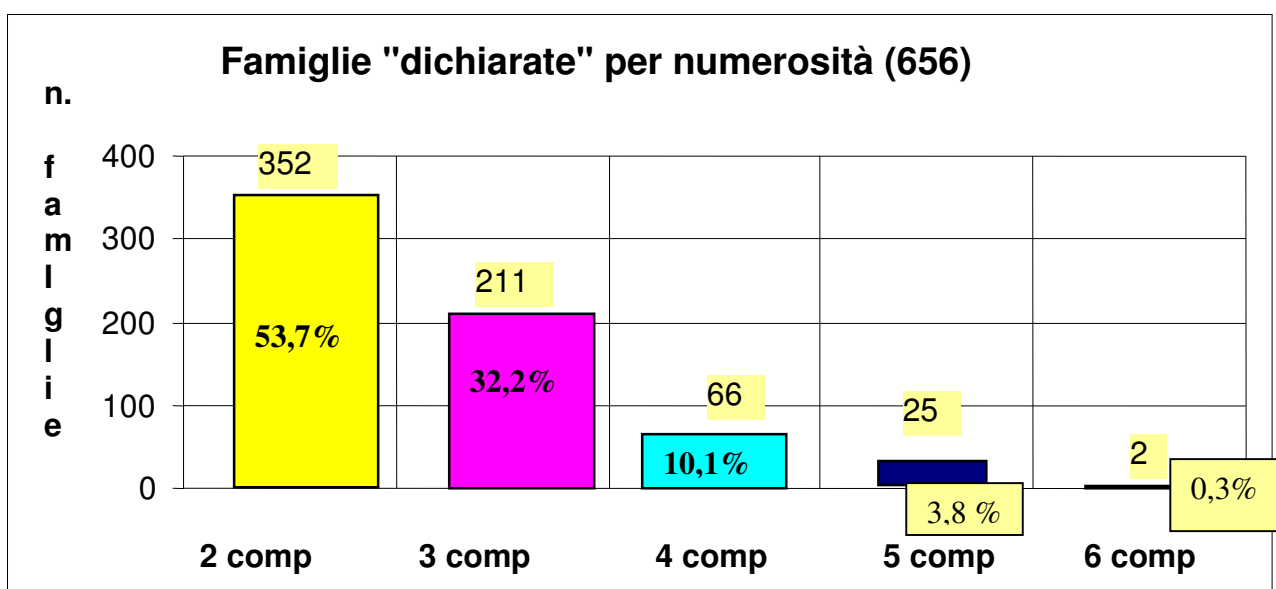
A- GRANDEZZA DEI NUCLEI FAMILIARI

Lo studio osservazionale ha provato a tracciare profili indicativi dei gruppi familiari indicati dai settori del DSM.

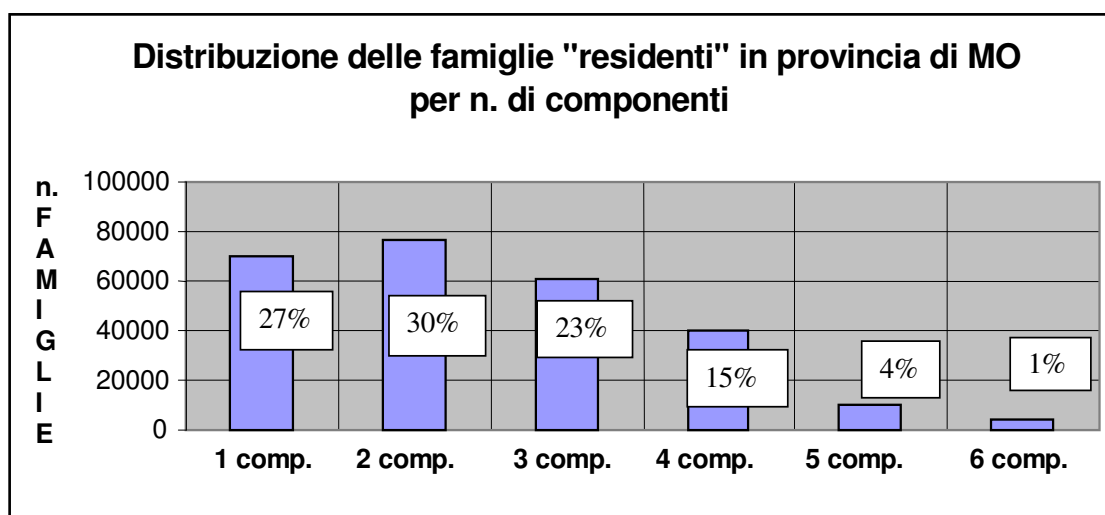
Analizzando il campione più ampio, cioè quello delle cosiddette famiglie "dichiarate", le famiglie dello studio possono essere divise in 5 diversi gruppi secondo il criterio della "numerosità".

Tabella 16

| | | | |
|-------------|--------------|-----|-------|
| Famiglie di | 2 componenti | 352 | 53,7% |
| Famiglie di | 3 componenti | 211 | 32,2% |
| Famiglie di | 4 componenti | 66 | 10,1% |
| Famiglie di | 5 componenti | 25 | 3,8% |
| Famiglie di | 6 componenti | 2 | 0,3% |

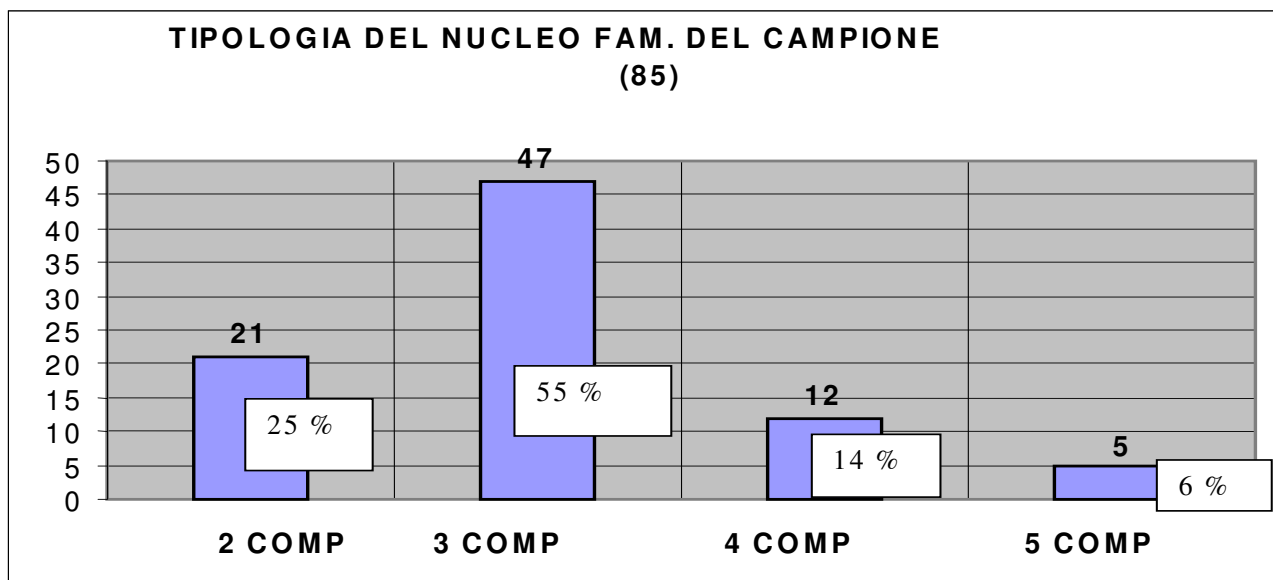
Grafico 11

Il numero medio di componenti per famiglia in provincia di Modena è pari a 2.45 unità; nessun dato comunale supera il valore di tre componenti per famiglia ed i nuclei più numerosi si osservano nei Comuni di Fiorano (2.76 unità), Maranello (2.71 unità) e di Bomporto (2.73 unità); mentre i Comuni montani presentano le ampiezze medie minime. Il costante decremento della dimensione della famiglia sembra dovuto alla persistente crescita di famiglie unidimensionali e più limitatamente bidimensionali e tridimensionali.

Grafico 12

L'analisi del sottogruppo definito come "gruppo campione", cioè le 85 famiglie i cui dati raccolti sono risultati completi e del tutto attendibili, mostra un profilo di sottogruppi familiari simile a quello delle famiglie "dichiarate", ma con la forza dell'attendibilità.

Grafico 13



B- DISTRIBUZIONE NELL'AREA DEI DISTRETTI SANITARI DELLA AUSL DI MODENA

Il totale delle famiglie "dichiarate" (656) è risultato distribuito, all'interno dei 7 distretti sanitari della Azienda USL di Modena, nel seguente modo:

- Distretto di CARPI = 103
- Distretto di MIRANDOLA = 54
- Distretto di MODENA = 234
- Distretto di SASSUOLO = 121
- Distretto di PAVULLO = 30
- Distretto di VIGNOLA = 59
- Distretto di CASTELFRANCO = 55

Il **sottogruppo "campione" (85 famiglie)** è risultato così distribuito:

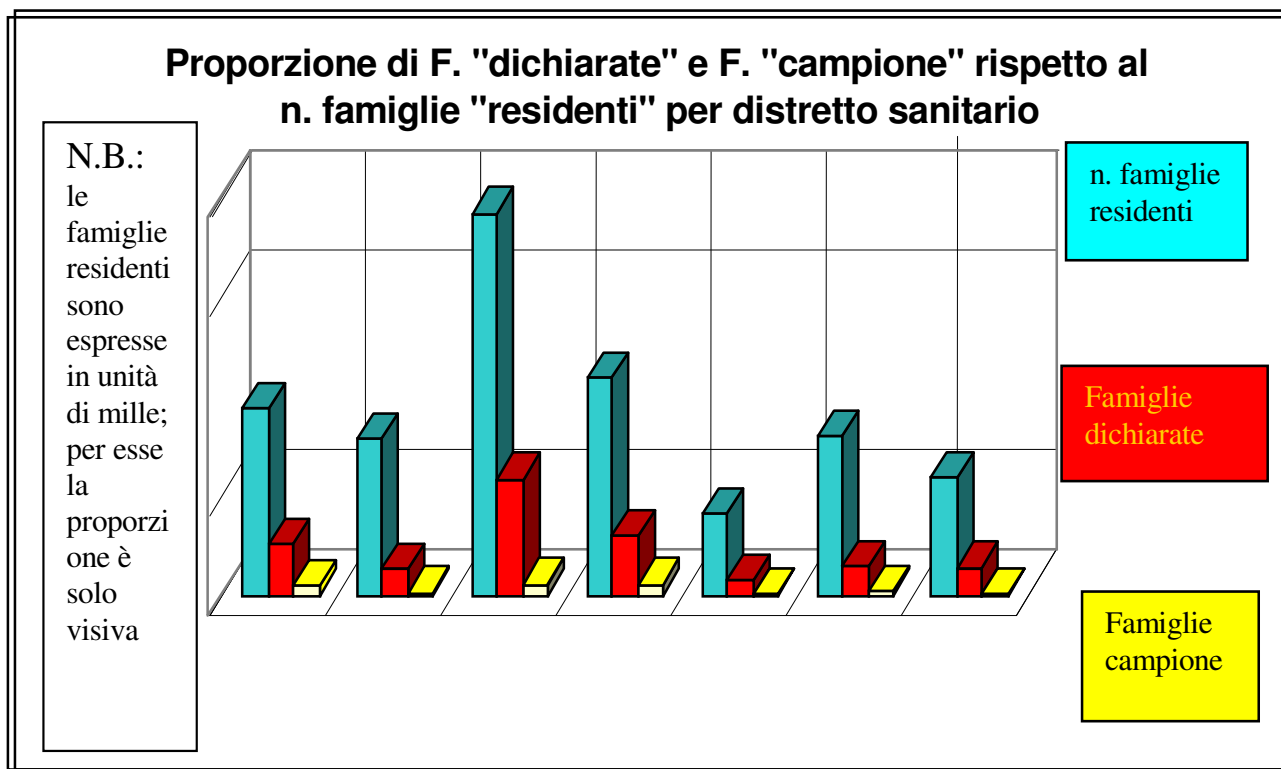
- Distretto di CARPI = 19
- Distretto di MIRANDOLA = 7
- Distretto di MODENA = 22
- Distretto di SASSUOLO = 23
- Distretto di PAVULLO = 2
- Distretto di VIGNOLA = 8
- Distretto di CASTELFRANCO = 4

Tabella 17

| DISTRETTO | Fam. Dichiarate | Fam. campione | Fam. residenti |
|--------------------------|-----------------|---------------|------------------|
| Distretto di CARPI | 103 | 19 - (18,4%) | 37.581 - (0,27%) |
| Distretto di MIRANDOLA | 54 | 7 - (12,9%) | 31.505 - (0,17%) |
| Distretto di MODENA | 234 | 22 - (9,4%) | 76.607 - (0,30%) |
| Distretto di SASSUOLO | 121 | 23 - (19%) | 43.580 - (0,27%) |
| Distretto di PAVULLO | 30 | 2 - (6,6%) | 16.357 - (0,18%) |
| Distretto di VIGNOLA | 59 | 8 - (13,5%) | 32.020 - (0,18%) |
| Distretto di CASTELF. E. | 55 | 4 - (7,2%) | 23.780 - (0,23%) |

N. Famiglie nella provincia di Modena = 261.430

N. medio di componenti per famiglie = 2,45

Grafico 14

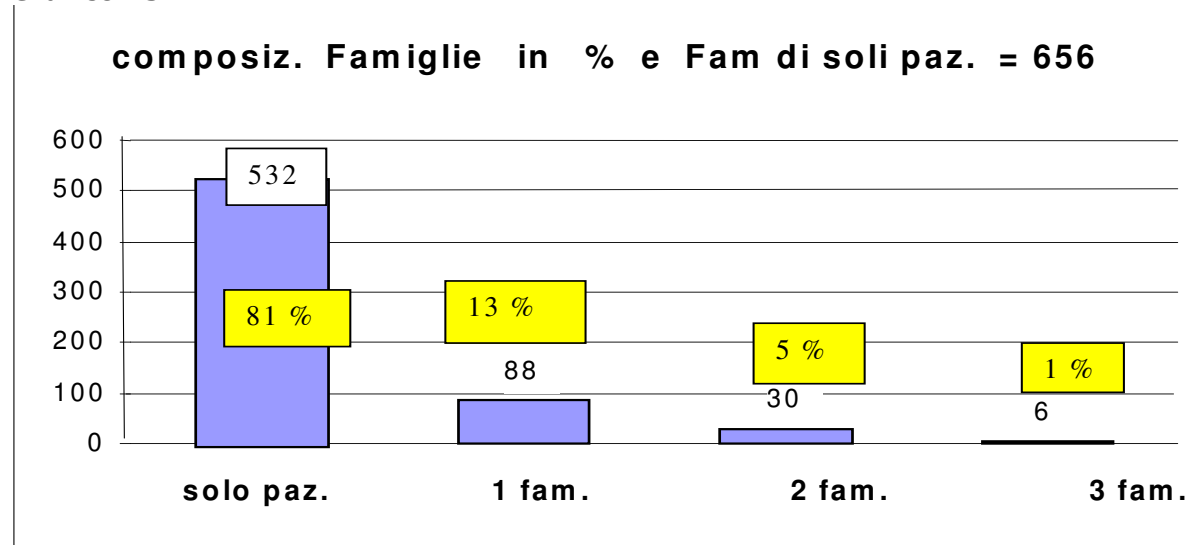
I distretti sanitari che nello studio osservazionale segnalano un maggior numero di Famiglie MultiProblematiche, in rapporto percentuale con le famiglie residenti, sono quelle di Modena, Carpi, Sassuolo. Questa indicazione di tendenza trova conferma nei numeri medi di componenti per famiglia in provincia di Modena pari a 2.45 unità ed anche nel confermare che i nuclei più numerosi si concentrano nel distretto sanitario di Sassuolo (Comune di Fiorano 2.76 unità, di Maranello 2.71 unità) ed in parte di Castelfranco Emilia (Bomporto 2.76 unità). Al contrario, nelle zone collinari e montane (distretto di Pavullo n/F) l'indice di vecchiaia raggiunge i valori massimi ed i nuclei familiari tendono ad essere prevalentemente uni o bidimensionali.

C- LA FAMIGLIA IN CARICO AI SERVIZI E BISOGNI DI CURA

Il presente studio ha cercato di individuare quanti componenti, all'interno di ciascun nucleo familiare, siano in carico ai vari settori del DSM.

Delle 656 famiglie "dichiarate", ben 532 (81%) risultano formate da soggetti che sono definibili come "pazienti", cioè in carico a due o più settori del DSM ed, in parte, a servizi sanitari diversi e/o ai servizi sociali.

Grafico 15

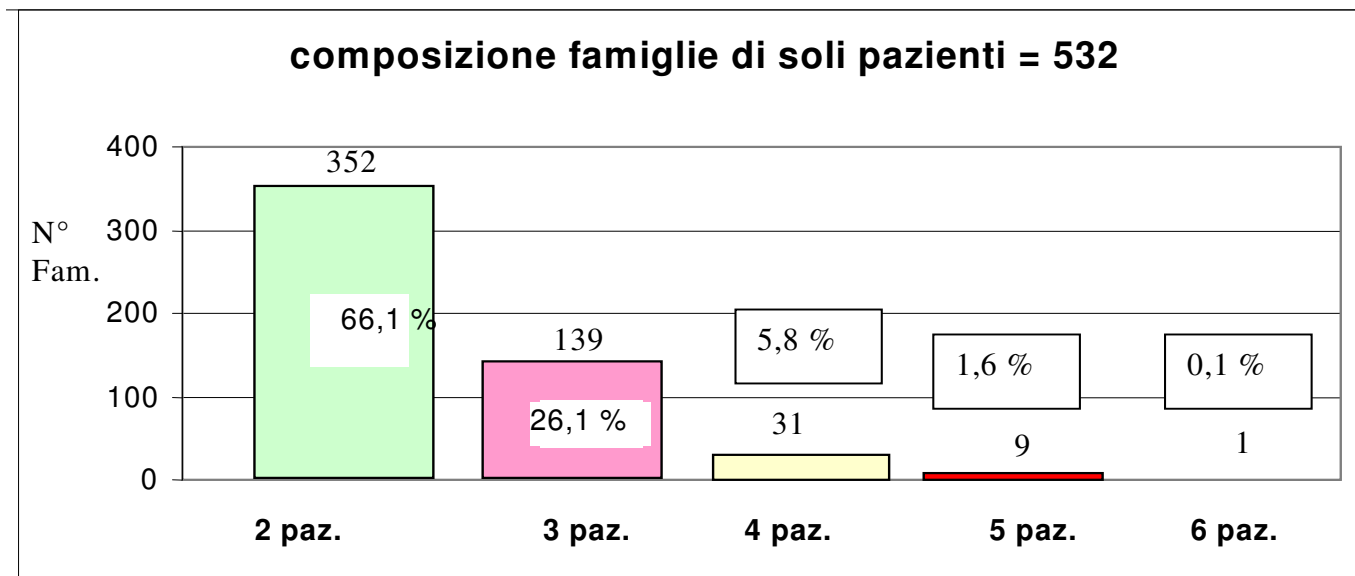


In questo gruppo di 532 famiglie, indicato come famiglie di soli pazienti, le tipologie di nucleo che si riscontrano più frequentemente risultano quelle formate da 2 componenti (352 famiglie, pari al 66%) e da tre componenti (139 famiglie, pari 26%). I due sottogruppi insieme rappresentano il 92% del gruppo indicato come famiglie di soli pazienti.

L'analisi della tipologia delle FMP ha messo in evidenza anche il numero dei familiari, all'interno di ciascun nucleo, che risultano in carico ai vari settori del DSM. In altre parole, le 532 famiglie composte da membri tutti in carico al DSM, risultate distribuite nel seguente modo:

- 352 (66,1%) composte da 2 pazienti
- 139 (26,1%) composte da 3 pazienti
- 31 (5,8%) composte da 4 pazienti
- 9 (1,6%) composte da 5 pazienti
- 1 (0,1%) composta da 6 pazienti

Grafico 16



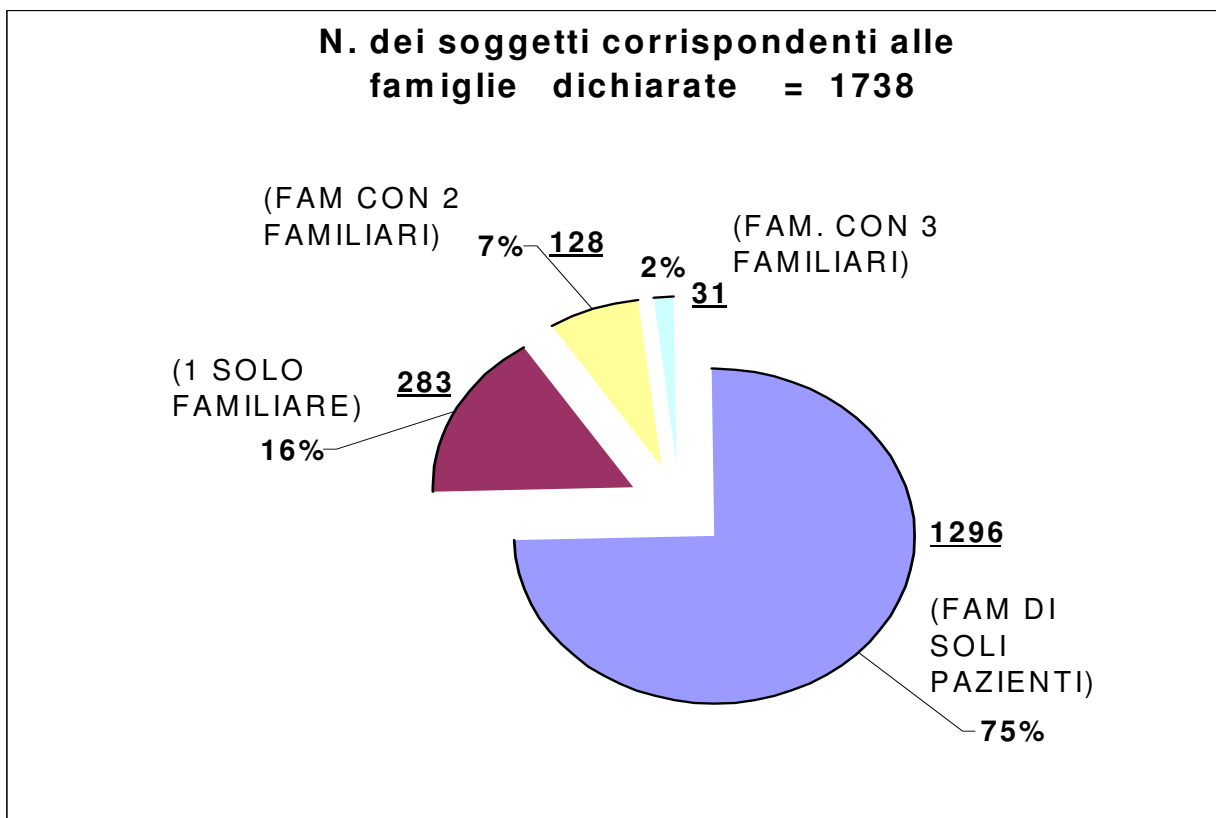
In totale, le famiglie di soli pazienti assommano a 1296 soggetti, cifra che corrisponde al 75% dell'intero campione di famiglie "dichiarate". Tali famiglie "di soli pazienti" sembrano, per il loro carico di sofferenza, sommare i tratti di alta problematicità e di scarse risorse di autoaiuto.

Una seconda osservazione emerge dall'analisi della composizione familiare, riferita al carico familiare. In particolare, sono state individuate 124 famiglie in cui il numero dei portatori di un disturbo psichico e/o organico è uguale o maggiore al numero dei familiari non in carico ad alcun Servizio:

- **88 famiglie** (il 13% sul totale di 656) sono composte da vari componenti "ammalati" ed 1 solo familiare:
 - 72 famiglie (82%) da 1 familiare e 2 pazienti
 - 13 famiglie (15%) da 1 familiare e 3 pazienti
 - 3 famiglie (3%) da 1 familiare e 4 pazienti
- **30 famiglie** (5%) sono composte, oltre che dai familiari "ammalati", da 2 familiari non in carico ai servizi:
 - 22 famiglie (17%) da 2 familiari e 2 pazienti
 - 8 famiglie (13%) da 2 familiari e 3 pazienti
- **6 famiglie** (1%) da 3 familiari non in carico ai servizi:
 - 5 famiglie (83%) da 3 familiari e 2 pazienti
 - 1 famiglia (17%) da 3 familiari e 3 pazienti

In queste famiglie *intercettate* dallo studio, il familiare non in cura/carico a Servizi sembra avere un rilevante carico assistenziale ed emotivo di cura.

Grafico 17



D- PROFILI DEI NUCLEI FAMILIARI

L'insieme di famiglie definite come "sottogruppo famiglie condivise" (177), di cui si hanno dati condivisi tra i settori del DSM ma non completi, è stato analizzato per individuare i profili familiari più rappresentati nell'indagine.

Il profilo prevalente è quello composto dalla madre ed un figlio/a: 69 nuclei familiari, pari al 40% del campione (177 famiglie), rispondono a questo profilo.

Dei rimanenti nuclei familiari:

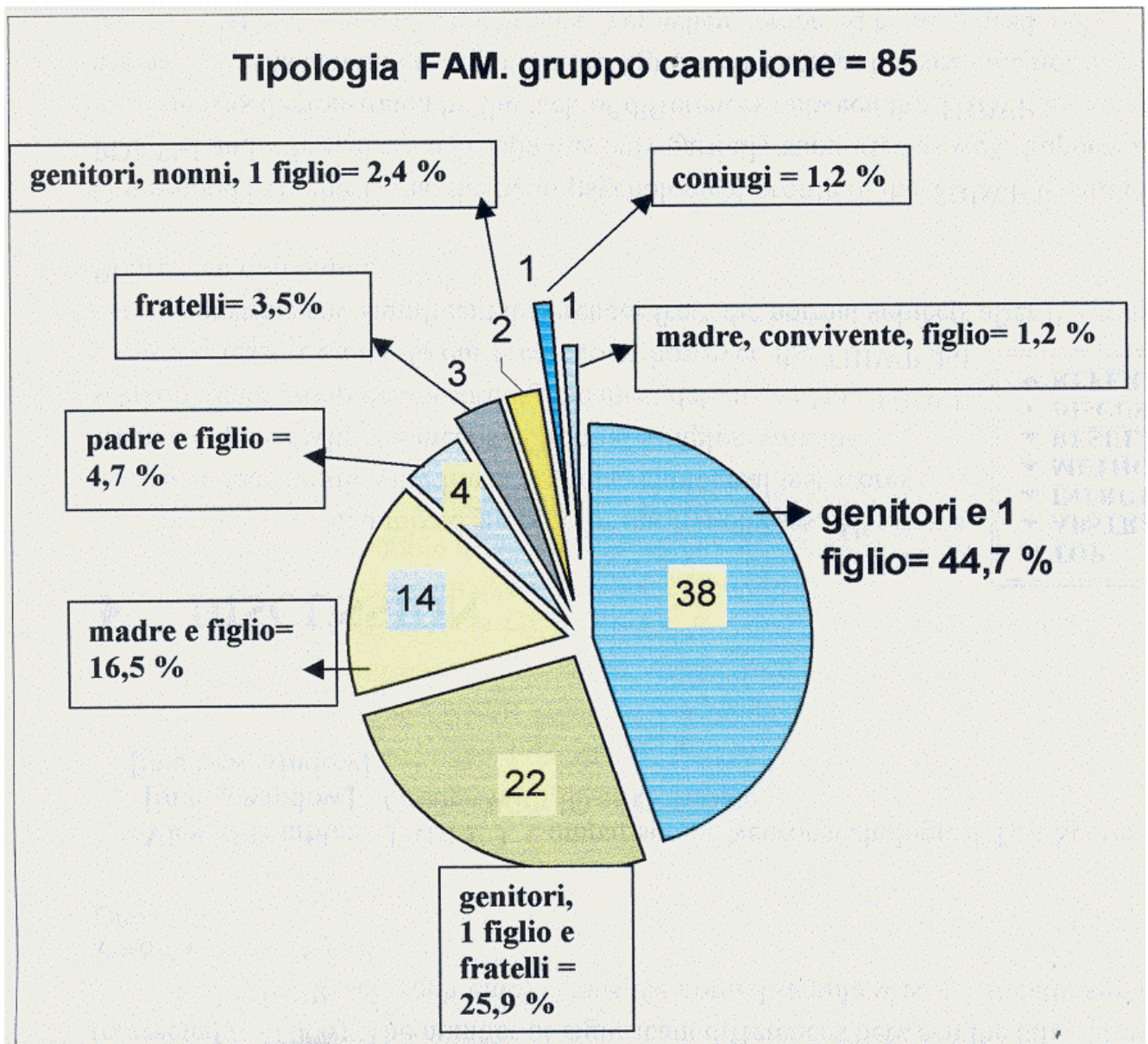
- 53 nuclei, il 30% del campione, sono rappresentati dai due genitori ed un figlio/a;
- 27 nuclei, il 15% del campione, sono composti da padre ed 1 figlio/a;
- 11 nuclei, il 6%, composto da madre, 1 figlio in carico e altri fratelli;
- 6 nuclei, il 3%, composto da un paziente e i fratelli;
- 6 nuclei, il 3%, da genitori, 1 figlio in carico ed i nonni;
- 3 nuclei, il 2%, presentano un profilo: madre, convivente ed un figlio/a in cura;
- 2 nuclei, 1%, da membri conviventi.

La tipologia familiare prevalente è pertanto rappresentata da un nucleo con uno o entrambi i genitori e un figlio/a (somma dei primi tre profili, per un totale di 149 nuclei familiari pari all'85%).

Tali profili familiari si ritrovano, con maggiore attendibilità, nel gruppo campione delle 85 famiglie:

- 38 famiglie (44,7%) sono composte dai due genitori ed 1 figlio/a
- 22 famiglie (25,9%) sono composte dai genitori, un figlio/a e fratelli
- 14 famiglie (16,5%) sono composte da una madre ed i figlio/a
- 4 famiglie (4,7%) sono composte da un padre ed un figlio/a
- 3 famiglie (3,5%) sono composte da fratelli
- 2 famiglie (2,4%) sono composte da genitori,nonni ed i figlio/a
- 1 famiglia (1,2%) è composta da coniugi
- 1 famiglia (1,2%) è composta da una madre, il convivente ed 1 figlio/a

Grafico 18



L'indagine ha evidenziato anche la tipologia di FMP prevalente in ciascun settore del DSM:

SALUTE MENTALE ADULTI: 50 famiglie:

1- sottogruppo prevalente 27 famiglie (54%) = "Madre e 1 Figlio/a"

2- sottogruppo 7 famiglie (14%) = "Genitori ed 1 Figlio/a"

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE: 43 famiglie: i due sottogruppi prevalenti, con pari percentuale (14 famiglie = 32,5%), sono:

1- "Genitori e Figli"

2- "Madri e Figli"

PSICOLOGIA CLINICA: 60 famiglie:

1- sottogruppo prevalente 26 famiglie (43%) = "Genitori e Figli"

2- sottogruppo 17 famiglie (28%) = "Madre e Figli"

DIPENDENZE PATOLOGICHE: 24 famiglie:

1- sottogruppo prevalente 11 famiglie (46%) = "Madre e un Figlio/a"

2- il secondo gruppo 6 famiglie (25%) = "Genitori ed un Figlio/a"

3- il terzo gruppo 5 famiglie (21%) = "Padre ed un Figlio/a"

Grafico 19

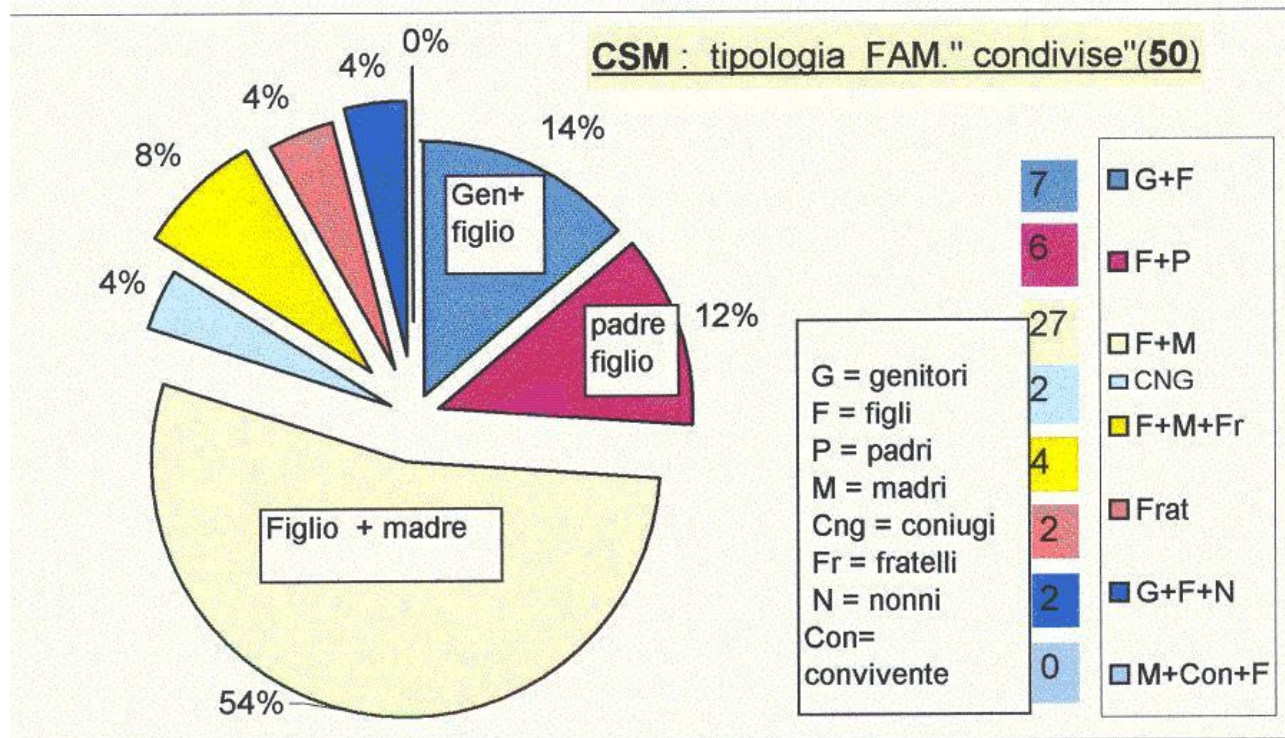


Grafico 20

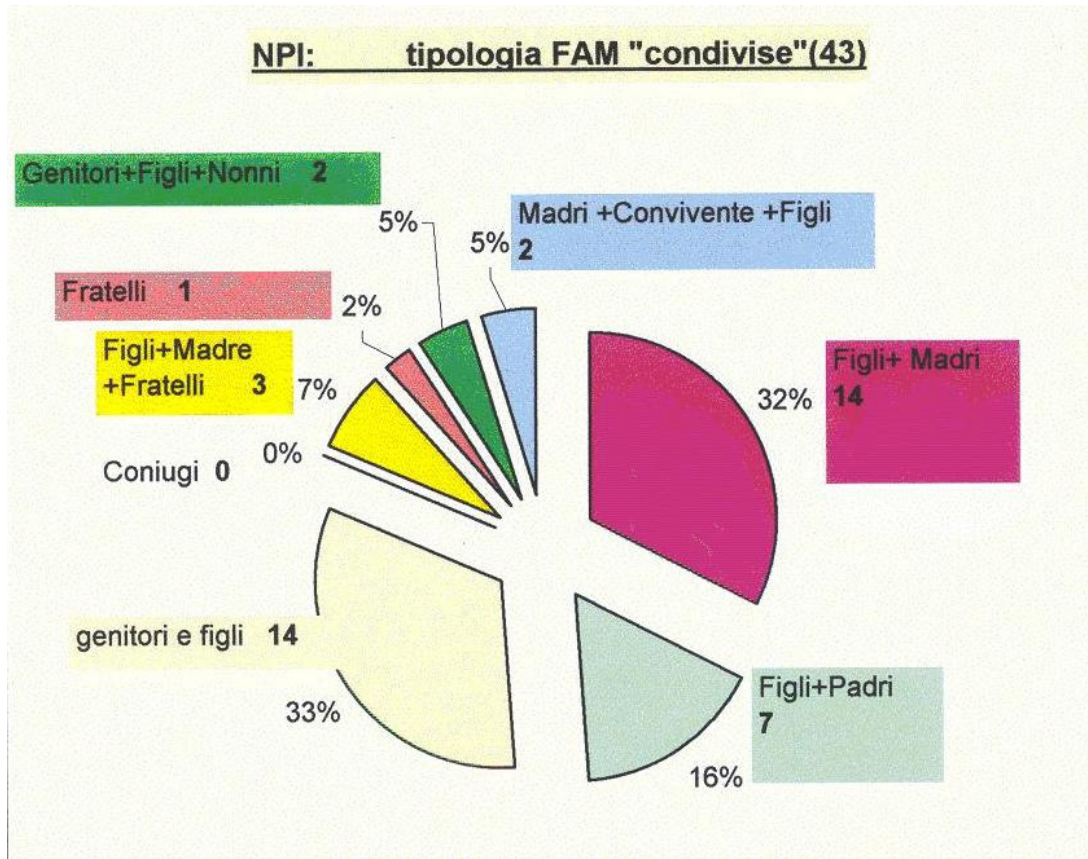


Grafico 21

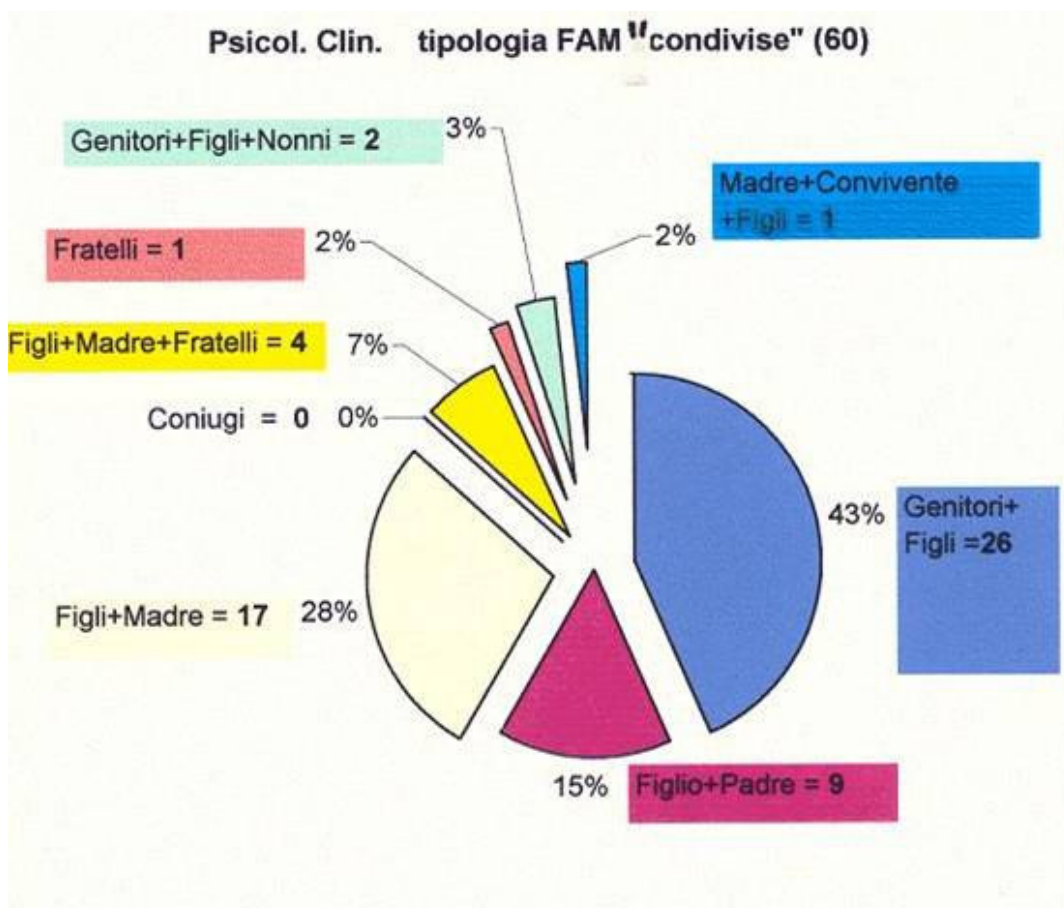
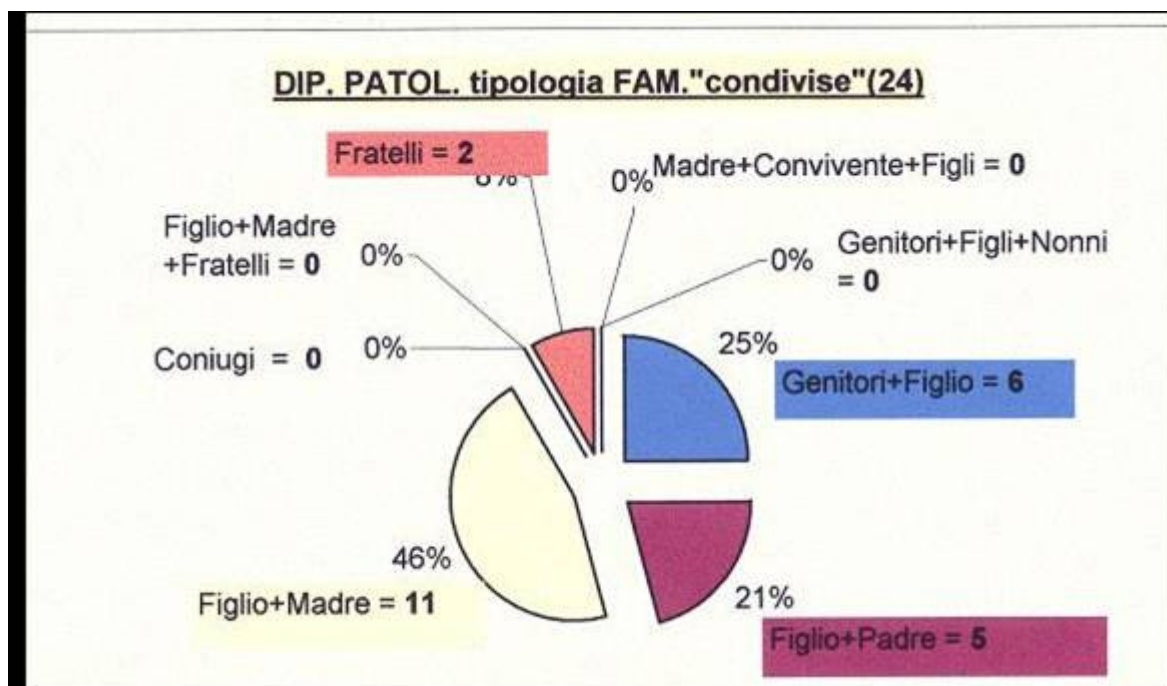


Grafico 22



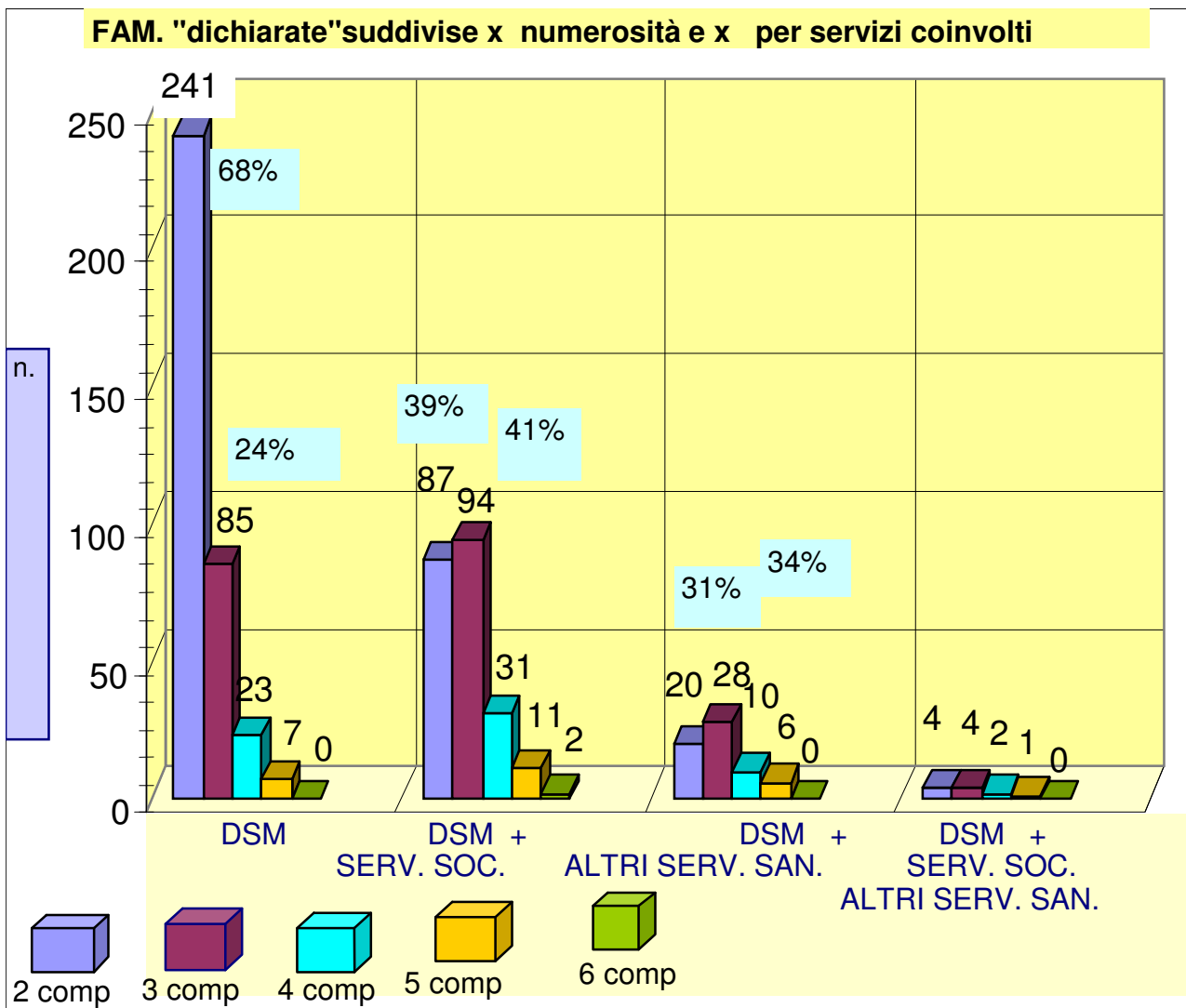
COMPRESENZA TRA SETTORI DSM E SERVIZI SANITARI E SOCIALI

Lo studio osservazionale ha cercato di stabilire quali fossero i settori del DSM coinvolti ed in quale misura; quanto fossero coinvolti nelle cure altri servizi sanitari e quanto fossero, in modo tendenziale, coinvolti nella presa in carico i servizi sociali degli enti comunali.

Si precisa, tuttavia, che sia i servizi sanitari diversi dal DSM sia i servizi sociali comunali, menzionati nello studio, non sono stati direttamente intervistati come fonti di dati; la loro presenza è stata segnalata dai settori DSM che hanno descritto i nuclei familiari ritenuti multiproblematici.

L'esame dei dati mostra che il DSM, coinvolto come unico servizio di presa in cura, ha una prevalenza di FMP di tipo bi o tri-dimensionale (circa l'85% delle famiglie). Tale massiccia prevalenza tende invece a diminuire nei nuclei familiari con maggior numero di componenti; la tendenza che ne risulta è quella che tanto più la famiglia è numerosa, tanto più sono presenti, nell'erogazione di cure ed assistenza, altri servizi sanitari, ospedalieri o territoriali, ed i servizi sociali comunali.

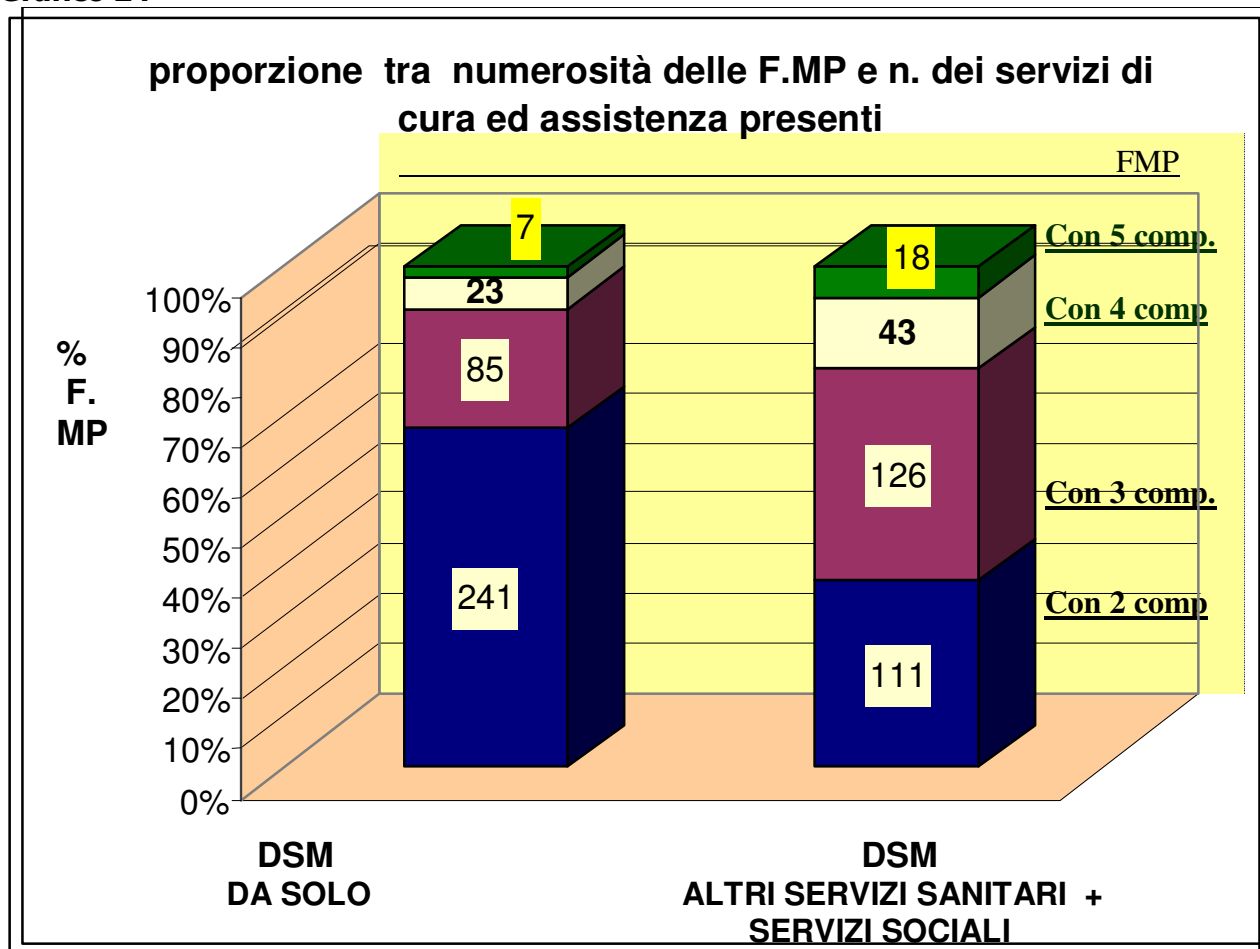
Grafico 23



Il grafico evidenzia un trend di compresenze che aumenta all'aumentare della grandezza dei nuclei familiari; ad un estremo si collocano i nuclei bi-componenti che ricevono una presa in cura prevalentemente dai settori del DSM, dall'altro i nuclei familiari pluri-componenti per i quali entrano in campo anche gli altri servizi sanitari e i servizi sociali.

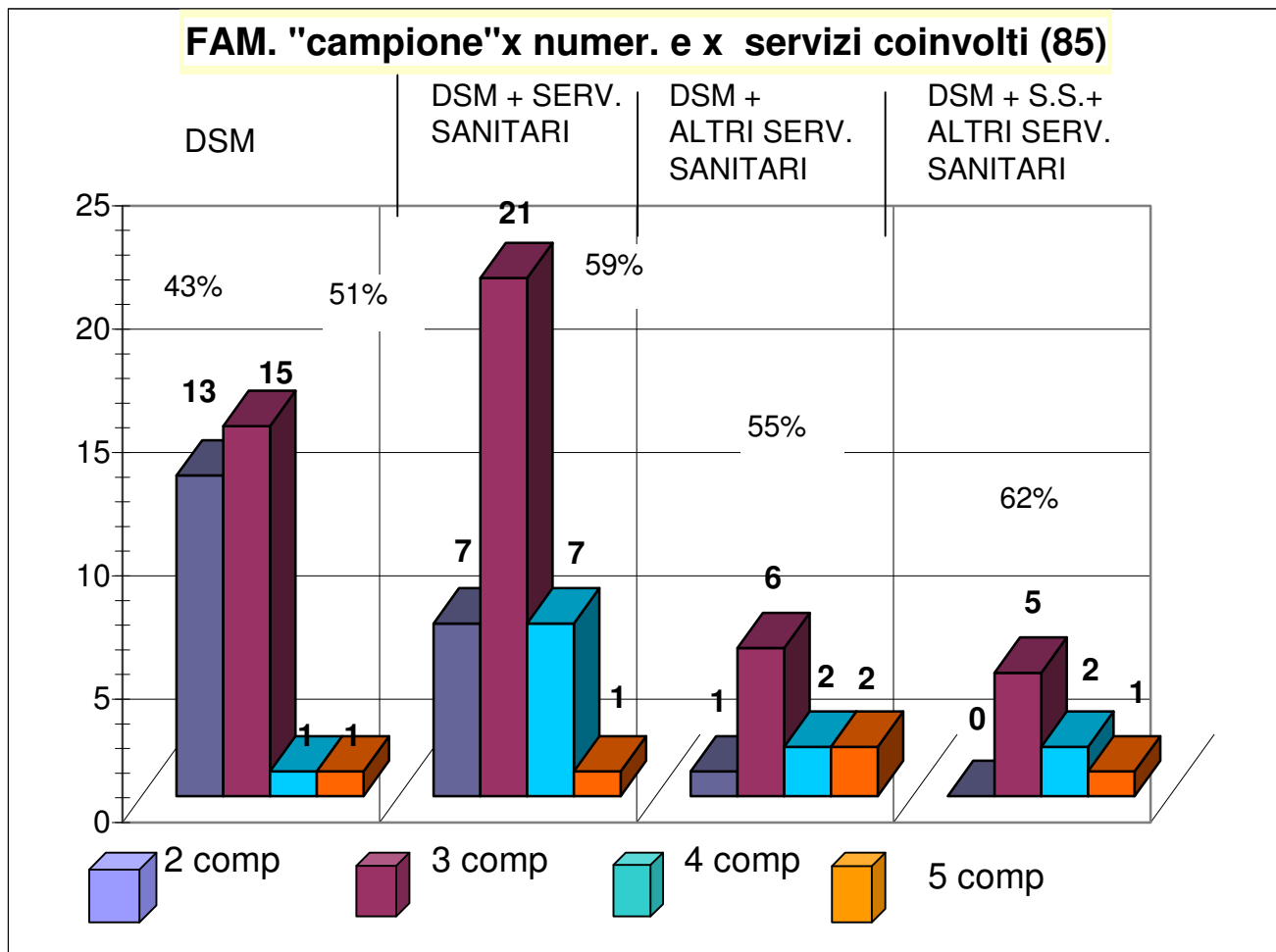
Il DSM e soprattutto il settore PA, nello studio in esame, sembra avere una maggioranza di nuclei familiari ristretti, due o tre persone adulte, tutte con disagio psichico, nuclei in prevalenza di genitori singoli e figli. Con il crescere della dimensione del nucleo familiare sembrano invece entrare in gioco anche bisogni di tipo socio-assistenziale ed altri bisogni di cura nell'ambito somatico (disturbi fisici cronici richiedenti un'assistenza di lungo periodo) afferenti ad altri servizi sanitari specialistici ospedalieri o territoriali, quali ad esempio i centri diabetologici o di cura per malattie neurologiche invalidanti o centri oncologici, trasfusionali o di dialisi, etc.).

Grafico 24



Lo stesso trend si osserva nella distribuzione delle cure all'interno del "gruppo campione" (85 famiglie). Ricordando sempre l'esiguità dei numeri esaminati, emerge con chiarezza che nei nuclei familiari numerosi (4, 5 o 6 componenti) sono presenti, in percentuali rilevanti, oltre al DSM, anche altri servizi sanitari ed i servizi sociali.

Grafico 25



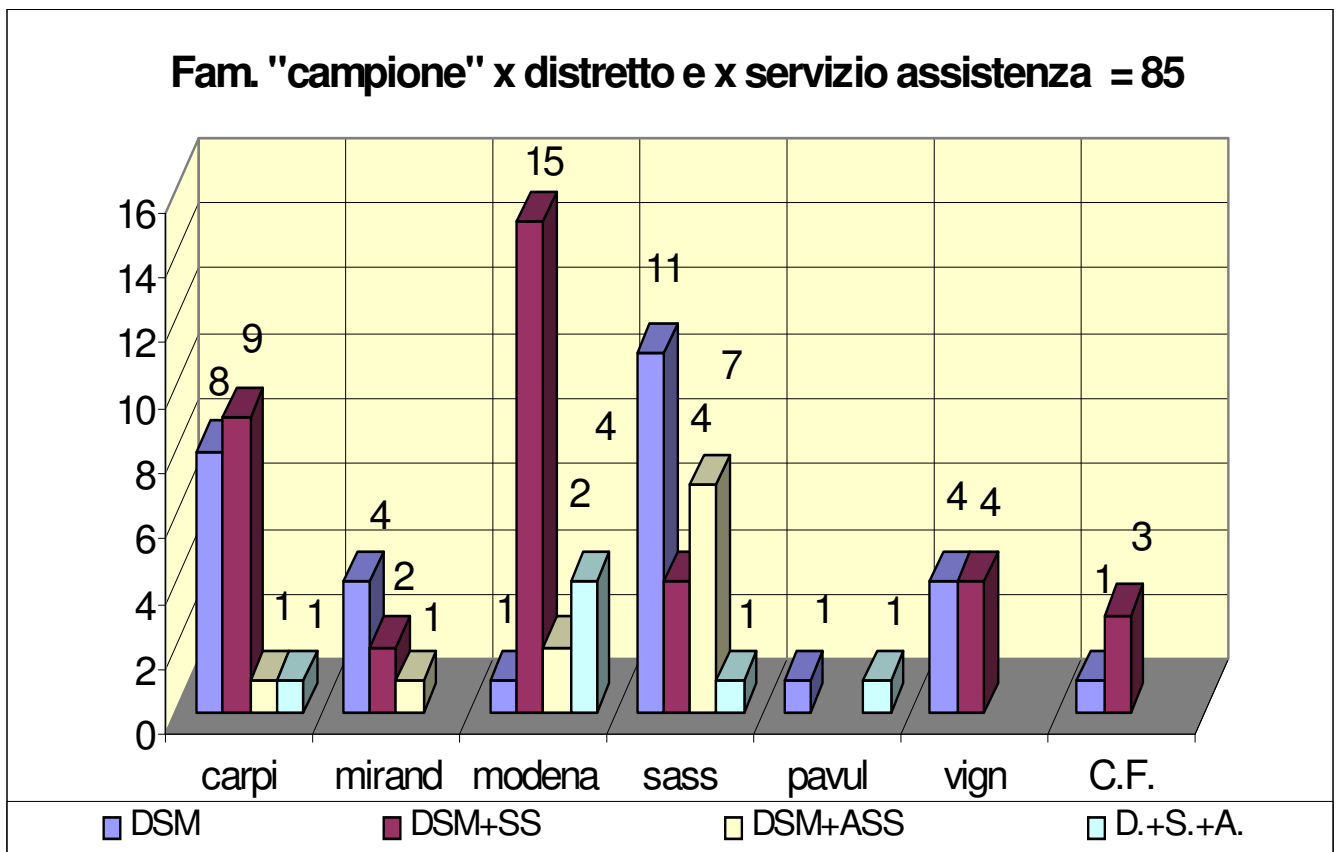
Lo studio ha cercato di "pesare" la dimensione di condivisione tra DSM ed altri servizi sanitari e socio-assistenziali all'interno di ciascun distretto sanitario.

Il distretto che presenta l'area di maggiore condivisione tra DSM e servizi Sociali del Comune è quello di Modena; in posizione intermedia si collocano Mirandola e Carpi; l'area di minore condivisione si registra nel distretto di Sassuolo, seguito dal distretto di Pavullo.

Il distretto di Modena, inoltre, è l'unico che dichiara di avere in cura FMP, per la maggior parte in condivisione con il servizio Sociale del Comune; per contro i distretti nei quali l'area di condivisione con altri servizi sanitari e con i servizi sociali comunali è bassa, nella presa in cura delle FMP, sembrano essere la maggioranza: Sassuolo, Castelfranco, Pavullo e Vignola registrano il maggior numero di FMP in cura solo presso i settori del DSM.

Analizzando il gruppo "campione" di FMP, di cui si hanno dati attendibili, lo studio ha potuto "pesare" la dimensione di condivisione tra DSM ed altri servizi sanitari ed assistenziali, all'interno di ciascun distretto sanitario. Il dato è confermato: Sassuolo, Castelfranco, Pavullo e Vignola, registrano il maggior numero di FMP in cura solo presso i settori del DSM.

Grafico 26



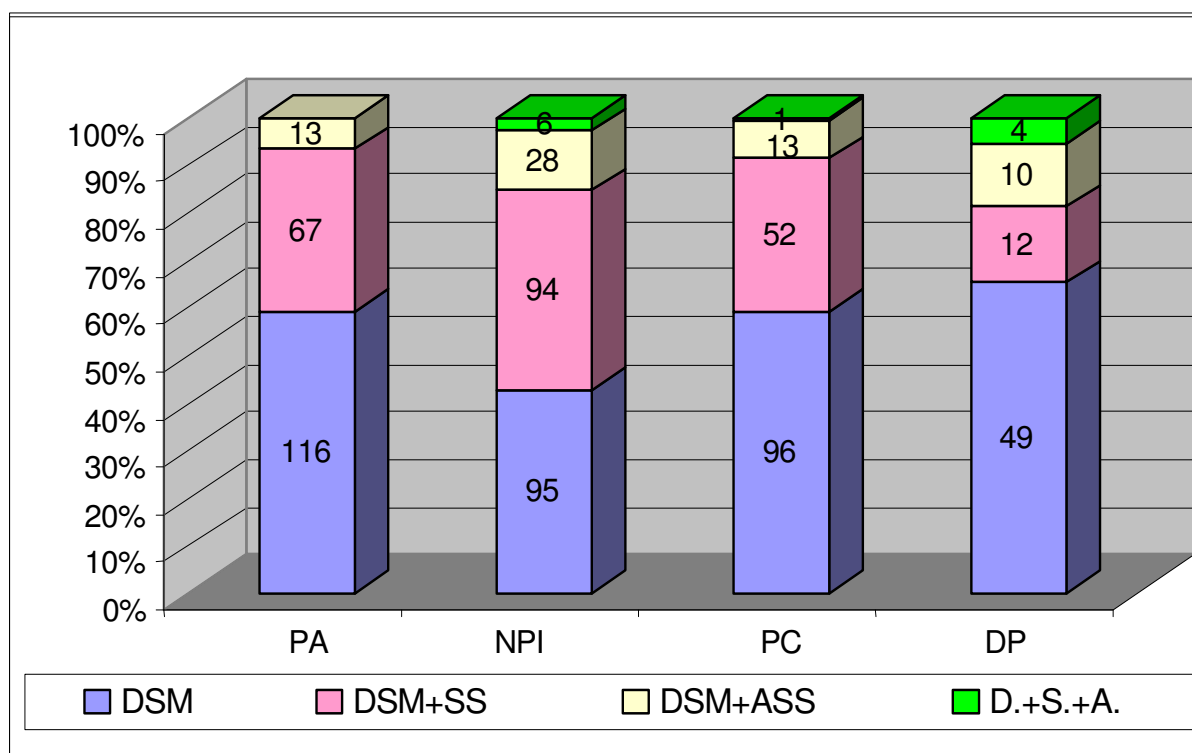
Il grafico sembra fornire una fotografia sovrapponibile alla precedente, eccetto alcuni settori: nel distretto di Modena il dato della condivisione tra DSM e servizi sociali comunali schizza al livello di quasi il 70%; i distretti di Carpi e Castelfranco E. si riposizionano verso una maggiore condivisione tra DSM e servizi Sociali del Comune (nel gruppo "campione" la maggior parte delle FMP è seguita congiuntamente dal DSM e dai servizi sociali comunali, sia a Carpi che a Castelfranco). Risaltano le posizioni del distretto di Sassuolo, nel quale la condivisione delle FMP con i servizi sociali comunali resta esigua e del distretto di Pavullo che non segnala FMP condivise con i servizi sociali comunali.

Focalizzando l'attenzione sulla condivisione tra DSM ed altri Servizi Sanitari ospedalieri o territoriali, i distretti si collocano in modo diverso: è Sassuolo il distretto che segnala una maggiore condivisione con altri Servizi Sanitari, seguito da quello di Modena; al polo opposto si collocano il distretto di Vignola e Castelfranco che non segnalano Famiglie MultiProblematiche in condivisione con alcun servizio sanitario oltre il DSM.

Un'analisi a parte merita il distretto di Pavullo il quale, pur non segnalando FMP in condivisione con i servizi sociali comunali, segnala una eguale proporzione di FMP seguite dal solo DSM e seguite in condivisione con altri servizi sanitari ed i servizi sociali comunali. (artefatto o effetto di essere questo l'unico distretto in cui è presente nel settore PA una assistente sociale?).

Lo studio si è proposto di valutare anche un altro dato: l'area di condivisione tra DSM e altri servizi sanitari e sociali, all'interno di ciascun settore del DSM, proponendosi in tal modo di poter dare solo un'idea di quanto in ciascun settore sia percepita la condivisione con il servizio sociale comunale e con il resto del servizio sanitario locale.

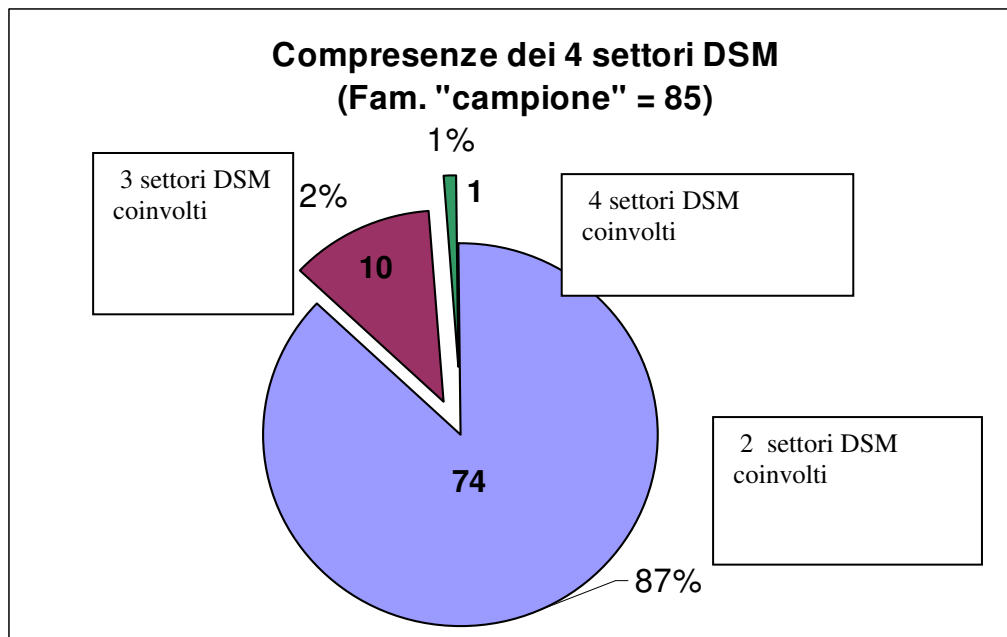
Grafico 27



Il settore che, percentualmente, riferisce una maggiore condivisione con i servizi sociali e con altri servizi sanitari è la NPIA; i settori di PA e PC mostrano aree di condivisione con altri servizi socio-sanitari sovrapponibili; il settore DP si colloca in una fascia intermedia, ma sembra avere una migliore consapevolezza del lavoro condiviso in team con altri servizi socio-assistenziali; infatti, è il settore che segnala, proporzionalmente, un discreto numero di FMP condivise con "altri servizi sanitari e servizi sociali".

La rilevanza della condivisione della presa in carico tra i 4 settori del DSM è stata analizzata anche nel gruppo "campione" (85 famiglie), gruppo che fotografa con maggiore precisione la situazione al momento della rilevazione dei dati.

Grafico 28



E' stato in tal modo possibile evidenziare tre sottogruppi di "condivisione".

- 1° sottogruppo (2 compresenze) = l'87% del campione di FMP è in carico a due settori del DSM;
- 2° sottogruppo (3 compresenze) = il 12% del campione di FMP è in carico a tre settori;
- 3° sottogruppo (4 compresenze) = solo l'1% del campione è in carico a tutti e quattro i settori.

Per ciascuno dei suddetti sottogruppi di "condivisione" è stato quindi analizzata la associazione tra settori del DSM:

a) nel 1° sottogruppo (2 compresenze) sono tre le associazioni più frequenti:

- PA e PC
- NPPIA e PC
- PA e NPPIA

b) nel 2° sottogruppo (3 compresenze) l'associazione più frequente è tra PA, NPPIA e PC.

All'interno del 1° sottogruppo (2 compresenze), il settore che appare con più frequenza presente in ogni associazione di presa in cura è la PC, con uno share (tasso di condivisione) del 32% del campione (85 FMP), seguito dalla PA con uno share del 28%, dalla NPPIA con il 26%, mentre le DP sembrano avere uno share basso, corrispondente al 14% del campione.

Nel 2° sottogruppo (3 compresenze), la PC resta il più compresente, mentre la NPPIA appare il settore con minore share di compresenze (8%).

Analizzando la totalità del campione e delle compresenze nei tre sottogruppi, la PC è il settore con maggior share di compresenza (34%), seguito dalla PA con uno share del 29%, dalla NPPIA con il 23% e dalle DP con uno share del 14%.

Grafico 29

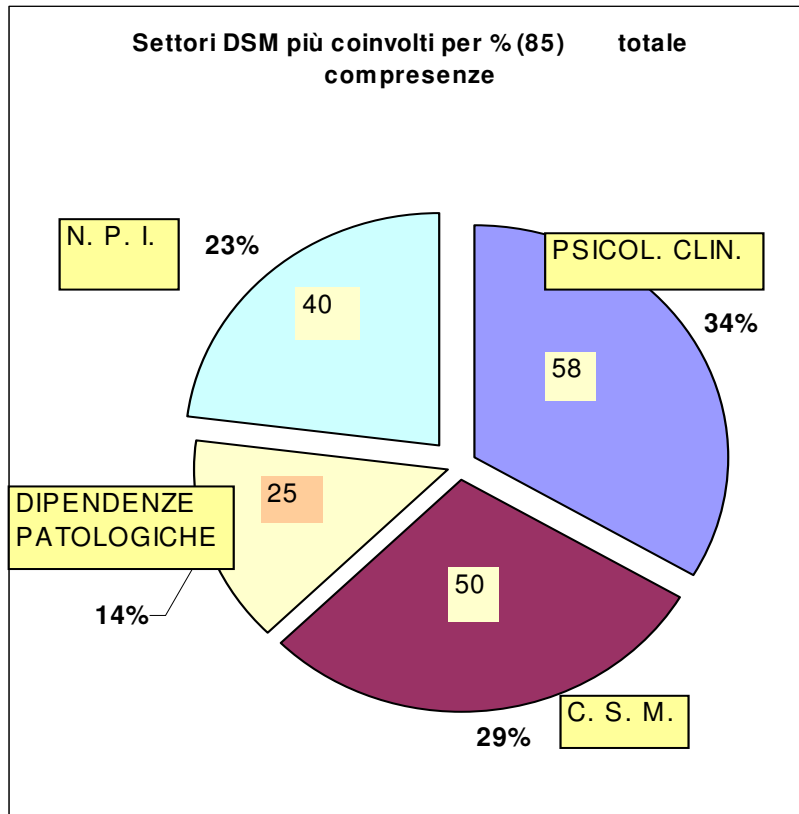
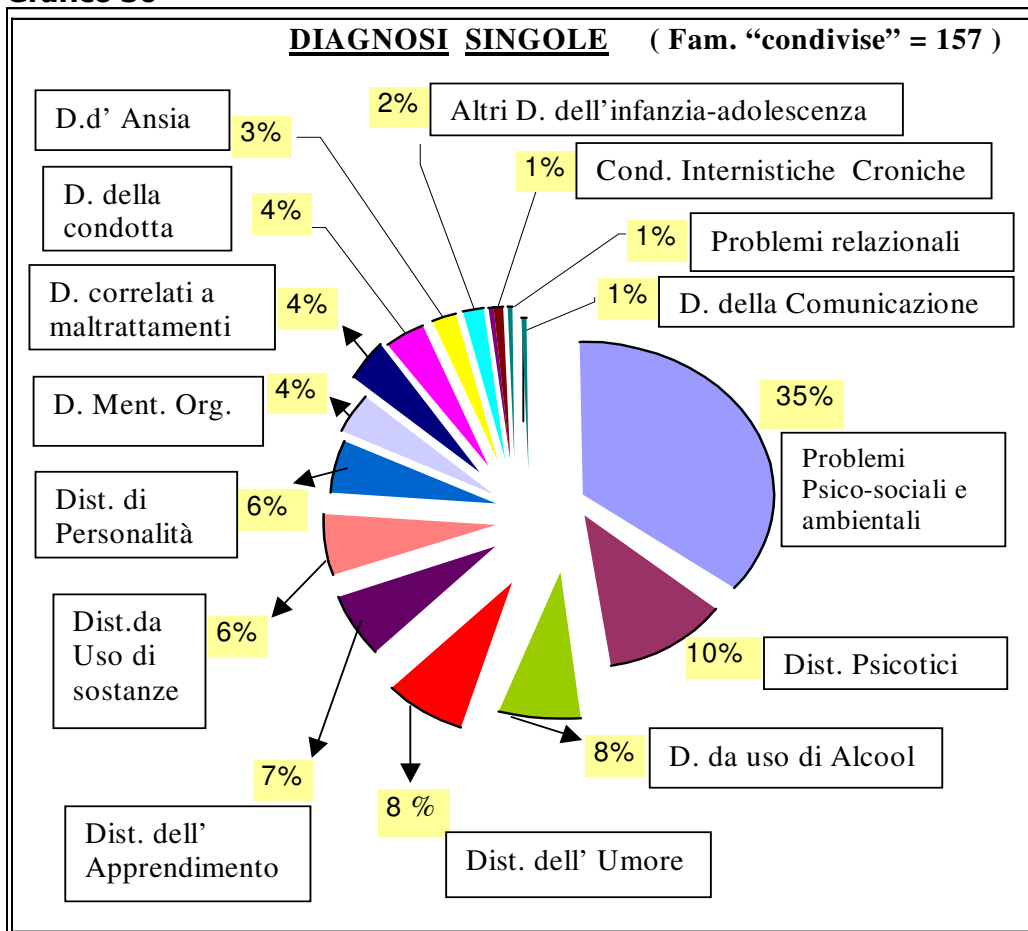


Grafico 30



Legenda delle DIAGNOSI ridefinite

1. Disturbo dell'apprendimento
2. Altri disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza (specificare)
3. Disturbo delle capacità motorie
4. Disturbo della comunicazione
5. Disturbi mentali organici²
6. Condizioni internistiche e/o neurologiche croniche³
7. Autismo
8. Disturbi correlati a sostanze
9. Disturbi da uso di alcol
10. Disturbi da uso di sostanze illegali
11. Disturbi da uso di sedativi/ipnotici/ansiolitici
12. Disturbi Psicotici
13. Disturbi dell'Umore
14. Disturbi d'Ansia
15. Disturbi del Comportamento Alimentare
16. Disturbi di Personalità (Asse II DSM-IV)
17. Problemi relazionali
18. Problemi correlati a maltrattamenti o abbandoni
19. Problemi psicosociali e ambientali (problemi legati all'ambiente sociale, con il gruppo familiare, economici, lavorativi, di istruzione, abitazione, giudiziari)
20. Disturbi Sessuali e dell'Identità di genere
21. Disturbi condotta⁴

² Le diagnosi seguenti : "*Demenza*" e "*Disturbi Cognitivi*" sono stati accorpate nella classe generale dei "Disturbi Cognitivi". Il DSM-IV-TR include tutti i disturbi mentali organici (definizione del precedente DSM-III-R) entro la sezione "Delirium, Demenza, Disturbi Amnesici ed altri Disturbi Cognitivi"; l'alterazione predominante che accomuna tali quadri clinici è il deficit clinicamente significativo cognitivo o di memoria, che rappresenta una modificazione significativa del livello di funzionamento precedente e che riconosce una prevalente eziologia organica.

³ Sono state accorpate le diagnosi di "*Malattie Croniche*", "*Malattie Croniche del Sistema Nervoso Centrale*" e "*Condizioni Mediche Generali*", sotto la generale definizione di "Condizioni internistiche e/o neurologiche croniche", considerando che le tre diagnosi riconoscono come caratteristiche comuni quelle di essere patologie organiche, di avere un decorso cronico e di necessitare di una presa in carico continuativa da parte di un servizio medico diverso dal DSM.

⁴ Nella sezione "Disturbi ad insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza" sono state accorpate le due diagnosi di "*Disturbi della Condotta*" e "*Disturbi del Controllo degli Impulsi*", tenendo conto dei tratti comuni di alterato comportamento rispetto alle regole sociali e di discontrollo degli impulsi.

Le diagnosi formulate dai medici e psicologi referenti si riferiscono ai singoli pazienti, appartenenti a nuclei famigliari che hanno soddisfatto i criteri della multiproblematicità e che sono risultati come "famiglie condivise" (177 famiglie).

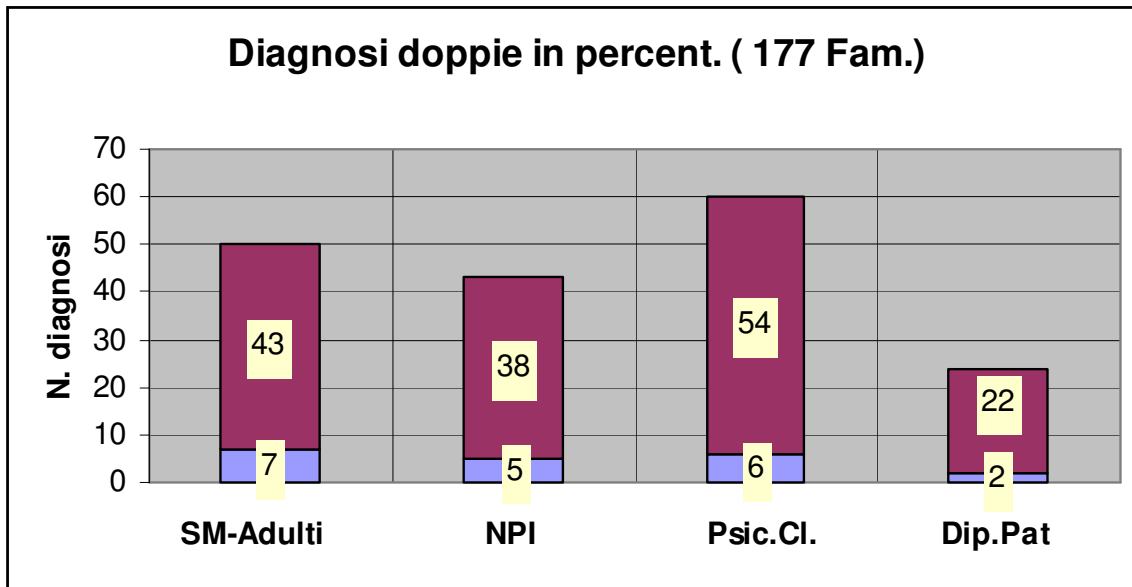
Lo spettro diagnostico può essere suddiviso in due aree abbastanza distinte:

- A) diagnosi orientate alle difficoltà della famiglia nel funzionamento sociale e relazionale (problemi psicosociali ed ambientali, problemi correlati al maltrattamento, problemi relazionali). Esse rappresentano circa il 40% del totale delle diagnosi formulate.
- B) diagnosi orientate ad una specifica sofferenza mentale o fisica, secondo i canoni nosografici classici. In questa area si distribuiscono piuttosto uniformemente le diagnosi psicopatologiche classiche, con una prevalenza delle diagnosi di psicosi; il 26% dell'area delle diagnosi psicopatologiche è rappresentato da tre disturbi mentali: i disturbi psicotici, i disturbi dell'umore e i disturbi da uso di alcool.

I dati diagnostici sono stati analizzati per ciascun settore del DSM:

- 1) il settore **PA** ha formulato 50 diagnosi cliniche, tra cui le prevalenti sono le psicosi ed i disturbi dell'umore, mentre sono irrисorie le diagnosi primarie di dis-funzionamento sociale;
- 2) il settore **DP** hanno formulato 24 diagnosi, per il 95% correlate ad uso di alcool e di sostanze; è interessante notare l'esiguità di altre diagnosi sia nell'ambito della psicopatologia classica che nell'area del dis-funzionamento sociale.
- 3) il settore **NPIA** ha formulato 43 diagnosi, con una rappresentazione omogenea sia di diagnosi psicopatologiche "classiche" che di quelle orientate al dis-funzionamento sociale; il 26% si riferisce a disturbi dell'apprendimento, il 15% a problemi psicosociali ed ambientali, l'11% a disturbi della condotta; un 9% delle diagnosi includono disturbi organici ed un altro 9% problemi correlati a maltrattamenti;
- 4) il settore **PC** ha formulato 60 diagnosi, con una netta prevalenza di quelle orientate al dis-funzionamento sociale (circa il 50%).

Grafico 31



Il grafico mostra come questa modalità diagnostica sia scarsamente utilizzata ed ogni settore DSM tenda ad utilizzare criteri nosografici specifici della propria specializzazione e non formuli diagnosi doppie a cavallo di altre specializzazioni nell'area della salute mentale.

Il settore PA ha formulato 4 tipi di doppie diagnosi:

- Disturbi Psicotici e Disturbi di Personalità
- Disturbi Psicotici e Disturbi dell'Umore
- Disturbi Psicotici e Disturbi Mentali Organici
- Disturbi dell'Umore e Disturbi della Condotta

Il settore NPIA ha formulato 4 tipi di doppie diagnosi:

- Disturbi dell'Umore e Disturbi della Condotta
- Disturbi dell'Umore e Disturbo dell'Apprendimento
- Disturbi Mentali Organici e Disturbo della Comunicazione
- Altri Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza e Disturbo della Comunicazione

Il settore PC ha formulato 4 tipi di doppie diagnosi:

- Problemi correlati a maltrattamenti e Problemi psicosociali e ambientali
- Problemi relazionali e Problemi psicosociali e ambientali
- Problemi relazionali e Problemi correlati a maltrattamenti
- Disturbo dell'Apprendimento e Problemi psicosociali e ambientali

Il settore DP ha formulato 1 solo tipo di doppia diagnosi:

- Disturbo da uso di alcool e Disturbo da uso di sostanze

CONCLUSIONI

Non è difficile pensare che una famiglia nella quale due o più componenti sono in carico ad un settore del DSM, presenti nodi problematici in altre aree del funzionamento psico-sociale, anche nei casi in cui il nucleo familiare non risulti in carico a servizi sociosanitari.

Molti studi epidemiologici evidenziano che le famiglie dei soggetti portatori di sofferenza psichica e/o organica cronica presentano fattori di rischio e probabilità maggiori di sviluppare patologie da stress e da "caregivers burden" rispetto alle altre; studi di Evidence Based Medicine suggeriscono che gli interventi rivolti al nucleo familiare, nei casi di soggetti affetti da patologie psichiche, sono spesso multipli ed efficaci nel ridurre il tasso di recidive cliniche del paziente in carico.

Studi clinici correlano le sintomatologie dello spettro ansia e depressione ed in quello della somatizzazione, ad insorgenza nell'adolescenza, con difficoltà relazionali intrafamiliari e con esperienza di maltrattamento o abuso. Altri studi hanno focalizzato l'attenzione sulla correlazione tra alcune alterazioni organiche o congenite insorte nella prima infanzia che comportano, in adolescenza, l'aumentato rischio di disturbi dell'umore o della condotta; altri ancora sull'aumentato rischio di disturbi dell'umore o della condotta o anche comportamenti di auto-abuso in adolescenti figli di genitori con disturbi alcool-correlati.

Uno standard economico di indigenza aumenta il rischio, nei bambini, di avere difficoltà dell'apprendimento scolastico; lo stato di disoccupazione prolungata è associato ad un maggior rischio di disturbi fisici o psichici.

Anche gli eventi di vita, come lutti o separazioni maritali, producono nella famiglia situazioni di stress a cui non tutti i componenti sono capaci di far fronte; tali eventi, a loro volta, facilitano l'insorgenza di stati depressivi con un certo rischio suicidiario e di somatizzazioni ansiose.

E' noto, infine, l'effetto psicologico ed emotivo che porta con sé l'assistenza domiciliare di persone affette da demenza, malattie croniche invalidanti o malattie e traumi con gravi disabilità residue.

E' utile riflettere su modelli innovativi per affrontare i bisogni di salute mentale delle famiglie con problemi multipli nella sfera della salute e del disagio sociale, modelli che rafforzino la collaborazione tra i vari servizi sanitari e le molteplici agenzie sociali e assistenziali, che potrebbero trovare un punto di snodo nell'ambito delle Cure Primarie, che includano un'attenta valutazione dell'equilibrio tra costi e risultati.

Servizio: _____

Distretto: _____

N° Scheda: _____

SCHEMA FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE (Tipologia 1)

| | S E S S O | DATA DI NASCITA | CSM Diagnosi** Trattamento*** | | SerT Diagnosi** Trattamento*** | | NPIA Diagnosi** Trattamento*** | | PC/Tutela Minori Diagnosi** Trattamento*** | | Altri Servizi Sanitari* + Servizio Sociale Diagnosi** Trattamento*** | | N° eventuali minori non segnalati in famiglia | S E S S O | Data di nascita |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|---|-----------------------|--------------------|
| Paziente 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paziente 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paziente 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiare (Grado di parentela) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiare (Grado di parentela) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiare (Grado di parentela) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiare (Grado di parentela) | | | | | | | | | | | | | | | |

DATA DI COMPILAZIONE

Servizio: _____

Distretto: _____

N° Scheda: _____

SCHEDA CASI MULTIPROBLEMATICI(Tipologie 2 e 3)

| NOME E COGNOME | S E S S O | DATA DI NASCITA | CSM Diagnosi** Trattamento*** | | SerT Diagnosi** Trattamento*** | | NPIA Diagnosi** Trattamento*** | | PC/Tutela Minori Diagnosi** Trattamento*** | | Altri Servizi Sanitari* + Servizio Sociale Diagnosi** Trattamento*** | | N° eventuali minori non segnalati in famiglia | S E S S O | Data di nascita |
|-------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|---|-----------------------|--------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

DATA DI COMPILAZIONE

LEGENDA SCHEDE

*Servizi

- A. Servizio Sociale Comune
- B. Servizio Salute Donna
- C. Servizio Anziani
- D. Servizio Handicap
- E. Altro Servizio (specificare): _____

**Diagnosi

- 1. Disturbo dell'apprendimento
- 2. Altri disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza (specificare): _____
- 3. Disturbo delle capacità motorie
- 4. Disturbo della comunicazione
- 5. Ritardo mentale
- 6. Disturbo della condotta
- 7. Autismo
- 8. Demenza (dovuta/indotta da sostanze, HIV, condizione medica generale, Alzheimer con insorgenza precoce, ecc..)
- 9. Disturbo cognitivo in età adulta
- 10. Disturbi correlati a sostanze
 - 10/A. Disturbi da uso di alcol
 - 10/B. Disturbi da uso di sostanze illegali
 - 10/C. Disturbi da uso di sedativi/ipnotici/ansiolitici
- 11. Disturbi Psicotici
- 12. Disturbi dell'Umore
- 13. Disturbi d'Ansia
- 14. Disturbi del Comportamento Alimentare
- 15. Disturbi del controllo degli impulsi
- 16. Disturbi di Personalità (Asse II DSM-IV)
- 17. Malattie croniche/Disturbi organici e neurologici che richiedono trattamenti medici specialistici e/o assistenza in ambito ospedaliero in strutture protette, a livello domiciliare (Asse III DSM-IV)
- 18. Problemi relazionali
- 19. Problemi correlati a maltrattamenti o abbandoni
- 20. Comportamento antisociale bambino/adolescente/adulto
- 21. Altro disturbo mentale (specificare) _____
- 22. Problemi psicosociali e ambientali (problemi legati all'ambiente sociale, con il gruppo familiare, economici, lavorativi, di istruzione, abitazione, giudiziari)
- 23. Malattie del Sistema Nervoso Centrale
- 24. Disturbi Sessuali e dell'Identità di genere
- 25. Condizioni mediche generali e altri disturbi (specificare) _____

***Trattamento

- T1. Farmacologico
- T2. Psicologico/Psicoterapeutico
- T3. Riabilitativo/Socio-Educativo
- T4. Residenziale/SemiResidenziale