

INDICE

PREFAZIONE	III
PREMESSA GENERALE	1
INDAGINE PILOTA SULL'UTENZA IN CARICO AI SERVIZI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELL'AUSL DI MODENA	1
RISULTATI DELLO STUDIO	2
1. PARTE PRIMA: CASI MULTIPROBLEMATICI	3
1.1 - TABELLE E GRAFICI	7
2. PARTE SECONDA: CASI A DOPPIA DIAGNOSI	17
2.1 - TABELLE E GRAFICI	21
3. PARTE TERZA: INDAGINE SULLE FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE CONOSCIUTE DAI SERVIZI DSM	27
3.1 - IL LAVORO INTEGRATO TRA PRASSI E TEORIA: Condivisione delle cure tra Settori del DSM	30
3.2 - TIPOLOGIA DELLE FAMIGLIE:	32
A) GRANDEZZA DEI NUCLEI FAMILIARI	32
B) DISTRIBUZIONE NELL'AREA DEI DISTRETTI SANITARI DELLA ASL DI MODENA	33
C) LA FAMIGLIA IN CARICO AI SERVIZI E BISOGNI DI CURA	35
D) PROFILI DEI NUCLEI FAMILIARI	37
3.3 - COMPRESENZA TRA SETTORI DSM E SERVIZI SANITARI E SOCIALI	41
3.4 – CONCLUSIONI	50
BIBLIOGRAFIA GENERALE	51

AUTORI E COLLABORATORI

Predisposizione schema Ricerca e costruzione delle schede di raccolta dati	A cura dell'apposito gruppo DSM coordinato dal dr.Claudio Annovi – psicologo responsabile U.O. DP Area Sud
Compilazione delle schede di raccolta dati	Equipe di lavoro dei Settori CSM-NPI-PC-DP del DSM
Imputazione dati e collaborazione debugging a grafici/tabelle e impaginazione	Rita Nasi e Stefania Agazzotti - psicologhe tirocinanti PC Teresa Signorelli - psicologa borsista DP Sassuolo
Consulenza metodologica, elaborazione dati, supervisione debugging a grafici/tabelle/testo ed impaginazione	Angela Castelli – sociologa borsista Osservatorio DP Gianni Morandi – sociologo responsabile Osservatorio DP
Supervisione ricerca, analisi dati elaborati e stesura report	Claudio Annovi – psicologo DP Area Sud Letizia Grossi - psichiatra AP Area Centro Giuseppa Caloro - psichiatra AP Area Sud Nadia Cavazzutti- psicologa NPI/PC Area Nord

PREFAZIONE

In questi ultimi anni il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) si è dovuto confrontare con il fenomeno preoccupante dell'aumento significativo della casistica "multiproblematica" in carico ai 4 Settori (Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Dipendenze Patologiche e Psicologia Clinica).

Con il termine "multiproblematico" intendiamo il paziente che presenta bisogni di cura e di assistenza non riferibili soltanto ad uno specifico settore, ma complessi e variegati: a titolo esemplificativo possiamo citare i casi di "Doppia Diagnosi" (patologia psichiatrica e abuso di sostanze) e le situazioni di intere famiglie i cui membri sono in carico a Settori e Servizi diversi (compresi il Servizio Sociale e il Dipartimento Cure Primarie).

La complessità della gestione degli interventi di cura e di riabilitazione messi in atto da parte degli operatori è ben conosciuta sia a livello di letteratura internazionale, sia a livello della presa in carico quotidiana.

Spesso l'analisi approfondita dei numerosi insuccessi terapeutici rivela l'estrema difficoltà di ottenere risultati efficaci da parte dei singoli sanitari impegnati seriamente nel cercare una compliance minima da parte del paziente e/o della sua famiglia.

Si tratta, di conseguenza, di attivare interventi "in rete", coordinati e ben calibrati, scegliendo in maniera accurata gli obiettivi prioritari da raggiungere: il tutto attraverso il confronto continuo degli operatori ed il riconoscimento di uno di essi come "case manager", cioè come regista principale.

Il DSM si è attivato partendo dall'idea che l'appartenenza di più Settori alla stessa macrostruttura organizzativa facilitava il lavoro di riorganizzazione degli interventi, permettendo l'applicazione di metodologie e di procedure innovative rispetto al passato.

Lo sforzo ha visto il coinvolgimento di molti operatori che hanno dato il loro contributo sia per la elaborazione di protocolli specifici d'intervento, sia per rivedere concretamente nel quotidiano la propria attività assistenziale.

Il lavoro è solo all'inizio, ma dimostra in maniera significativa la volontà di affrontare le nuove problematiche poste dai cittadini e dalla società nel suo complesso, per riuscire a fornire le risposte di cura più adeguate nel contesto del terzo millennio.

*Paolo Capurso
Direttore DSM*

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.

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

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 una 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 D.S.M. (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.

1. Oggetto del censimento attuato all'interno di ogni singola Unità Operativa di ogni settore del D.S.M.:

- **Paziente multiproblematico**

Trattasi di pazienti che presentano 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 D.S.M.)

- **Paziente con doppia diagnosi**

Si tratta di pazienti con disturbi psichiatrici e da uso di sostanze, in trattamento presso almeno uno dei servizi indicati (C.S.M., Dipendenze Patologiche).

Attualmente:

In trattamento presso ambedue i servizi;

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 D.S.M.

2. OBIETTIVO DELL'INDAGINE: tracciare linee guida per i pazienti

3. RILEVAZIONE DEI DATI: a cura degli operatori dei vari settori

4. ELABORAZIONE DEI DATI: a cura dell'Osservatorio Dipendenze Patologiche di Modena

5. Durata della ricerca: dal 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 da 2 Distretti della NPI (non essendo riusciti a raccogliere i dati i rimanenti 5 Distretti)

1. PARTE PRIMA CASI MULTIPROBLEMATICI

Dai dati raccolti risulta che i casi multiproblematici in carico ai vari Servizi del Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda USL di Modena sono in totale **523** (a questi vanno aggiunti **23** soggetti segnalati dalla NPI di Modena), così distribuiti: **331** soggetti risultano in carico ai vari C.S.M. e rappresentano il 63,3% del totale, **99** sono riferiti dal Servizio Dipendenze Patologiche (pari al 18,9% del totale) e **93** casi sono riportati dal Servizio di Psicologia Clinica (pari al 17,8% del totale) (**tab. 1**).

Rispetta le attese il dato che vede un numero alto di casi multiproblematici attribuita ai Centri di Salute Mentale (tenuto conto che questi Servizi risultano 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 Dipendenze Patologiche e Psicologia Clinica (5,5%), risultando quasi doppia rispetto alla quota di casi multiproblematici attribuiti ai Centri di Salute Mentale (3,4%).

Rispetta 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 Dipendenze Patologiche pur tuttavia, i Servizi di Psicologia Clinica e C.S.M. 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 NPI, 21 soggetti risultano in carico al distretto di Modena e 2 al distretto di Castelfranco. E' verosimile che il dato possa essere inficiato da un difetto di rilevamento, potendo essere confluiti nella Psicologia Clinica alcuni casi multiproblematici competenti per età alla NPI, questo potrebbe spiegare l'assenza di casi multiproblematici nell'area Sud (Sassuolo, Vignola, Pavullo) e nell'area Nord (Carpi, Mirandola).

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, i CSM

risultano avere in carico il numero maggiore di casi multiproblematici rispetto gli altri servizi del DSM, ma letto in rapporto agli utenti in carico, il dato risulta percentualmente maggiore per i Servizi di Psicologia Clinica e Dipendenze Patologiche. 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, il servizio di Psicologia Clinica 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 Psicologia Clinica nei Distretti di Carpi, Pavullo e Vignola. E' verosimile che questo dato apparentemente "incongruo" sia un difetto della ricerca, o meglio della compilazione delle schede di rilevamento da parte dei servizi che hanno fatto confluire alcuni dati nel servizio maggiore (esempio: un soggetto in cura ad una psicologa presso il CSM può essere stato considerato utente del CSM). Così per i Servizi per le Dipendenze Patologiche, 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 Psicologia Clinica e **93** (la quasi totalità) dalle Dipendenze Patologiche. 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 Psicologia Clinica, 1 con il servizio Salute Donna. Per i casi multiproblematici dichiarati dal **Servizio 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 il servizio di Psicologia Clinica. Per gli utenti dichiarati multiproblematici dal servizio di **Psicologia Clinica**, 47 soggetti risultano in cura contemporanea al servizio NPI, 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 del CSM, 63 delle DP e 9 della Psicologia Clinica 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 Psicologia Clinica 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 al CSM, 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 il servizio di Psicologia Clinica e le Malattie Infettive. Dei 26 soggetti multiproblematici che vedono coinvolti altri due servizi, indicati dalla **Psicologia Clinica**, 23 vedono coinvolti contemporaneamente il servizio Sociale del Comune e la NPI, in un caso sono coinvolti nella cura il servizio Salute Donna e NPI, in un caso NPI e Dipendenze Patologiche e in un caso NPI 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 (CSM+DP+NPI + Psicologia Clinica) 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 il CSM (è indicato un solo caso dalla NPI), 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 dal CSM 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 di Psicologia Clinica ed NP. Nello specifico potrebbe trattarsi di quelle situazioni di adolescenti in carico alla NPI e che si rivolgono per problematiche tipiche dell'età a centri a loro dedicati dal servizio di Psicologia Clinica, come il Centro di Ascolto per Adolescenti o i Punti di Ascolto Free Entry. L'intervento dell'NPI su situazioni segnalate dalla scuola o dagli stessi genitori non può esaurire e risolvere i diversi problemi dei ragazzi e le diverse modalità con cui essi stessi hanno accesso ai servizi; questo motiva la contemporanea presenza di servizi come NPI e Psicologia Clinica dell'Adolescente, che intervengono a volte su stessi soggetti che presentano diversi problemi, ma anche e soprattutto un diverso investimento personale e autonomo nella risoluzione dello stesso.

➤ Un quinto profilo, anche se non direttamente indicato dalla rilevanza numerica, sembra essere dato dal coinvolgimento del servizio Salute Donna (CSM e Psicologia Clinica). 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 CSM 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.

**1.1 - CASI MULTIPROBLEMATICI
TABELLE E GRAFICI**

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

Servizi del Dipartimento Salute Mentale				
DISTRETTO	Csm	Psicologia Clinica	Dipendenze Patologiche	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 dal Servizio NPI

DISTRETTO	Npi
Modena	21
Castelfranco	2
TOTALE	23

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

Servizi del Dipartimento Salute Mentale				
DISTRETTO	Csm	Psicologia Clinica	Dipendenze Patologiche	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 dal Servizio NPI a 2 presenze per distretto e servizio inviante (v.a e %)

DISTRETTO	Npi
Modena	12
Castelfranco	2
TOTALE	14

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

Servizi del Dipartimento Salute Mentale				
DISTRETTO	Csm	Psicologia Clinica	Dipendenze Patologiche	TOTALE
Carpi	1	–	2	3 <i>4,1%</i>
Mirandola	5	3	1	9 <i>12,3%</i>
Modena	11	20	1	32 <i>43,8%</i>
Sassuolo	4	2	1	7 <i>9,6%</i>
Pavullo	12	–	1	13 <i>17,8%</i>
Vignola	8	–	–	8 <i>11,0%</i>
Castelfranco	–	1	–	1 <i>1,4%</i>
TOTALE %	41 <i>56,2%</i>	26 <i>35,6%</i>	6 <i>8,2%</i>	73 <i>100,0%</i>

Tab. 3.1 Casi multiproblematici segnalati dal Servizio NPI a 3 compresenze per distretto e servizio inviante (v.a e %)

DISTRETTO	Npi
Modena	9
TOTALE	9

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

Doppie compresenze tra Csm 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-oncologia	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 compresenze tra Dip. Patologiche 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-oncologia	2 <i>3,2%</i>
Altri servizi non specificati	1 <i>1,6%</i>
TOTALE	63 <i>100%</i>

Doppie compresenze tra Psicologia clinica e altro servizio	
Altro servizio	Valori assoluti
Altri servizi non specificati	6
Psicologo privato	3
TOTALE	9

Tab. 5 Compresenze Csm e altri servizi (v.a.): 41 soggetti seguiti contemporaneamente

CSM (servizio inviante)	Psicologia Clinica	Servizio Salute Anziani	Servizio Salute Donna	Servizio handicap	Servizio Sociale Comune
NPI	–	–	–	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 Dipend. Patologiche e altri servizi: 6 soggetti seguiti contemporaneamente

DIPENDENZE PATOLOGICHE (servizio inviante)	Psicologia clinica	Servizio Salute Anziani	Servizio Sociale Comune
Malattie infettive	1	1	2
Servizio Salute Anziani	–	–	1
Servizio handicap	–	–	1

Tab. 5.2 Compresenze Psicologia clinica e altri servizi, 26 soggetti seguiti contemporaneamente

Psicologia clinica (servizio inviante)	NPI
Servizio Sociale Comune	23
Servizio salute donna	1
Reparti ospedalieri	1
Dipendenze Patologiche	1

Tab.6 COMPRESENZE TRA 2 SERVIZI - CASI MULTIPROBLEMATICI

	CSM	DP	NPI	PC
PSICOLOGIA CLINICA	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 COMPRESENZE TRA CSM E ALTRO SERVIZIO	
ALTRO SERVIZIO	Valori assoluti e %
Emodialisi	1 <i>1,3</i>
Malattie infettive	1 <i>1,3</i>
Sad	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 COMPRESENZE TRA DIPENDENZE PATOLOGICHE 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 COMPRESENZE TRA NPI 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 COMPRESENZE TRA PSICOLOGIA CLINICA 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)

CSM E ALTRI	N° CASI
SSC+ SSA	6
SSC+ SH	18
SSC+ CC	5
SSC+DH	1
SSC+ D	1
SSC+ MS	1
SSC+ NS	5
SSC+ RO	1
PS+ SSC	4
PS+ NS	1
SSA+ SH	1
SSA+ D	4
SH+ MS	1
SH+ CC	1
SH+ D	1
NPI+ SH	1
SSD+ MS	1
D+ SADI	1
SSC+ 2 REP. DI MS	1
SSC+ NPI+ SH	1
SSD+ D+ MS	1
	57

DIP.PAT. E ALTRI	N° CASI
SSC+ SSA	1
SSC+ SH	1
SSC+ MI	2
SSA+ MI	1
PC+ SSC+ MI	1
PC+ NPI+ TF	1
	7

NPI E ALTRI	N° CASI
PC+ RO	1
PC+ MB	1
PC+ SSC	31
PC+ SSD	1
	34

Legenda:

SSC: Servizio Sociale del Comune

SSA: Servizio Salute Anziani

SH: Servizio Handicap

CC: Case di Cura

DH: Day Hospital

D : Diabetologia

MS : Medicina Specialistica

NS : Servizio non specificato

RO : Reparto Ospedaliero

PS : Psicologia Sociale

SSA : Servizio Salute Anziani

NPI: Neuropsichiatria Infantile

SSD: Servizio Salute Donna

SADI: Servizio Assistenza Domiciliare Infermieristica

MI: Malattie Infettive

PC: Psicologia Clinica

MB: Medicina di Base

TF: Centro di Terapia Familiare

Tab. 9 FREQUENZE DIAGNOSI PER SERVIZIO INVIANTE- CASI MULTIPROBLEMATICI

DIAGNOSI	CSM	DP	NPI	PS
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	CSM	DP	NPI	PS
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>

2. PARTE SECONDA 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 due servizi (Assistenza Psichiatrica, Dipendenze Patologiche), 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 il servizio di Psicologia clinica 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 Neuropsichiatria Infantile (**tab. 11**). Il sottogruppo dei pazienti seguito da 4 servizi: Assistenza Psichiatrica, Dipendenze Patologiche, Psicologia Clinica 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 dai due servizi Assistenza Psichiatrica e Dipendenze Patologiche: 60 corrispondono ad una presa in carico duplice, mentre 113 sono i casi segnalati dal solo servizio Assistenza Psichiatrica e 130 i casi individuati dal servizio Dipendenze Patologiche. (**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 il servizio Dipendenze Patologiche (5,4%) rispetto ai casi registrati dai servizi Psichiatrici (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 dall'Assistenza Psichiatrica (AP), e 70 pazienti comunicati soltanto dalle Dipendenze Patologiche (DP). Le cause possono dipendere da vari fattori:

- 1) l'effetto di modelli organizzativi differenti tra i servizi di Assistenza Psichiatrica e quelli per le Dipendenze Patologiche, come ad esempio un servizio di sola consulenza che il servizio A.P. offre al servizio D.P., 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 alcoldipendenza più una diagnosi di disturbo psichiatrico erano e hanno continuato ad essere seguiti dal solo servizio di Assistenza Psichiatrica;
- 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 socio-sanitari 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 Centri di Salute mentale (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 Dipendenze Patologiche), 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 C.S.M. 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 C.S.M. 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 Dipendenze Patologiche, 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 servizio di Psicologia Clinica 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, il servizio di Psicologia Clinica affianca l'intervento di C.S.M. e Dipendenze Patologiche: 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 servizio 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 Psicologia Clinica affianca, oltre all'intervento di C.S.M. e Dipendenze Patologiche, quello della NPI. In questo caso la compresenza 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 Psicologia Clinica si realizza prevalentemente nel supporto psicologico svolto dal Centro di Ascolto per l'Adolescenza. Il distretto di Pavullo segnala poi 3 casi in cui il servizio di Psicologia Clinica affianca, oltre all'intervento di C.S.M. e Dipendenze Patologiche, 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 Dipendenze Patologiche 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 Dipendenze Patologiche del 5,4%, il C.S.M. 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 Dipendenze Patologiche 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 Dipendenze Patologiche 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 servizi 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 dal servizio Dipendenze Patologiche e dal servizio Assistenza Psichiatrica 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 al. (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 dal servizio psichiatrico, il numero di diagnosi del servizio dipendenze patologiche 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 del servizio Dipendenze Patologiche, la diagnosi precisa della sostanza di abuso è ignorata in una percentuale rilevante di casi (17%) dal servizio psichiatrico, 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 dei servizi psichiatrici, 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 il servizio Psichiatrico e riabilitativo/socioeducativo presso il servizio Dipendenze Patologiche.

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

- 1) farmacologico c/o il servizio Psichiatrico e riabilitativo/socioeducativo presso il servizio Dipendenze Patologiche (prevalente)
- 2) farmacologico e psicologico/psicoterapico in entrambi i servizi
- 3) farmacologico semplice in entrambi i servizi

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% dei 183 casi) che riceve un trattamento sia farmacologico che psicoterapico/psicologico strutturato e questo gruppo è maggiormente riportato dal servizio Psichiatrico.

Il terzo gruppo, in ordine numerico, è quello che riceve, oltre ad un trattamento farmacologico da parte del servizio Psichiatrico, 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 il servizio Dipendenze Patologiche (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 del servizio Psichiatrico e di interventi complessi di tipo socioeducativo, riabilitativo e di supporto psicologico da parte del servizio Dipendenze Patologiche 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 servizi; 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 servizi, 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.

**2.1 - 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 + NPI +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 (AP - 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 ;

PC = psicologia clinica

AP = Assistenza Psichiatrica

Tab.12 Distribuzione dei 183 casi a Doppia Diagnosi

AP	53	60	
		60	70 SERT

L'AP 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 AP (con utenti inviati contemporaneamente dai 2 servizi)

Diagnosi AP	Trattamenti AP											Totale
	F 1	FP 1 2	NS	FR 1 4	FPS 1 2 3	FPSR 1 2 3 4	F S 1 3	S 3	FPR 1 2 4	P 2	P 4	
d. personalità	18	10	3	3	1	1	-	1	-	-	1	38 33,6%
d. psicotici	13	7	-	3	3	1	1	-	1	-	-	29 25,7%
NS	1	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	18 15,9%
d. umore	9	3	2	-	-	-	1	-	-	-	-	15 13,3%
d. uso alcol	2	4	-	1	-	-	-	-	-	1	-	8 7,1%
d. mentali organici	2	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	4 3,5%
d. 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

T1.Farmacologico (F)

T2.Psicologico/Psicoterapeutico (P)

T3.Riabilitativo/Socio-educativo (S)

T4.Residenziale/Semiresidenziale (R)

NS = non specificato

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

Diagnosi Dipendenze Patologiche	Trattamenti Dipendenze Patologiche												Totale
	NS	F 1	FP 1 2	FPS 1 2 3	FS 1 3	FPSR 1 3 4	FR 1 4	P 2	PS 2 3	PSR 2 3 4	S 3	R 4	
NS	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17 13,1%
d. uso sostanze	14	5	2	1	10	1	1	2	2	-	12	-	50 38,5%
d. uso alcol	17	5	3	-	6	-	1	4	3	1	19	3	62 47,7%
d. 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

T1.Farmacologico (F)

T2.Psicologico/Psicoterapeutico (P)

T3.Riabilitativo/Socio-educativo (S)

T4.Residenziale/Semiresidenziale (R)

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 INVIANI-CASI DOPPIA DIAGNOSI

AP		
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

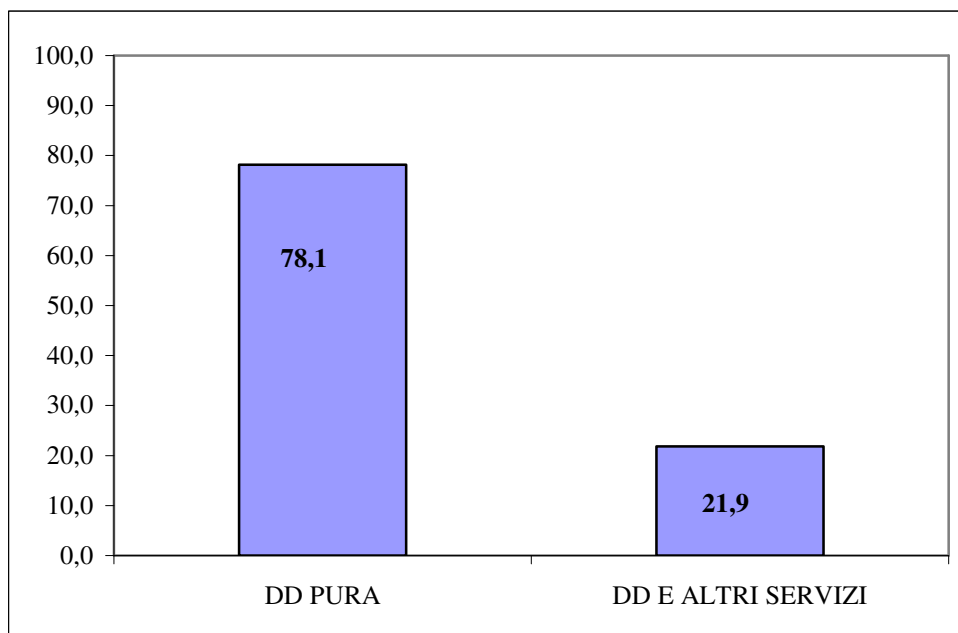


GRAFICO 2 Composizione percentuale delle diagnosi principali utenti doppia diagnosi segnalati dai due settori del DSM

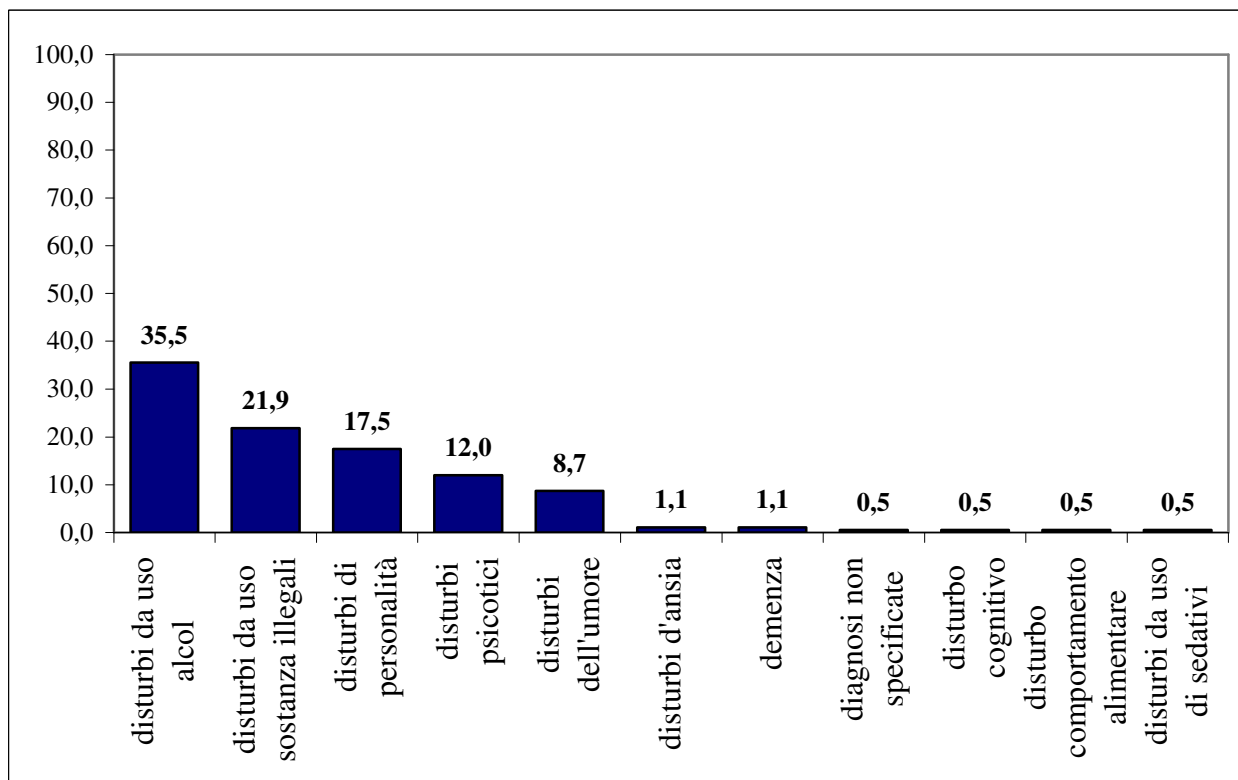


GRAFICO 3 Composizione percentuale delle diagnosi principali degli utenti a doppia diagnosi segnalati dal settore Dipendenze Patologiche

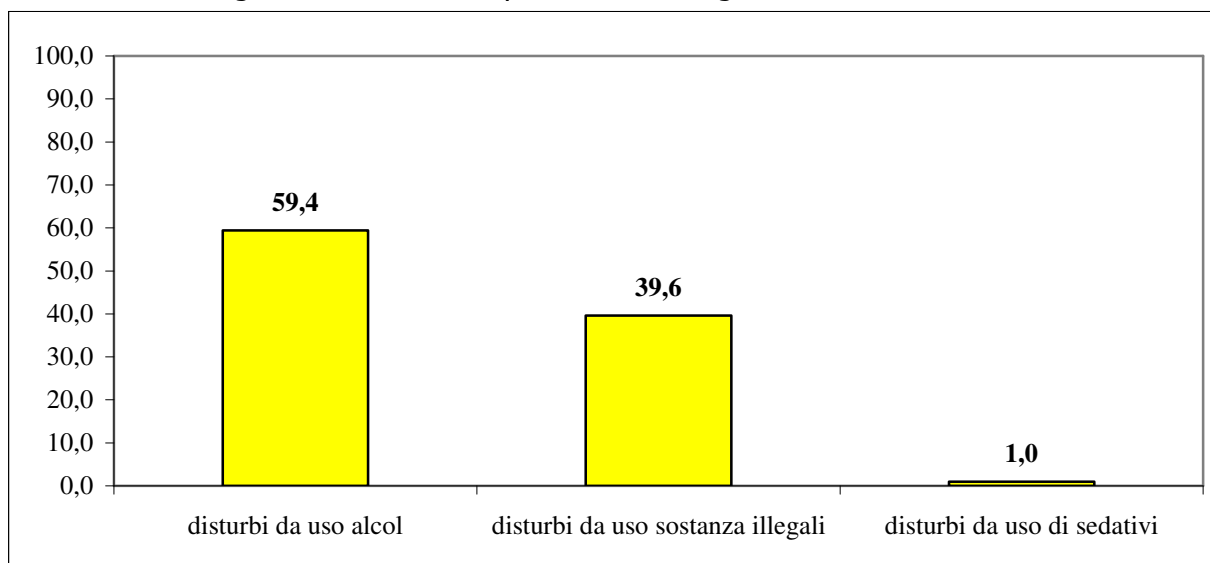
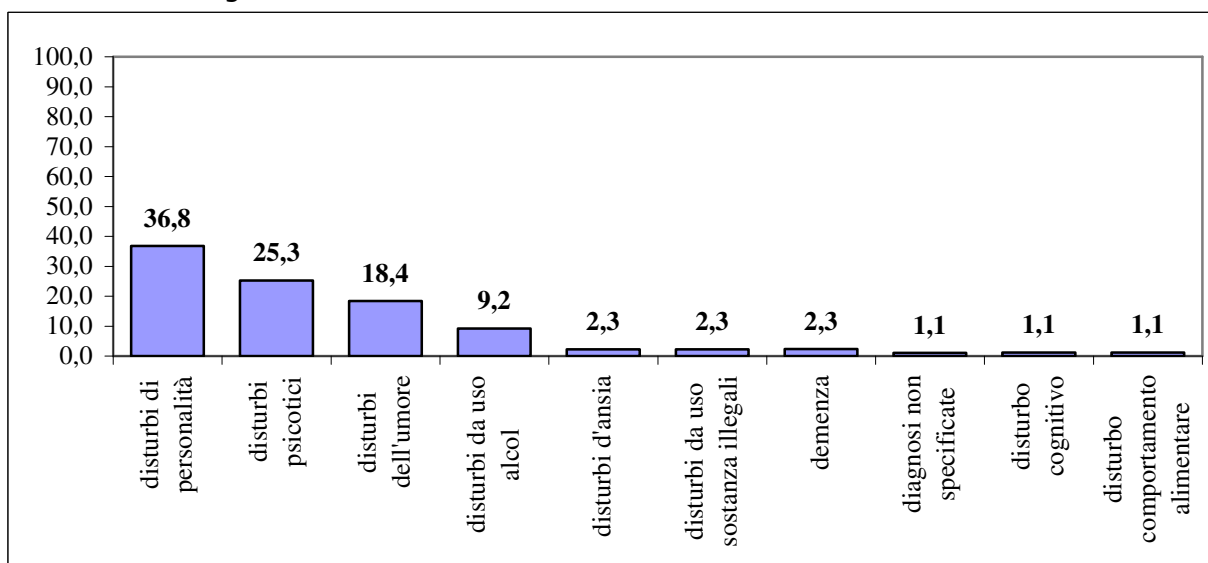


GRAFICO 4 Composizione percentuale delle diagnosi principali degli utenti a doppia diagnosi segnalati dal settore Assistenza Psichiatrica



3. PARTE TERZA

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- Salute Mentale Adulti (SMA)
- 2- Neuropsichiatria Infantile (NPI)
- 3- Dipendenze Patologiche (DP)
- 4- Psicologia Clinica (PC)

Il settore Psicologia Clinica 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 solo da 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

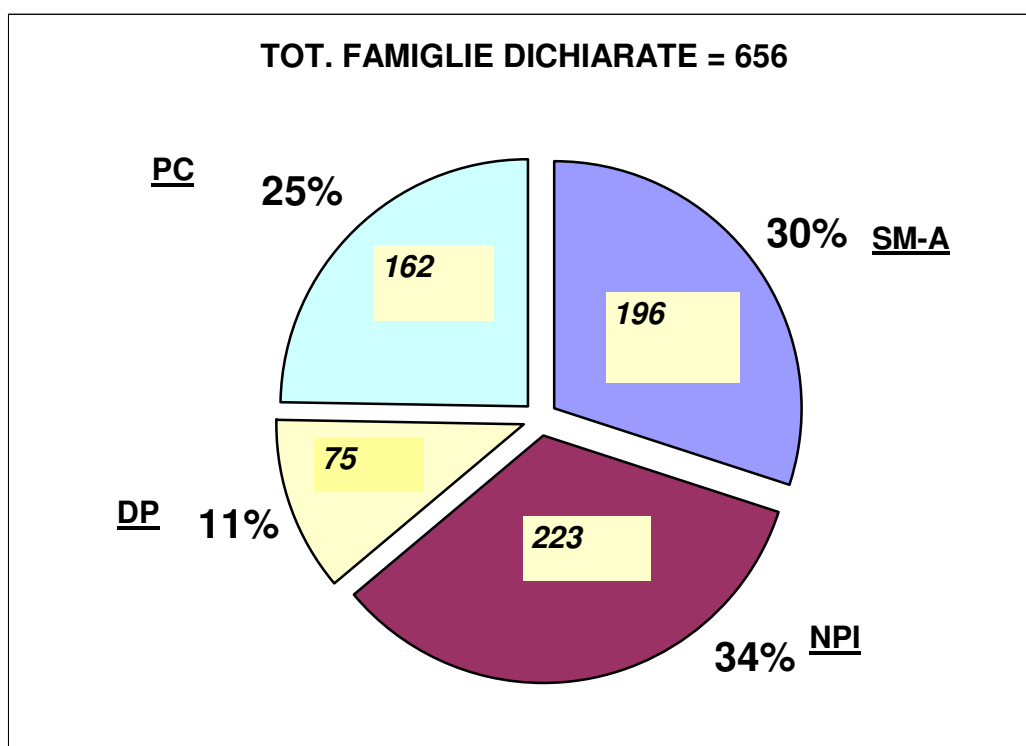
B) Famiglie composte da 1 solo familiare	FAMIGLIE	COMPONENTI
1 FAMILIARE E 2 PAZIENTI	72	216
1 FAMILIARE E 3 PAZIENTI	13	52
1 FAMILIARE E 4 PAZIENTI	3	15
TOTALE B	88	283

C) Famiglie composte da 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 3 familiari	FAMIGLIE	COMPONENTI
3 FAMILIARI E 2 PAZIENTI	5	25
3 FAMILIARI E 3 PAZIENTI	1	6
TOTALE D	6	31

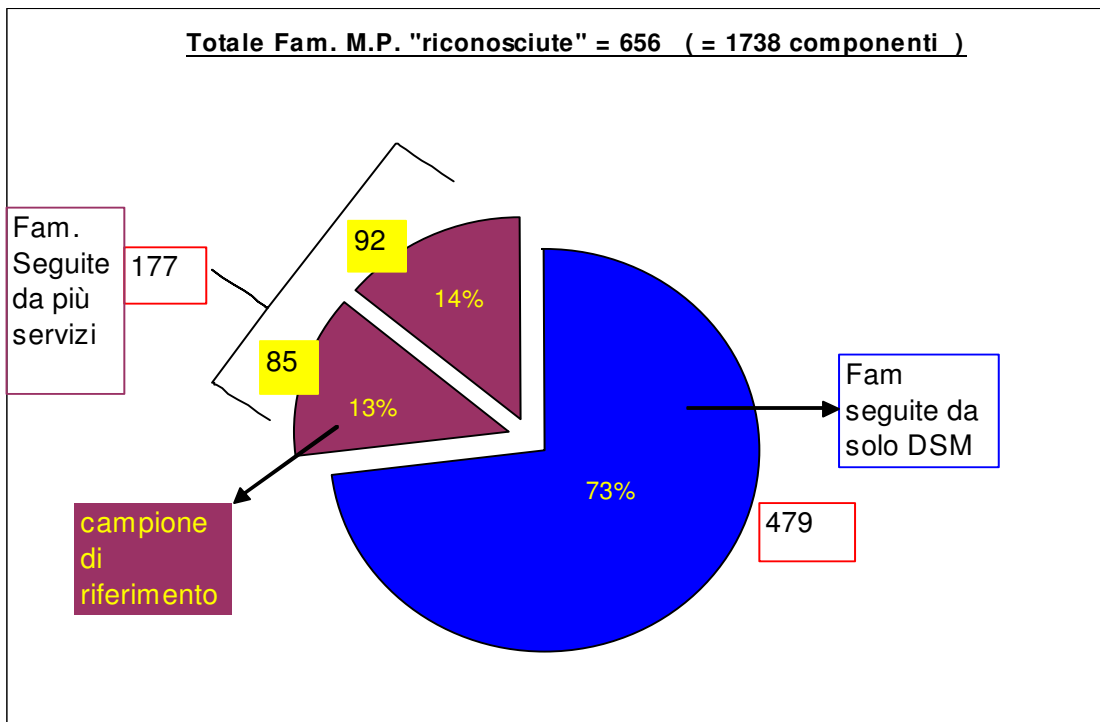
Famiglie A+B+C+D	FAMIGLIE	COMPONENTI
	656	1738

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.

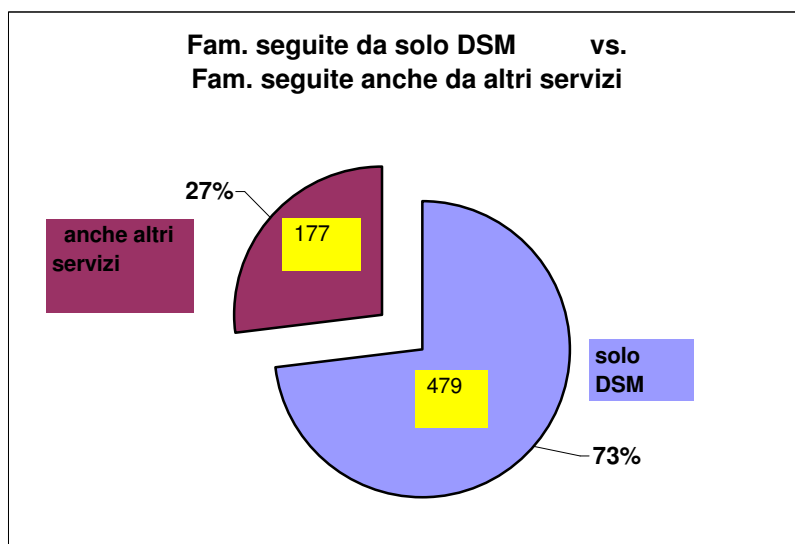
Grafico 6



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 definatori di "famiglia multiproblematica":

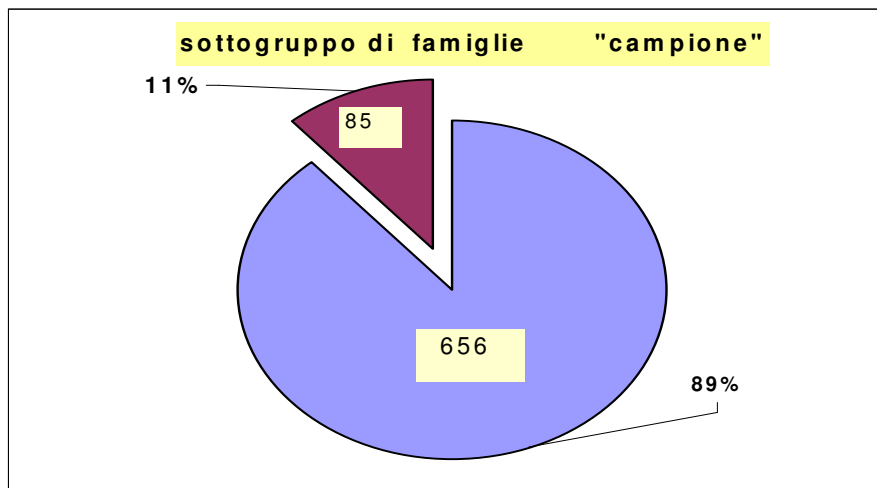
- 1- un gruppo di 479 (73%): famiglie con vari componenti sofferenti, ma tutti comunque in carico a vari settori del DSM;
- 2- un gruppo di 177 (27%) famiglie con vari componenti sofferenti i quali sono in carico non solo al DSM ma anche ad altri servizi sanitari ospedalieri e/o territoriali e/o ai servizi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



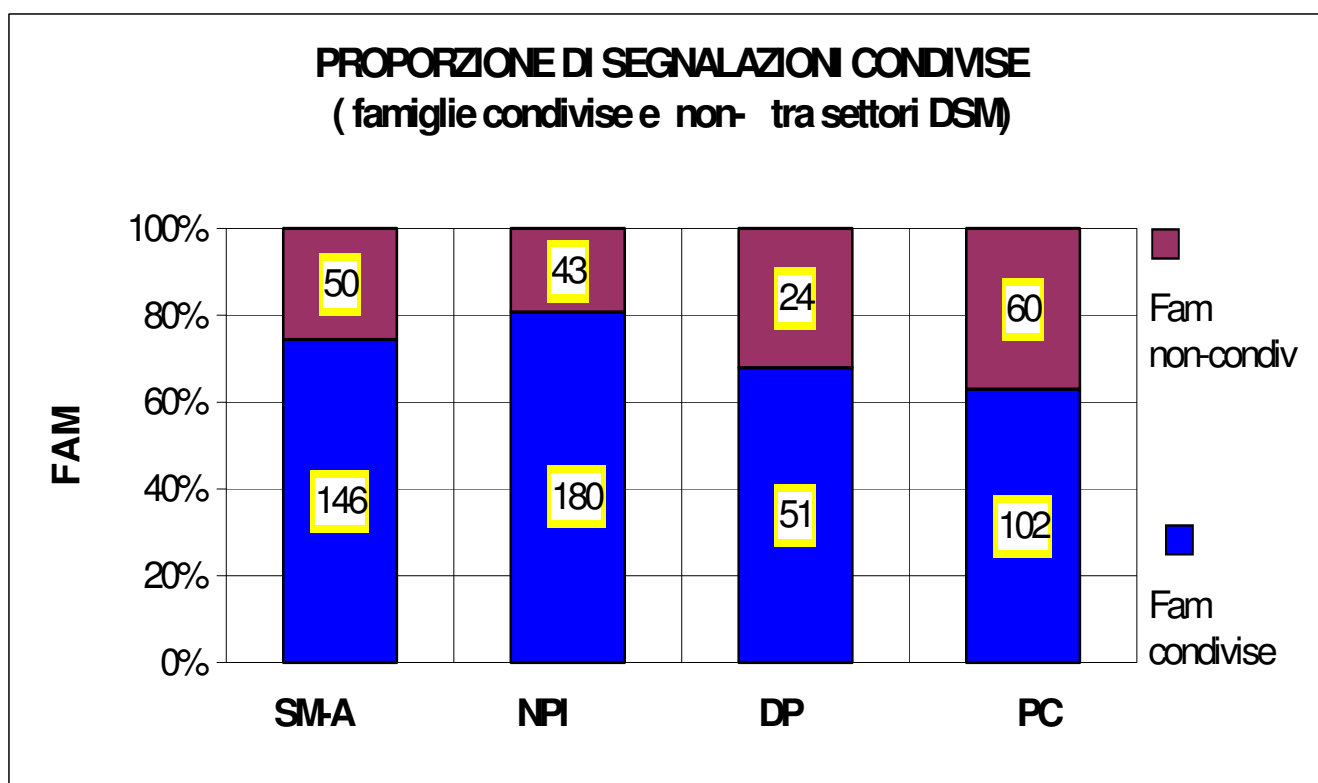
3.1 - IL LAVORO INTEGRATO TRA PRASSI E TEORIA

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 Neuropsichiatria Infantile risulta avere la percentuale più alta di condivisione: 81%, mentre quello delle Dipendenze Patologiche la percentuale più bassa: 63%.

Grafico 9

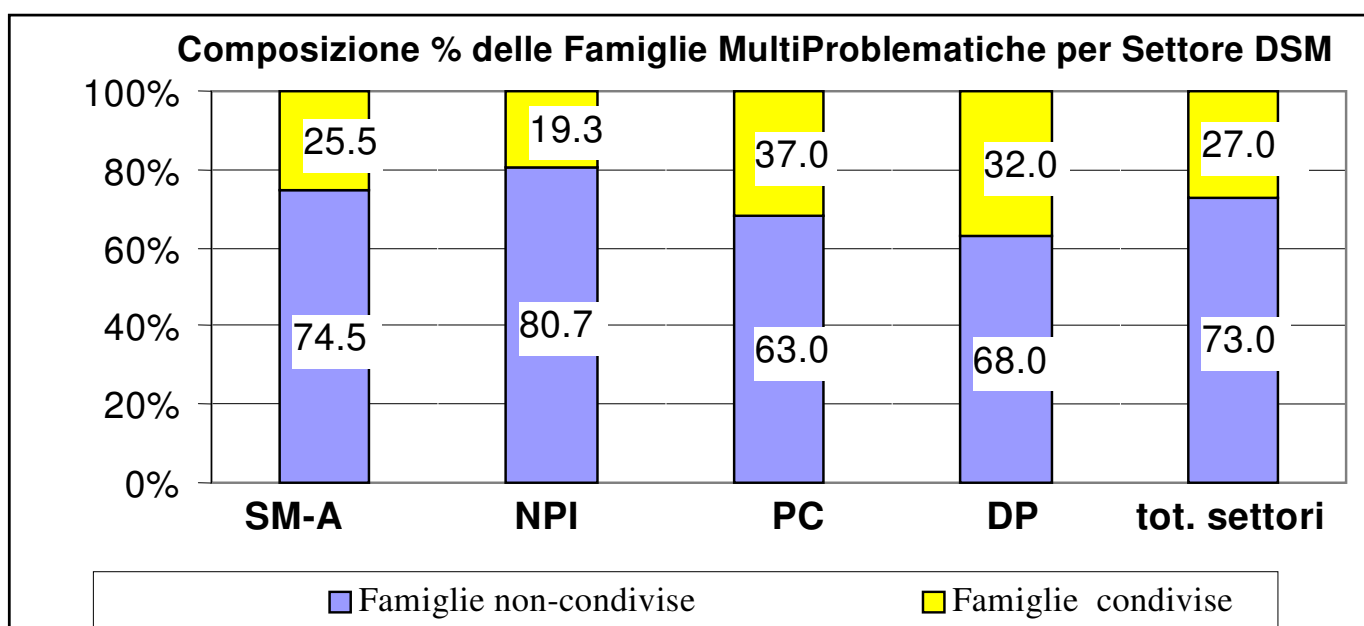


I vari tassi di presa in carico, congiunta e riconosciuta, tra vari settori o diversi servizi riflette in parte anche la intrinseca tipologia della prestazione di uno specifico settore DSM.

Il gruppo delle Famiglie MultiProblematiche "dichiarate", cioè segnalate dai vari settori del DSM, è formato per il 30% da famiglie individuate dal settore SMA, per il 34% dal NPI, 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 NPI.

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 Psicologia Clinica: 60 famiglie su 102, corrispondenti a circa il 37% del proprio campione; mentre il settore con il minor indice di condivisione è la Neuropsichiatria Infantile.

Questo dato riflette, tuttavia, non tanto la consapevolezza della multiproblematicità, quanto la reale condivisione dei progetti di presa in carico e cura, gli approcci metodologici e le pratiche cliniche dei vari settori del DSM. Il settore NPI sembra essere quello che, pur sensibile al fattore della multiproblematicità, offre alle famiglie una presa in carico che risponde al suo interno ai vari bisogni espressi dal singolo nucleo familiare. All'opposto sembra collocarsi il settore della Psicologia Clinica che, rispetto la presa in carico dei bisogni di cura delle famiglie, mostra condividere, anche nell'informazione, la presa in carico dei bisogni delle famiglie; tuttavia, considerando che questo settore ha al suo interno un Centro di Terapia Familiare, che funziona come area di cura di secondo livello, un tasso di condivisione del 37% non appare molto elevato.

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.

3.2 - TIPOLOGIA DELLE FAMIGLIE

A- GRANDEZZA DEI NUCLEI FAMILIARI

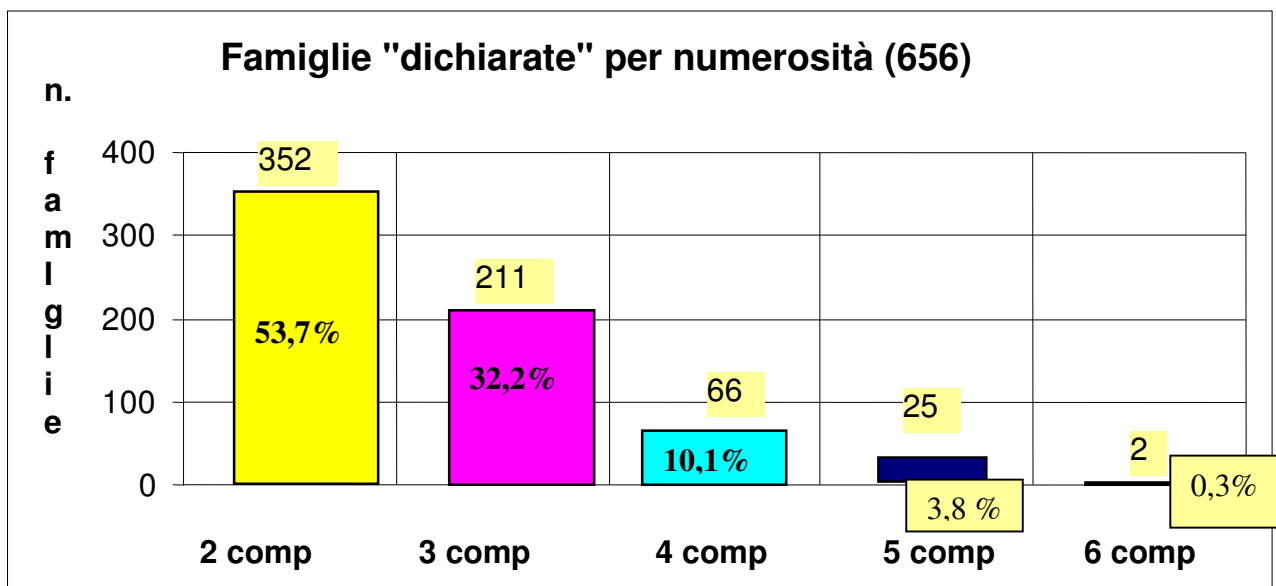
Lo studio osservazionale ha provato a tracciare profili indicativi dei gruppi familiari indicati dai settori del DSM.

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

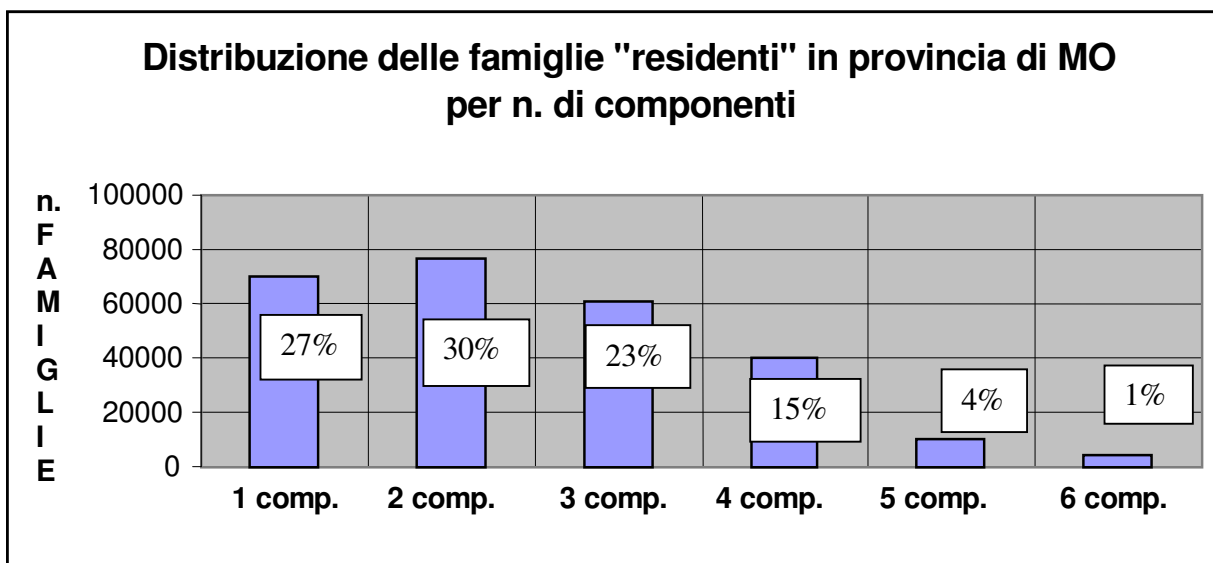
famiglie di	2 componenti	352	53,7% circa
famiglie di	3 componenti	211	32,2%
famiglie di	4 componenti	66	10,1%
famiglie di	5 componenti	25	3,8%
famiglie di	6 componenti	2	0,3%

Grafico 11



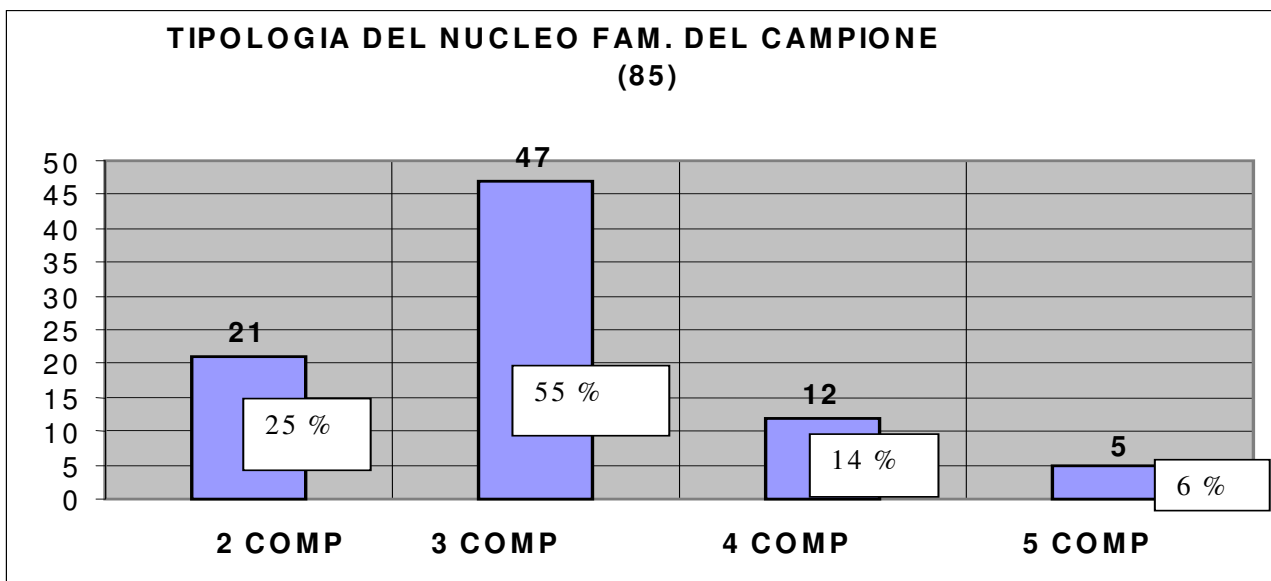
Il numero medio di componenti per famiglia in provincia di Modena è pari a 2.45 unità; nessun dato comunale supera il valore di tre componenti per famiglia ed i nuclei più numerosi si osservano nei Comuni di Fiorano (2.76 unità), Maranello (2.71 unità) e di Bomporto (2.73 unità); mentre i Comuni montani 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

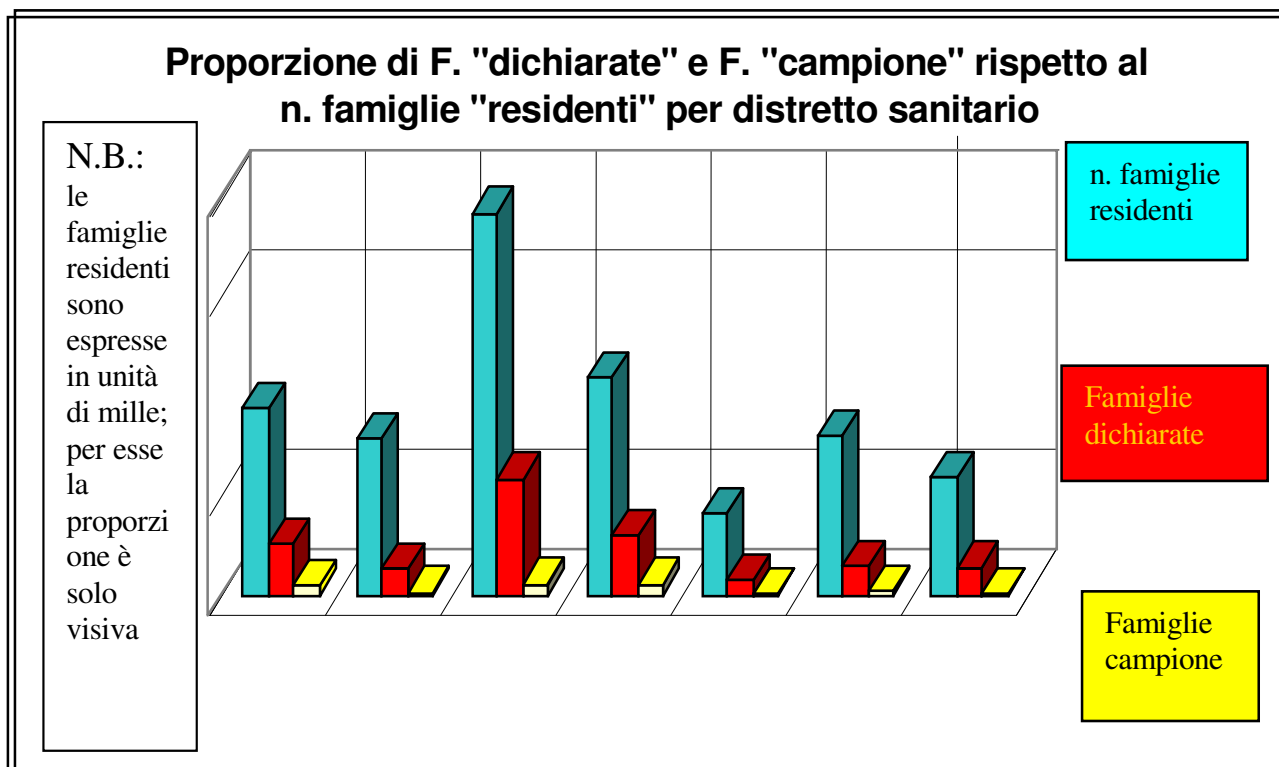
Tabella 17

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

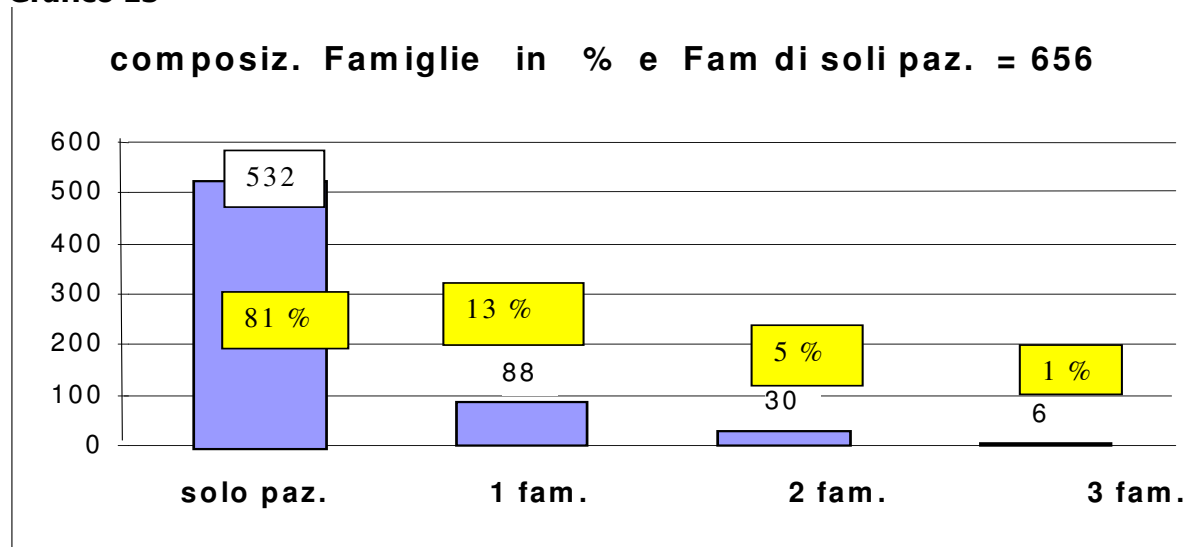
zone collinari e montane (distretto di Pavullo n/F) l'indice di vecchiaia raggiunge i valori massimi ed i nuclei familiari tendono ad essere prevalentemente uni o bidimensionali.

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

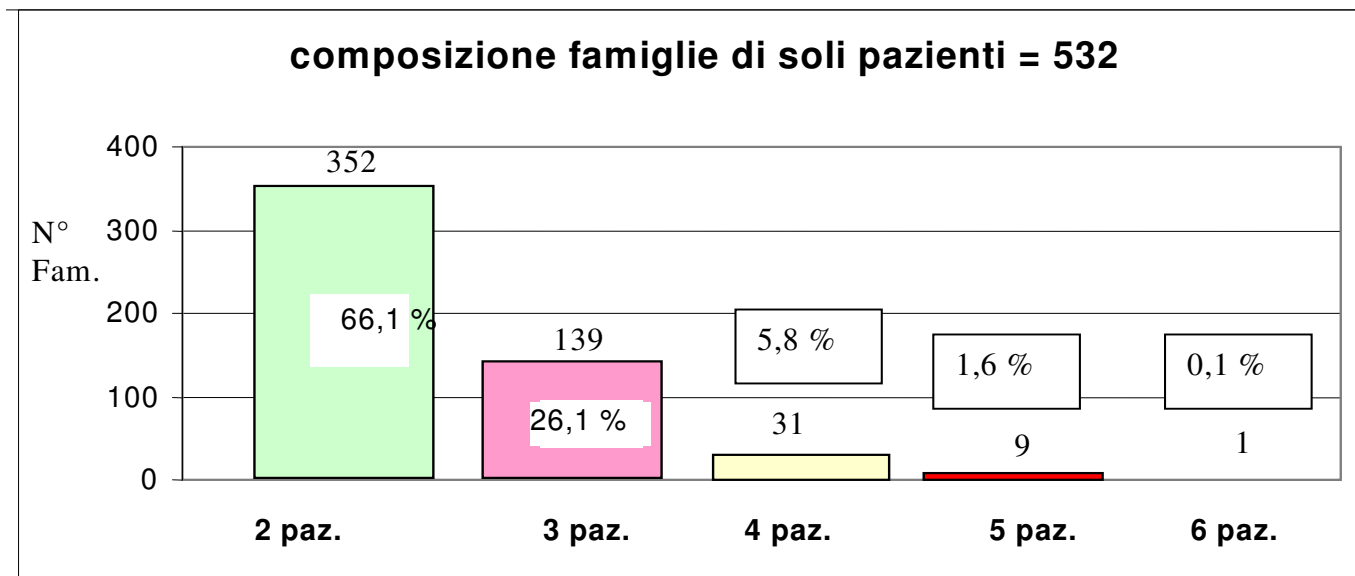


In questo gruppo di 532 famiglie, indicato come *famiglie di soli pazienti*, le tipologie di nucleo che si riscontrano più frequentemente risultano quelle formate da 2 componenti (352 famiglie, pari al 66%) e da tre componenti (139 famiglie, pari 26%). I due sottogruppi insieme rappresentano il 92% del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



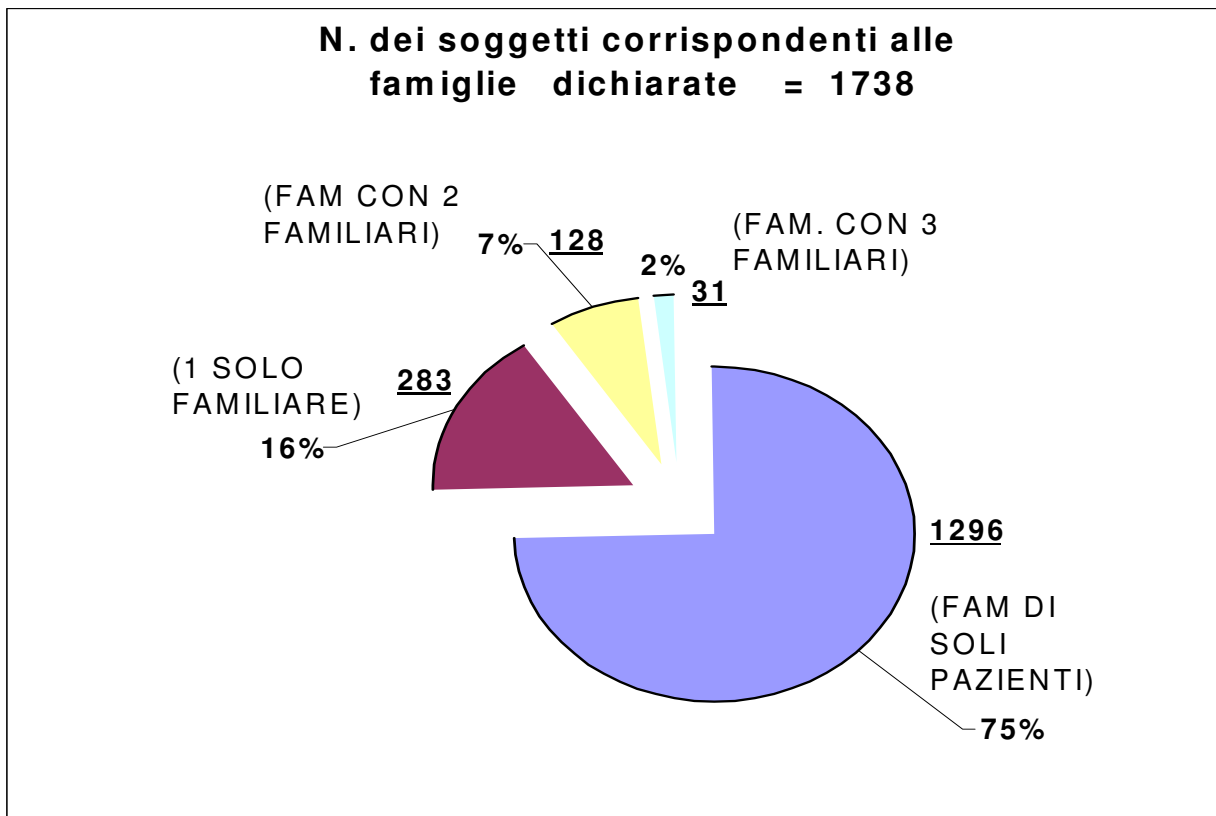
In totale, le famiglie di soli pazienti assommano a 1296 soggetti, cifra che corrisponde al 75% dell'intero campione di famiglie "dichiarate". Tali famiglie "*di soli pazienti*" sembrano, per il loro carico di sofferenza, sommare i tratti di alta problematicità e di scarse risorse di autoaiuto.

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:

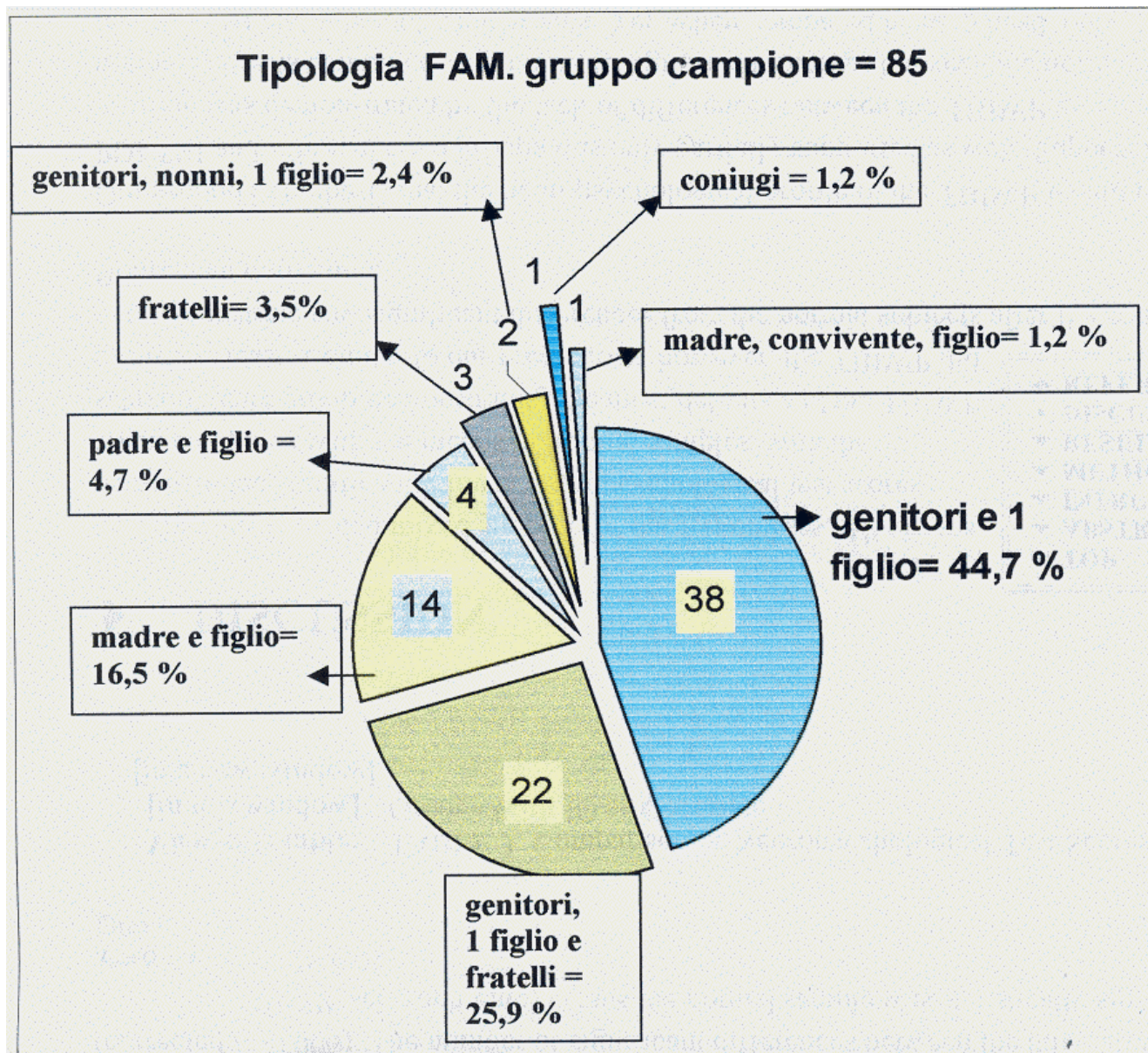
- 53 nuclei, il 30% del campione, sono rappresentati dai due genitori ed un figlio/a;
- 27 nuclei, il 15% del campione, sono composti da padre ed 1 figlio/a;
- 11 nuclei, il 6%, composto da madre, 1 figlio in carico e altri fratelli;
- 6 nuclei, il 3%, composto da un paziente e i fratelli;
- 6 nuclei, 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

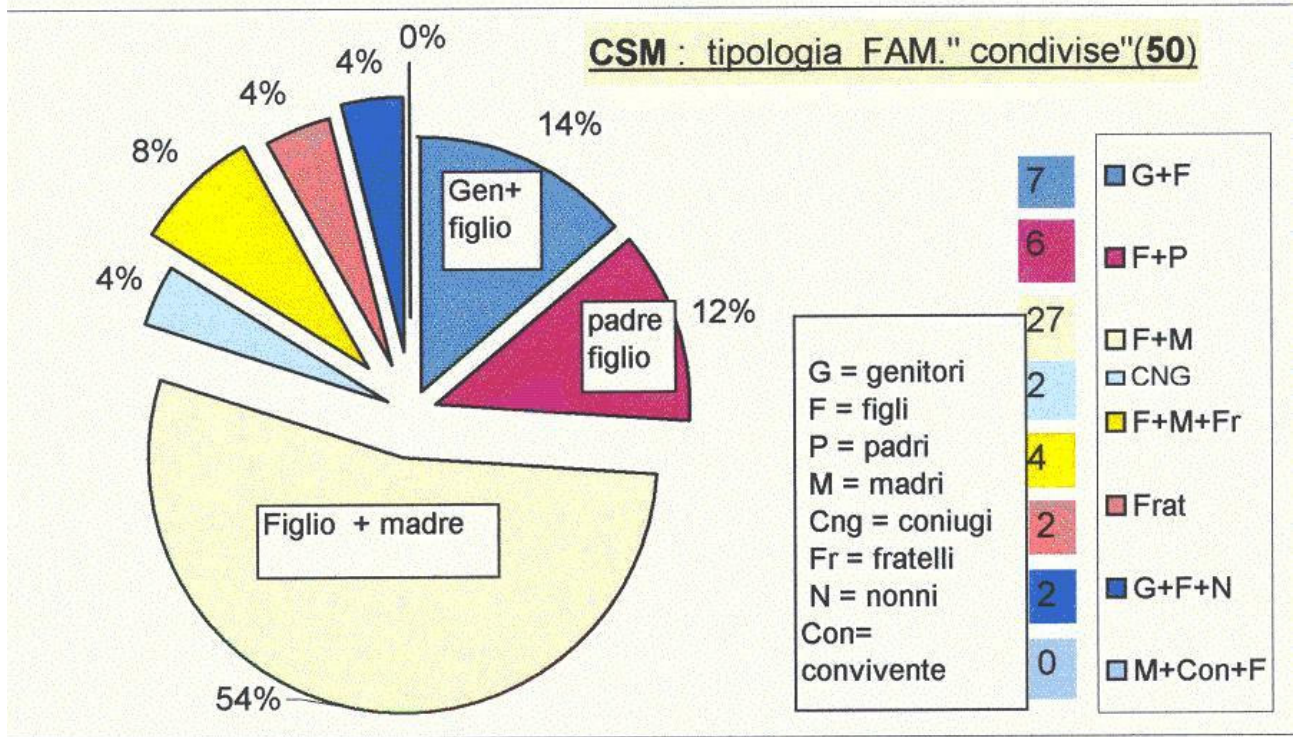
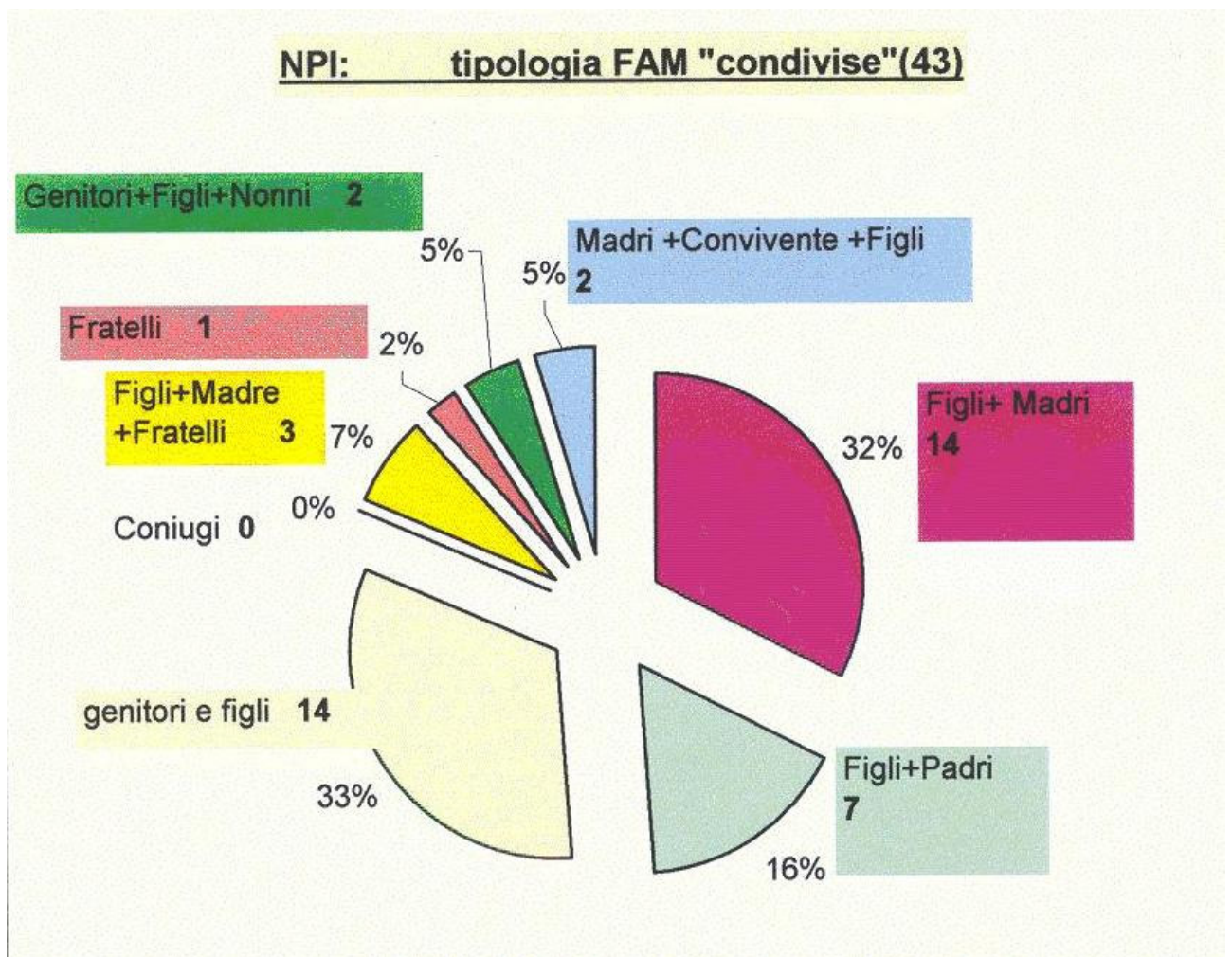
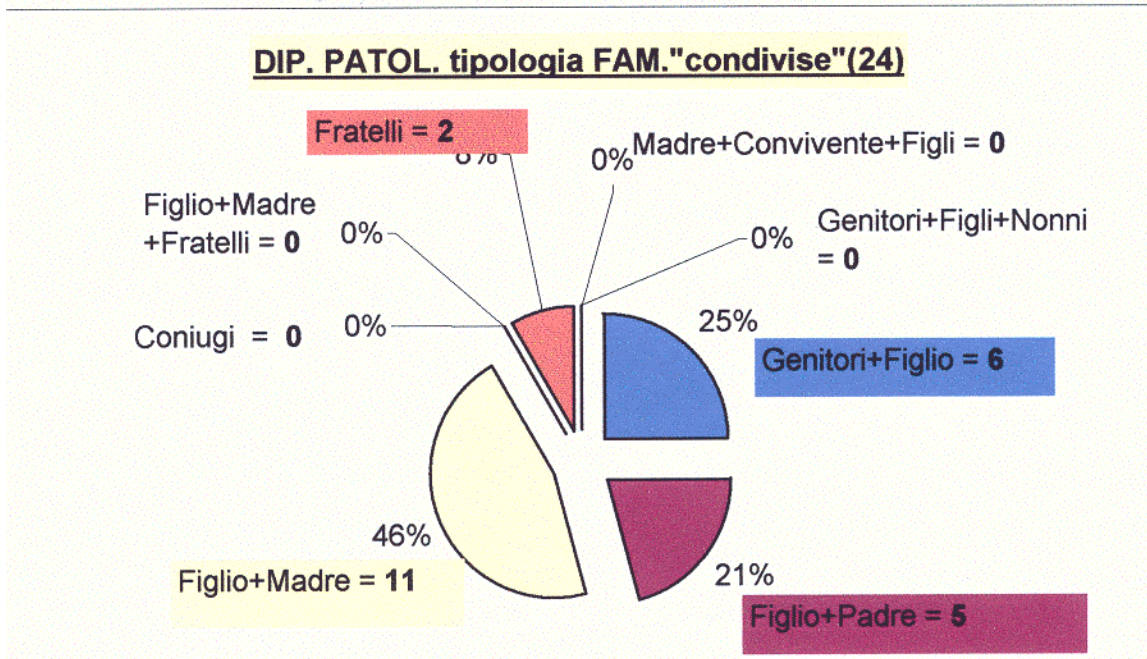
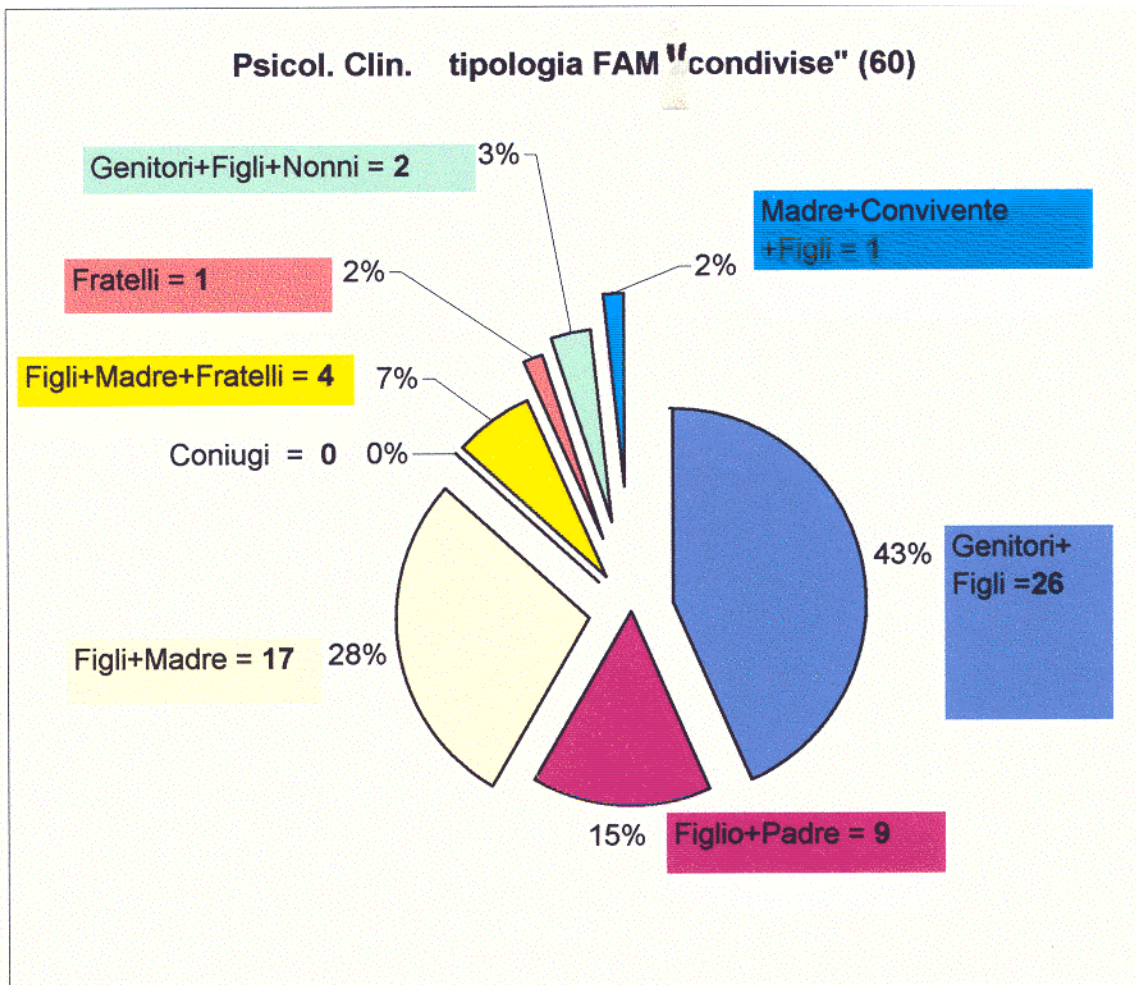


Grafico 20



Grafici 21-22



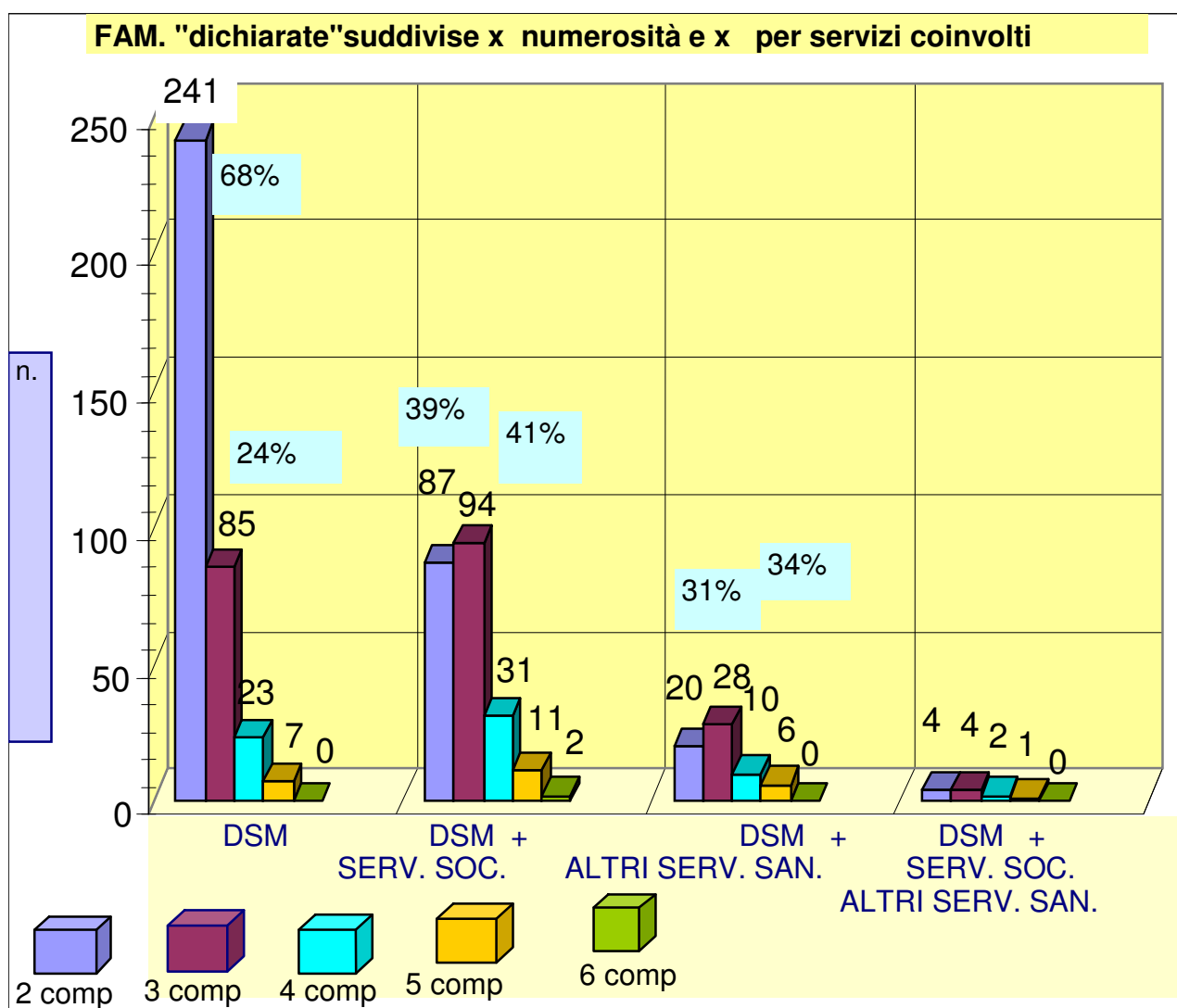
3.3 - COMPRESENZA TRA SETTORI DSM E SERVIZI SANITARI E SOCIALI

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 Famiglie MultiProblematiche 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.

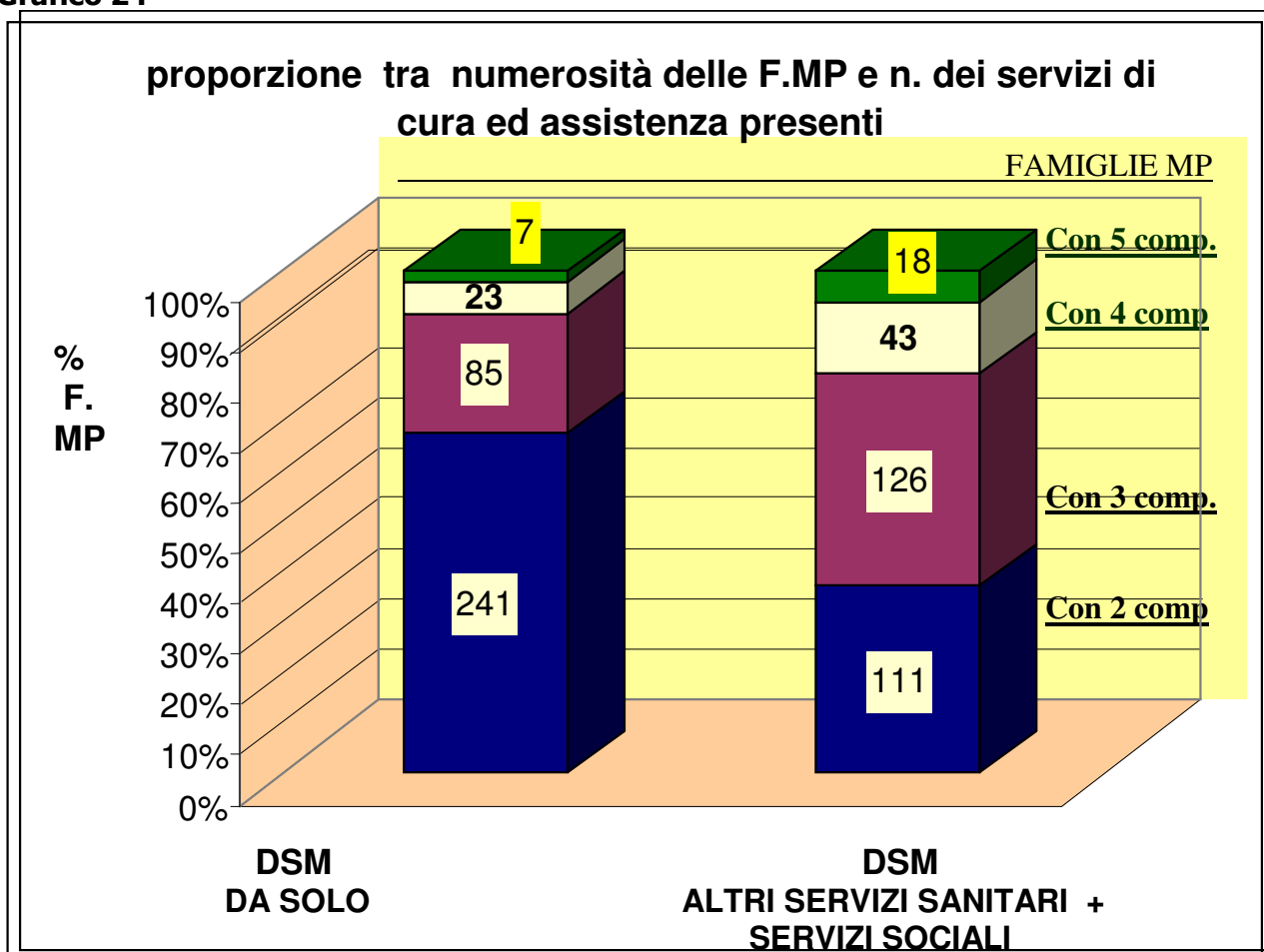
Grafico 23



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.

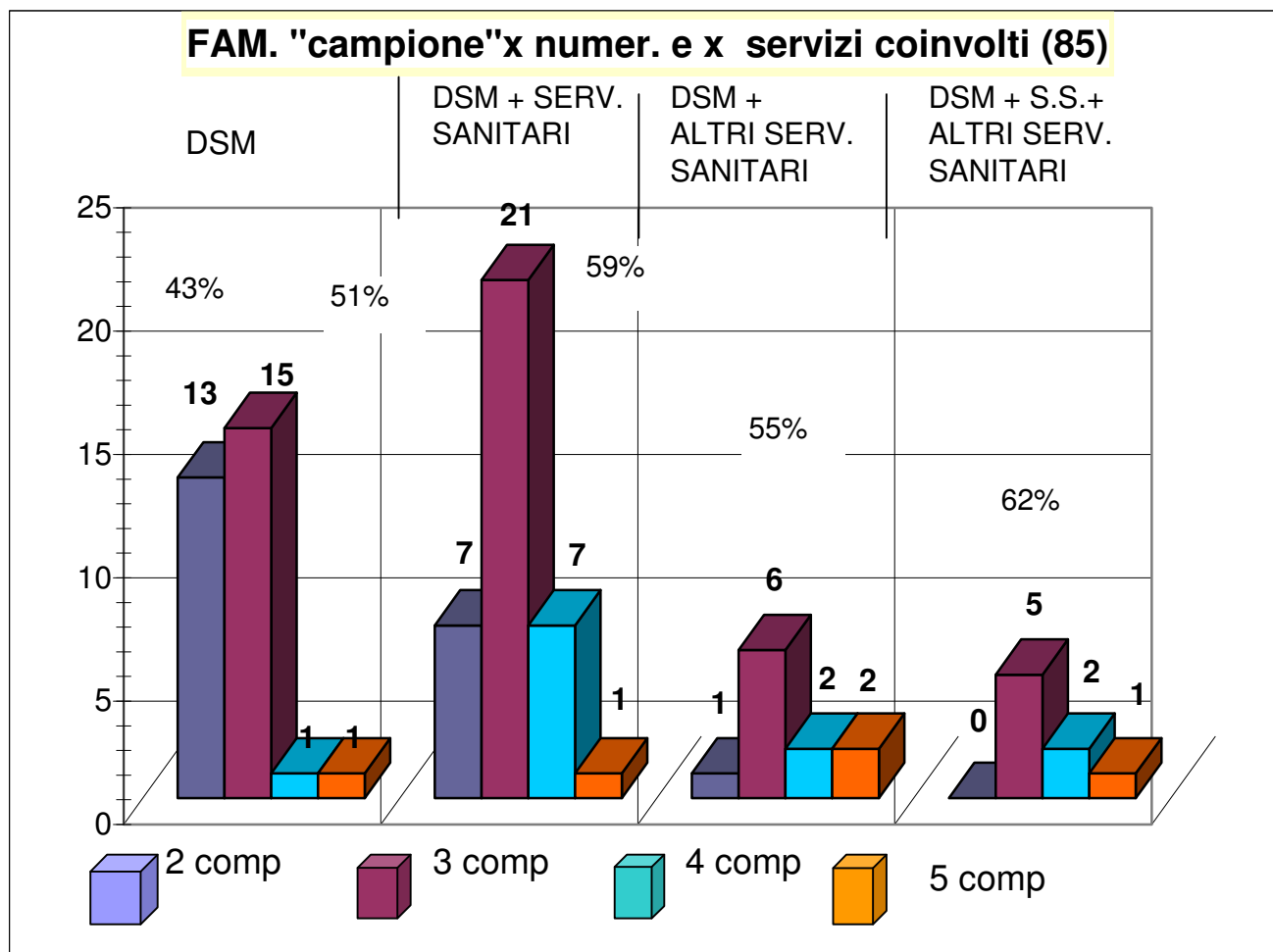
Il DSM e soprattutto il settore SMA, nello studio in esame, sembra avere una maggioranza di nuclei familiari ristretti, due o tre persone adulte, tutte con disagio psichico, nuclei in prevalenza di genitori singoli e figli. Con il crescere della dimensione del nucleo familiare sembrano invece entrare 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



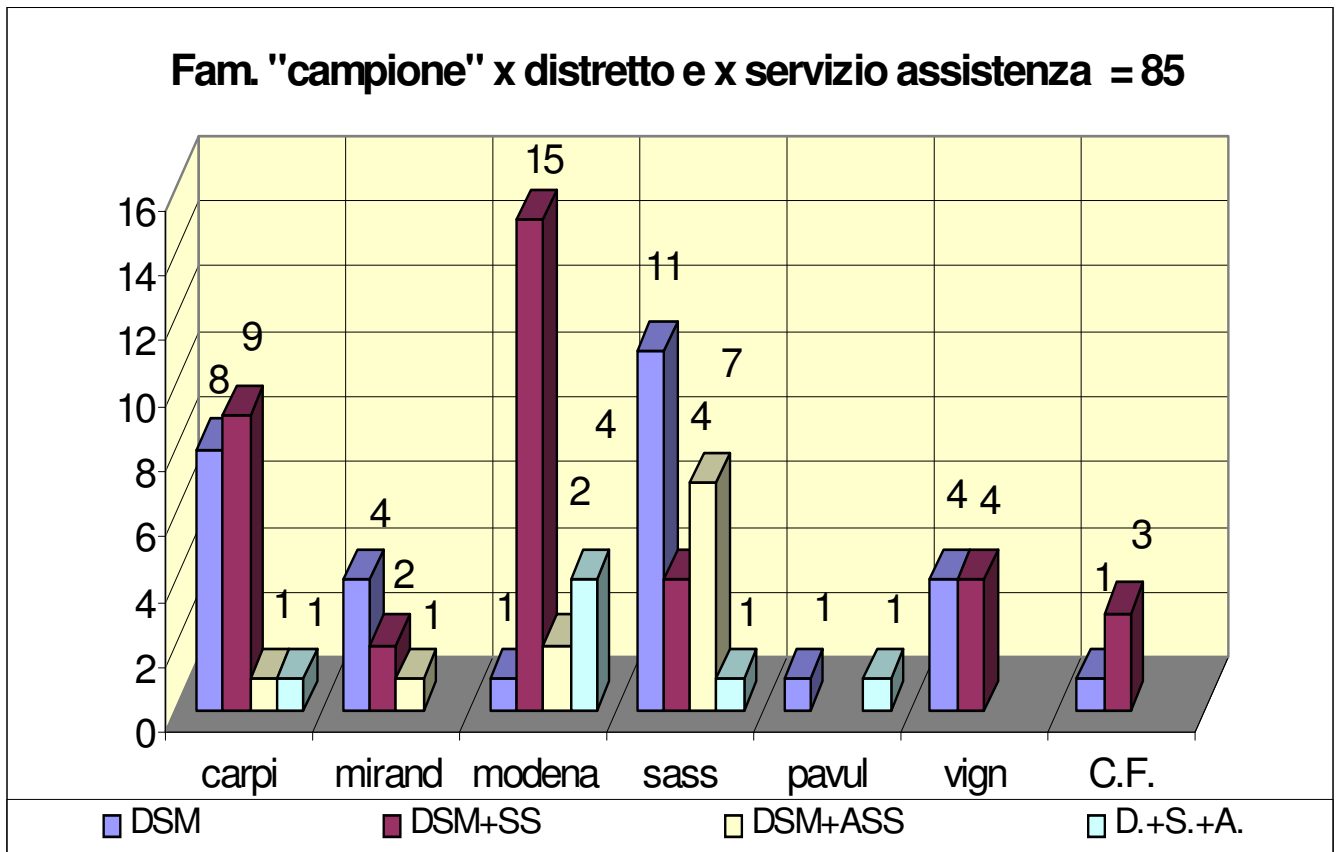
Lo studio ha cercato di "pesare" la dimensione di condivisione tra DSM ed altri servizi sanitari e socio-assistenziali all'interno di ciascun distretto sanitario.

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



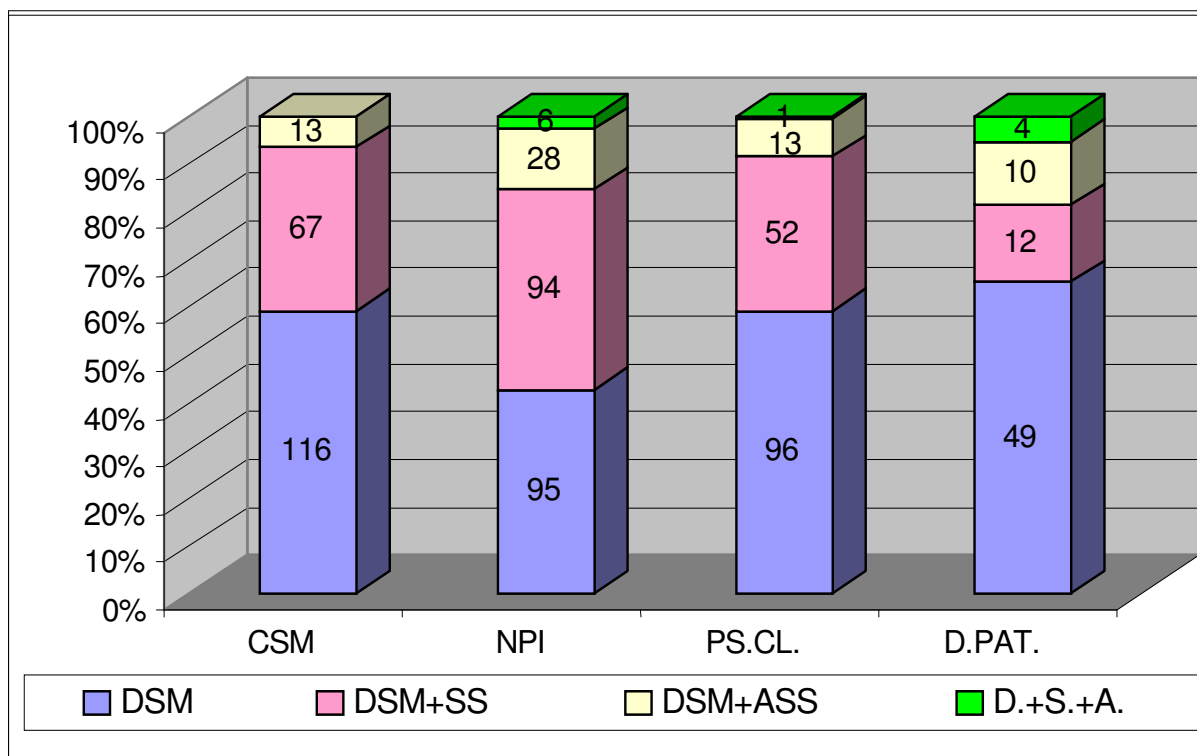
Il grafico sembra fornire una fotografia sovrapponibile alla precedente, eccetto alcuni settori: nel distretto di Modena il dato della condivisione tra DSM e servizi sociali comunali schizza al livello di quasi il 70%; i distretti di Carpi e Castelfranco E. si riposizionano verso una maggiore condivisione 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 F. MP 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 SMA 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.

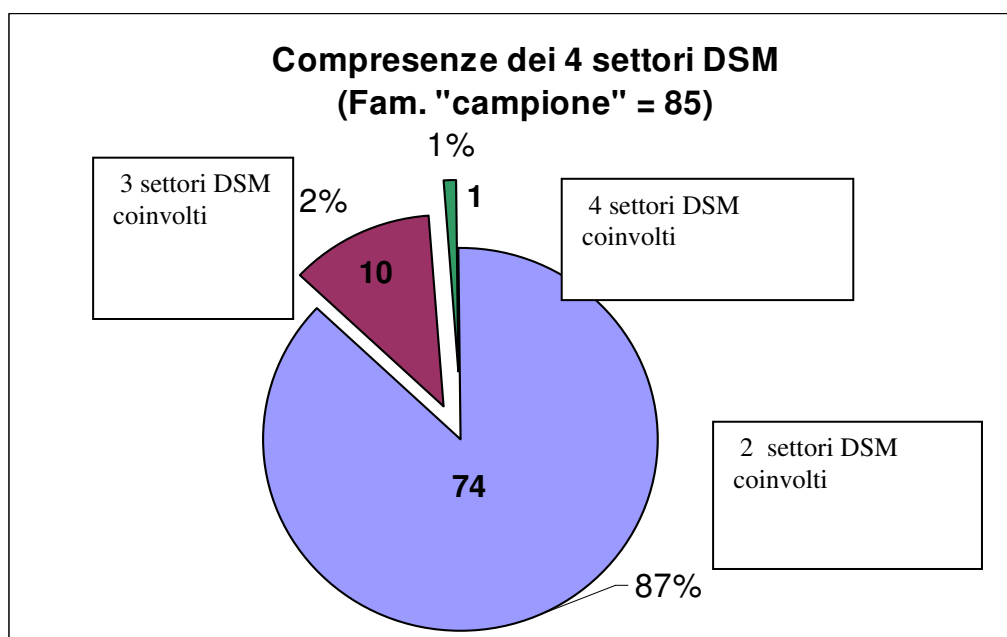
Grafico 27



Il settore che, percentualmente, riferisce una maggiore condivisione con i servizi sociali e con altri servizi sanitari è la NPI; i settori di SMA 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 :

- SMA e PC
- NPI e PC
- SMA e NPI

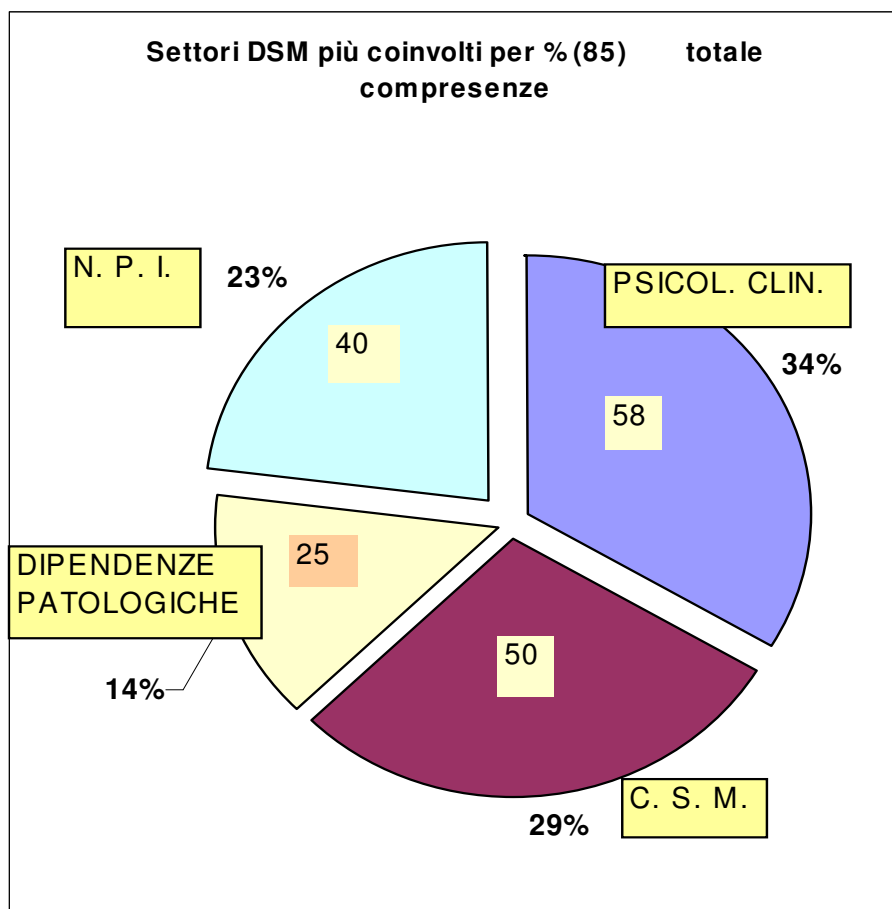
b) nel 2° sottogruppo (3 compresenze) l'associazione più frequente è tra SMA, NPI e PC.

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 SMA con uno share del 28 %, dalla NPI 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 NPI 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 SMA con uno share del 29%, dalla NPI con il 23% e dalle DP con uno share del 14%.

Grafico 29



DIAGNOSI (legenda)

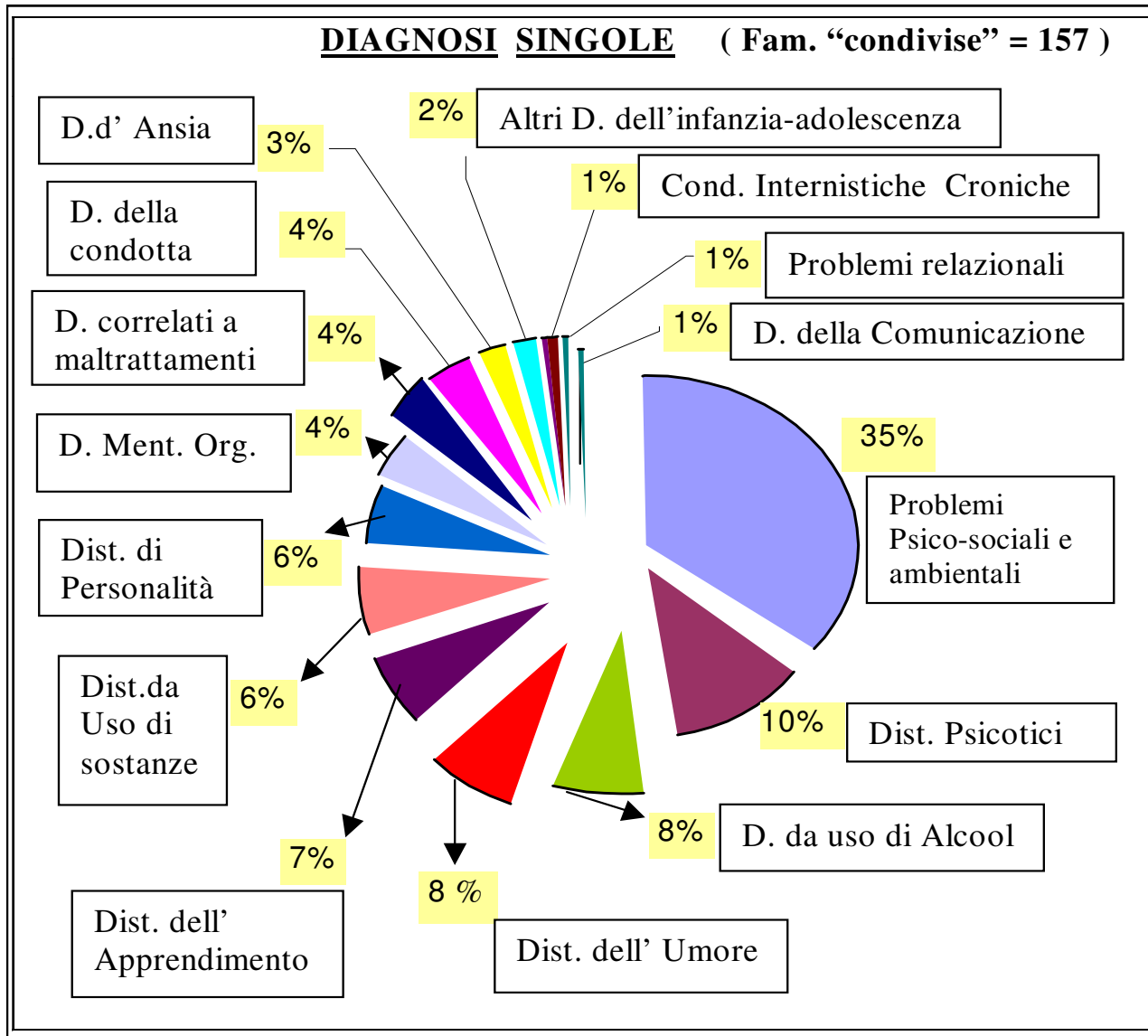
- 1.** Disturbo dell'apprendimento
- 2.** Altri disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza (specificare)
- 3.** Disturbo delle capacità motorie
- 4.** Disturbo della comunicazione
- 5.** Disturbi mentali organici²
- 6.** Condizioni internistiche e/o neurologiche croniche³
- 7.** Autismo
- 8.** Disturbi 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.

Grafico 30



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 :

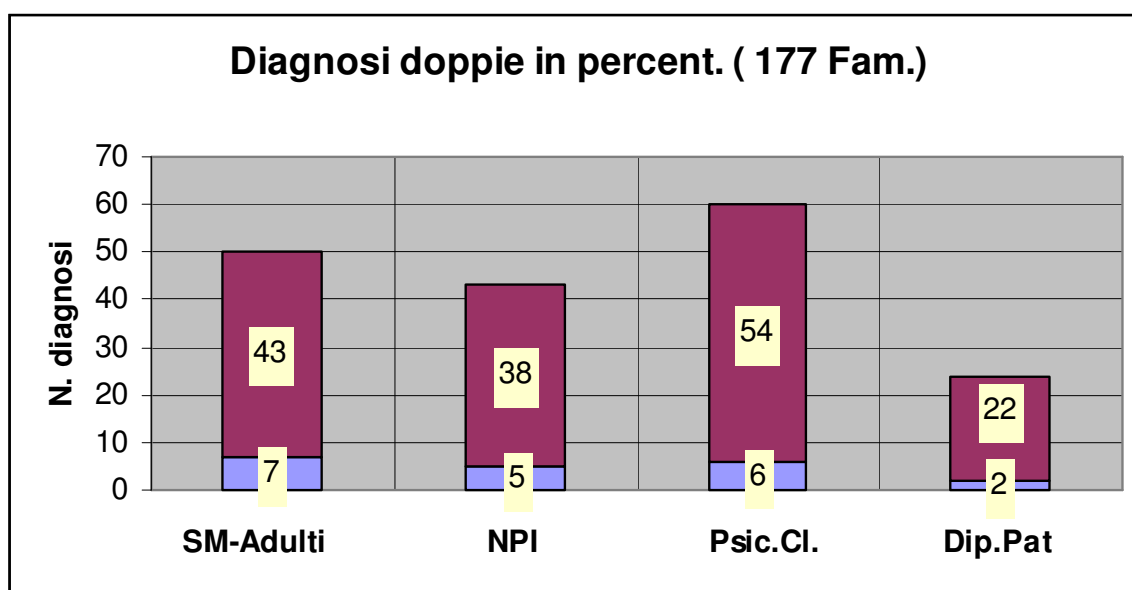
- A) diagnosi orientate alle difficoltà della famiglia nel funzionamento sociale e relazionale (problemi psicosociali ed ambientali, problemi correlati al maltrattamento, problemi relazionali). Esse rappresentano circa il 40% del totale delle diagnosi formulate.
- B) diagnosi orientate ad una specifica 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 **SMA** ha formulato 50 diagnosi cliniche, tra cui le prevalenti sono le psicosi ed i disturbi dell'umore, mentre sono irrisorie 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 **NPI** 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 SMA 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 NPI 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

3.4 - 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 EBM 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 la 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.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

- Cigoli V., Mariotti M. – Il medico, la famiglia e la comunità – Franco Angeli (2002)
- Cirillo S. – La famiglia del tossicodipendente – Cortina Editore (1996)
- Cirillo S. – La famiglia maltrattante – Cortina Editore (1989)
- Clerici M. – Tossicodipendenza e psicopatologia – Franco Angeli (1993)
- Drake R. - Il trattamento integrato dei pazienti con doppia diagnosi - Psichiatria di Comunità, Volume II (2003)
- Drake R.E., Yovetich N.A., Behout R.R., Harris M., McHugo G.J. – Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults – Journal of nervous and mental disease 185, 298-305 (1997)
- Edwards G., Marshall E.J., Cook C. – Diagnosi e trattamento dell'ertismo – Cortina editore (2000)
- Fioritti A. - Doppia Diagnosi - Franco Angeli Editore (2002)
- Fioritti A. - Schizofrenia ed abuso di sostanze; dalla epidemiologia clinica alla integrazione dei trattamenti. - Rivista Personalità e Dipendenze, Volume 9, Fascicolo II (2003)
- Malagoli Togliatti M., Montanari G. – Famiglie divise – Franco Angeli (1995)
- Malagoli Togliatti M., Rocchietta Tofani L. – Famiglie multiproblematiche – Carrocci (2002)
- Miller N.S., Belkin B.M., Gibbons R. – Clinical diagnosis of substance abuse disorders in private psychiatric populations – Journal of substance abuse treatment 11, 387-392 (1994)
- Minuchin S. – Famiglie e terapia della famiglia – Astrolabio (1976)
- Pozzi G., Tempesta E. e collaboratori - Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico - Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, (1993)
- Regier D.A., Formes M.E. e altri – Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiological catchment area ECA study – JAMA 264, 2511-2518 (1990)
- Ruggeri M., Dall'Agnola R. – Come valutare l'esito dei Dipartimenti di Salute Mentale – Il Pensiero Scientifico
- Scabini E., Cigoli V. – Il familiare – Cortina editore (2000)
- Selvini Palazzoni M., Cirillo S., Sellini M. e altri – I giochi psicotici della famiglia – Cortina editore (1988)
- Smith J., Hucker S. – Schizofrenia and substance abuse – British Journal of psychiatry 165, 13-21 (1994)
- Stein K., Milne R. – Mental health technology assessment: practice based research to support evidence-based practice – Evidence-based mental health 2, 37-39 (1999)
- Steven E. Hyman, George E. Tressor – Manuale delle emergenze psichiatriche – McGraw-Hill (1995)