

# LA SALUTE MENTALE DEGLI ADULTI E LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

Modalità di presa in carico nei Servizi di salute mentale in Toscana

Documenti dell'Agenzia Regionale  
di Sanità della Toscana

## Sede Legale

Villa Fabbricotti  
Via Vittorio Emanuele II, 64  
50134 Firenze



## Osservatori

Viale G. Milton, 7  
50129 Firenze

## Epidemiologia

[osservatorio.epidemiologia@arsanita.toscana.it](mailto:osservatorio.epidemiologia@arsanita.toscana.it)

## Qualità

[osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it](mailto:osservatorio.qualita@arsanita.toscana.it)



## Centro Documentazione

[centrodocumentazione@arsanita.toscana.it](mailto:centrodocumentazione@arsanita.toscana.it)



Centralino: 055 462431

Fax Sede Legale: 055 4624330

Fax Osservatori: 055 4624345

[www.arsanita.toscana.it](http://www.arsanita.toscana.it)



I professionisti  
che operano  
nei Servizi  
di salute mentale



L'utenza  
dei Servizi per adulti:  
presa in carico programmata  
e interventi in emergenza



L'utenza  
dei Servizi per infanzia  
e adolescenza:  
presa in carico programmata  
e interventi in emergenza





Collana dei *Documenti ARS*

Direttore responsabile: Eva Buiatti

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498  
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

I professionisti  
che operano  
nei Servizi di salute mentale

# **La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza**

L'utenza  
dei Servizi per adulti:  
presa in carico programmata  
e interventi in emergenza

**Modalità di presa in carico  
nei Servizi di salute mentale  
in Toscana**

L'utenza  
dei Servizi per infanzia  
e adolescenza:  
presa in carico programmata  
e interventi in emergenza



# **La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza**

## **Modalità di presa in carico nei Servizi di salute mentale in Toscana**

### **Coordinamento**

Francesco Cipriani      Coordinatore Osservatorio di epidemiologia  
ARS Toscana

### **Autori**

Maurizio Miceli      Dipartimento salute mentale  
Azienda Usl 10 Firenze

Caterina Silvestri      Ricercatore Settore epidemiologia  
dei servizi sociali integrati  
ARS Toscana

Cristina Orsini      Ricercatore Settore epidemiologia  
dei servizi sociali integrati  
ARS Toscana

Giovanna Maciocco      Ricercatore Settore epidemiologia  
dei servizi sociali integrati  
ARS Toscana

Fabio Voller      Dirigente Settore epidemiologia  
dei servizi sociali integrati  
ARS Toscana

### **Revisione editoriale**

Elena Marchini      Osservatorio di epidemiologia  
ARS Toscana

### **Ringraziamenti**

Un ringraziamento particolare va a Nadia Olimpì (ARS), Jacopo Pasquini (ARS) e Francesco Innocenti (ARS) per aver collaborato all'analisi dei dati. Maurizio Ferrara (Clinica Psichiatrica Università di Firenze) e Massimo Martini (Az. Usl 10 Firenze) hanno dato un prezioso contributo alla revisione dello strumento utilizzato.



# Indice

<b>Introduzione</b>	pag. 9
<b>1. Modalità di rilevazione e costruzione del campione</b>	11
1.1 Caratteristiche socio-demografiche dei professionisti	13
1.1.1 Professionisti che operano nei Servizi per adulti	15
1.1.2 Professionisti che operano nei Servizi per infanzia e adolescenza	16
<b>2. Presentazione dello strumento di rilevazione</b>	19
<b>3. Utenza programmata dei Servizi per adulti</b>	27
3.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche	27
3.2 Modalità di presa in carico	29
3.3 Analisi dei bisogni effettuata attraverso la scala <i>Camberwell Assesment of Need</i>	36
3.4 Risultati clinici	40
3.4.1 Casi non presi in carico	45
3.4.2 Trattamenti farmacologici	48
3.4.3 Terapie psicologiche	54
3.4.4 Altri interventi	59
3.4.5 Priorità e operatori intervenuti	
<b>4. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per adulti</b>	63
4.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche	63
4.2 Modalità di intervento	65
4.3 Analisi dei bisogni effettuata attraverso la scala <i>Camberwell Assesment of Need</i>	68
4.4 Risultati clinici	73
4.4.1 Trattamenti farmacologici	78
<b>5. Utenza programmata dei Servizi per infanzia-adolescenza</b>	83
5.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche	83
5.2 Modalità di presa in carico	84
5.3 Analisi dei bisogni effettuata attraverso la scala <i>Camberwell Assesment of Need</i>	88
5.4 Risultati clinici	92
5.4.1 Casi non presi in carico	97
5.4.2 Terapie farmacologiche	97
5.4.3 Terapie psicologiche	100



<b>6. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza</b>	107
6.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche	107
6.2 Modalità di intervento	108
6.3 Analisi dei bisogni effettuata attraverso la scala <i>Camberwell Assesment of Need</i>	111
6.4 Risultati clinici	115
6.4.1 Trattamenti farmacologici	116
6.4.2 Altri trattamenti	118
<b>7. Discussione</b>	121
7.1 Servizi per adulti	122
7.2 Servizi per infanzia-adolescenza	136
<b>Conclusioni</b>	141
<b>Bibliografia</b>	143
<b>Allegato A - Elenco dei professionisti che hanno risposto all'indagine suddiviso per ASL di appartenenza</b>	147
<b>Allegato B - Questionario</b>	149

## Introduzione

I disturbi psichici costituiscono un importante problema di sanità pubblica. Si presentano, infatti, in tutte le fasce di età e sono correlati, in modo significativo, con gradi diversi di menomazione del funzionamento psicosociale (fra cui ricordiamo la difficoltà nello svolgimento delle più comuni attività di vita quotidiana e lavorative e i rapporti interpersonali e familiari) comportando così, inevitabilmente, un aumento dei costi sociali ed economici per le persone colpite e per le loro famiglie. Attualmente si calcola che circa 450 milioni<sup>1</sup> di persone soffrono di una qualche forma di disturbo psichico, rappresentando il 12% del carico totale di malattia nel mondo ma, come è stato rilevato dal Rapporto sulla salute mondiale dell'OMS del 2001, solo una piccola parte di questi ricevono un trattamento adeguato. Nonostante i continui sviluppi medici in grado di comprendere con sempre maggior precisione le diverse interazioni di fattori in grado di determinare un disturbo psichico, a tutt'oggi, molti paesi continuano a destinare meno dell'1% delle spese sanitarie totali alla salute mentale. Più del 40% dei paesi nel mondo non ha una politica rivolta a questa problematica e oltre il 30% non ha un programma sulla salute mentale né un fondo ad essa dedicato. Meno del 10% dei paesi ha creato programmi specifici rivolti a bambini e adolescenti consolidando, sempre più, l'idea che la salute mentale non rientri nell'offerta della sanità pubblica, con il risultato che solo le persone in grado di autofinanziarsi possono avere un trattamento adeguato.

L'Agenzia regionale di sanità (ARS) ha inteso aderire all'indagine affidatale, con Risoluzione n. 48 del 26 maggio 2004, dalla IV Commissione del Consiglio regionale toscano, con il fine di produrre una descrizione della dimensione e tipologia del bisogno legato ai disturbi psichici in Toscana e della risposta offerta dai servizi pubblici per soddisfare tale bisogno.

Il metodo individuato per condurre l'indagine ha avuto quale riferimento i seguenti settori di studio:

---

<sup>1</sup> Quaderni di Sanità pubblica 2002, 124/125: 33-56.

- a. analisi degli atti di programmazione e delle linee d'indirizzo regionali;
- b. la situazione epidemiologica;
- c. le modalità di presa in carico delle persone con disturbi psichici;
- d. l'uso dell'ospedale e l'appropriatezza del ricovero;
- e. l'uso delle residenze e la tipologia dell'utenza;
- f. i problemi dell'adolescenza - prevalenza dei disturbi alimentari psicogeni, e delle dipendenze;
- g. il personale dedicato rispetto agli standard regionali.

In questo report si mostrano i risultati delle analisi condotte relativamente alla modalità di presa in carico delle persone affette da disturbo mentale e agli interventi in situazioni di emergenza da parte delle rete dei Servizi per adulti e infanzia-adolescenza.

Tale lavoro ha l'obiettivo di fornire elementi conoscitivi utili a supportare sia le scelte dei decisori sia quelle dei responsabili della gestione della sanità pubblica, coinvolgendo tutti gli operatori sanitari in una lettura "trasparente" e accessibile della presa in carico e delle emergenze nei servizi di salute mentale ed è volto a un recupero del ruolo autentico della rete dei servizi all'efficienza complessiva del sistema delle cure, con implicazioni relative all'efficacia dei trattamenti, alla continuità assistenziale e all'organizzazione dei servizi extraospedalieri.

Questo report, inoltre, intende avviare un'attività corrente di caratterizzazione dell'offerta sanitaria regionale territoriale, sia per gli aspetti relativi all'attività di presa in carico sia per gli esiti di questa, nell'ottica di una ricomposizione di tutti gli elementi che concorrono alla efficacia dei trattamenti e degli esiti dei percorsi assistenziali.

# 1. Modalità di rilevazione e costruzione del campione

L'indagine si è rivolta all'intera popolazione di professionisti (psichiatri, psicologi e neuropsichiatri dell'infanzia) che operano all'interno dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) del territorio toscano. Per la costruzione del campione ci siamo rivolti agli Uffici risorse umane delle Aziende sanitarie locali (ASL) di appartenenza, ai quali è stato chiesto di fornire le seguenti informazioni relative a tutti gli psichiatri, psicologi e neuropsichiatri che lavorano all'interno dei vari DSM<sup>2</sup>:

- nome e cognome del professionista;
- qualifica;
- singole articolazioni/sedi organizzativo – funzionali del DSM;
- indirizzo e recapito telefonico di ciascuna articolazione/sede.

In questo modo è stata costituita una popolazione iniziale di 539 nominativi.

---

<sup>2</sup> In un primo momento (nel luglio 2005) l'ARS ha richiesto ai direttori generali delle ASL e ai responsabili degli Uffici risorse umane di fornire, insieme all'elenco dei nominativi, anche informazioni relative ai singoli professionisti, quali la data di nascita e l'indirizzo di domicilio, comprensivo di numero telefonico. L'intenzione iniziale, infatti, era quella di inviare il questionario direttamente al domicilio dei professionisti. Su questa richiesta è però intervenuta la coordinatrice regionale del "Percorso privacy nella sanità toscana", dottoressa Paola Salvi, che ha individuato l'eventualità di esporre le ASL al rischio di trattamento illecito dei dati in suo possesso. È stato, di conseguenza, concordato con l'ARS un percorso che prevedeva l'individuazione e la comunicazione all'ARS dei seguenti elementi informativi:

- singole articolazioni/sedi organizzativo-funzionali del DSM;
- indirizzo e recapito telefonico di ciascuna articolazione/sede;
- nominativi degli psicologi, psichiatri e neuropsichiatri infantili in servizio presso ciascuna sede.

Questo fatto ha comportato, oltre a un ritardo nella formazione dell'elenco dei professionisti e dell'indirizzario (l'operazione si è infatti conclusa solo alla fine del settembre 2005), una maggiore difficoltà nel recapito dei questionari a causa dei problemi legati allo smistamento della posta interna, soprattutto nelle sedi organizzativo/funzionali collocate nelle strutture più ampie e articolate (come è per esempio il caso dei Servizi psichiatrici diagnosi e cura - SPDC - degli ospedali).

Ad ogni professionista è stato inviato il questionario nominativo con, allegata, una busta preaffrancata per la restituzione. Al ritorno, i questionari sono stati controllati per completezza e coerenza e, nel caso di assenza o incongruità delle risposte nelle variabili di interesse prioritario, i dati sono stati recuperati, ove possibile, telefonicamente. In caso di mancata risposta entro 20 giorni dalla spedizione, è stato effettuato un secondo invio postale. In caso di mancata risposta entro ulteriori 20 giorni, è stato effettuato un contatto telefonico tramite tre telefonate effettuate in tre giorni diversi e in tre orari diversi della giornata. In caso di ripetuti rinvii degli appuntamenti, o in caso di esplicito rifiuto, il candidato è stato incluso fra i “non risponde”.

L'invio dei questionari ha avuto inizio nell'aprile del 2006. Allo scadere dei 20 giorni previsti dal protocollo, su 539 invii, sono rientrati all'Agenzia regionale di sanità (ARS) 98 questionari compilati, vale a dire il 18,1% del campione. Possono aver influito su questo risultato i dubbi sorti, in qualche caso, sulla legittimità da parte dell'ente inviante di trattare alcuni dati sensibili richiesti all'interno dello strumento.

Allo scopo di dissipare i possibili dubbi emersi su questo tema, si è proceduto, nel corso del secondo invio avvenuto nel mese di maggio, a sottolineare che ARS, ai sensi della l.r. 8 marzo 2000, n. 22 (*Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale*) e successive modificazioni, è ente pubblico dipendente dalla Regione, autorizzato al trattamento di dati sensibili per scopi di studio e di ricerca e, secondo la disciplina recata dalla medesima legge, al compimento di precise operazioni (raccolta diretta e sistematica e l'accesso a banche dati, nonché alla loro elaborazione, pubblicazione e diffusione).

Sono stati quindi reinviati 441 questionari. Le ulteriori risposte, al termine del mese di agosto 2006, sono state 94. La percentuale di risposta cumulata tra primo e secondo invio (considerando come numero totale i 441 professionisti a cui è stato inviato il questionario, una o due volte) è stata quindi del 34,9%.

Al termine del secondo invio si è proceduto al sollecito telefonico. Dopo 3 mancate risposte a 3 contatti telefonici effettuati in 3 orari diversi della giornata, il contatto è stato classificato come “rifiuti”.

Al termine della rilevazione, quindi, conclusasi nel dicembre 2006, i questionari recuperati sono stati 292 (corrispondente al 54% del campione totale). La distribuzione all'interno delle ASL è la seguente (Tabella 1.1):

**Tabella 1.1**  
**Distribuzione dei professionisti per ASL**

<b>ASL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 Massa	11	3,8
2 Lucca	20	6,8
3 Pistoia	20	6,8
4 Prato	19	6,5
5 Pisa	25	8,6
6 Livorno	23	7,9
7 Siena	19	6,5
8 Arezzo	30	10,3
9 Grosseto	23	7,9
10 Firenze	70	24,0
11 Empoli	15	5,1
12 Versilia	17	5,8
<b>Totale</b>	<b>292</b>	<b>100,0</b>

## 1.1 Caratteristiche socio-demografiche dei professionisti

Passiamo adesso a esaminare alcune caratteristiche socio-demografiche dei professionisti coinvolti nello studio.

Come possiamo osservare (Tabella 1.2), il campione è composto in misura maggiore dal genere femminile che rappresenta il 57,5% (N=168) di coloro che hanno compilato il questionario.

**Tabella 1.2**  
**Distribuzione percentuale dei professionisti per genere**

<b>Genere</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Maschio	124	42,5
Femmina	168	57,5
<b>Totale</b>	<b>292</b>	<b>100,0</b>

Alcune differenze di genere si riscontrano anche per la sede in cui prestano servizio. I professionisti di genere maschile lavorano in misura maggiore (il 78,2%) nei Servizi indirizzati alla popolazione adulta, mentre tra quelli di genere

femminile si registra una distribuzione più equilibrata (il 53,6% lavora nei Servizi per adulti e il 46% nelle Unità funzionali per l'infanzia e l'adolescenza). Inoltre, mentre la categoria professionale più rappresentata fra i maschi è quella degli psichiatri, fra le femmine prevale quella degli psicologi. Per quanto riguarda l'età, la classe più rappresentata risulta compresa fra i 50 e i 59 anni (60% del campione) anche se, nel genere femminile, l'età tende a ridursi (Tabella 1.3).

**Tabella 1.3**  
**Caratteristiche professionali e anagrafiche dei partecipanti all'indagine, per genere (percentuali di colonna)**

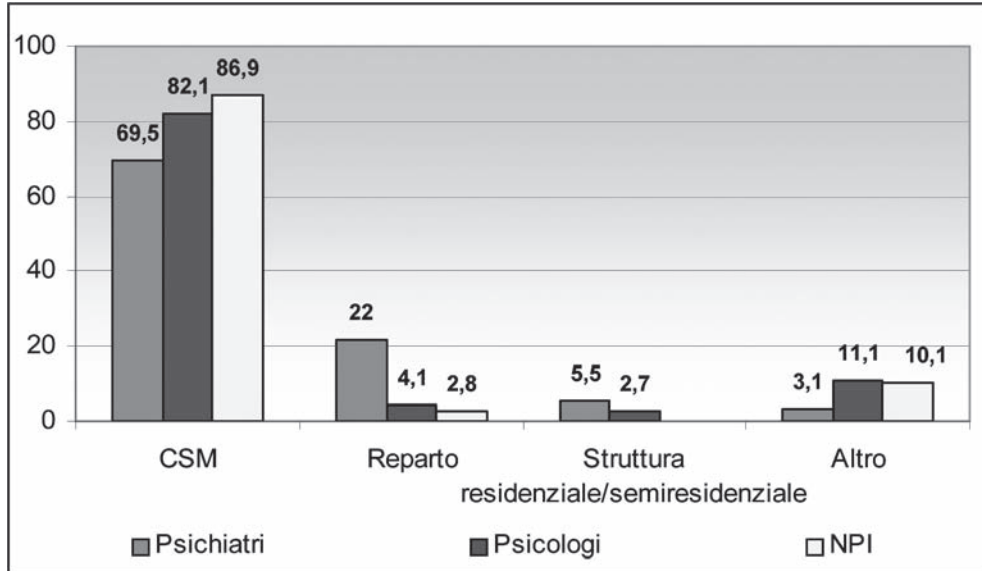
Caratteristiche professionali e anagrafiche		Maschio (N=124)	Femmina (N=168)	Totale (N=292)
Servizi salute mentale	Adulti	78,2	53,6	64,0
	Infanzia - adolescenza	21,8	46,4	36,0
Professione	Psicologo	27,4	41,7	35,6
	Psichiatra	62,9	36,3	47,6
	Neuropsichiatra infantile	9,7	22,0	16,8
	< a 40 anni	4,1	6,0	5,2
Età (in classi)	da 40 a 49 anni	23,0	34,5	29,7
	da 50 a 59 anni	64,8	56,5	60,0
	60 anni e oltre	8,2	3,0	5,2

Per ciò che concerne la sede di lavoro, i professionisti coinvolti prestano servizio prevalentemente presso i Centri di salute mentale (CSM) territoriali, con alcune differenze che si registrano a carico degli psichiatri i quali, compatibilmente con il tipo di professione svolta, sono impegnati in misura maggiore all'interno dei reparti ospedalieri (Figura 1.1).

Suddividendo il nostro campione in base all'area in cui svolge la propria attività, abbiamo osservato alcune differenze fra coloro che operano nell'area dedicata agli adulti rispetto ai colleghi dell'area dedicata a infanzia e adolescenza.

**Figura 1.1**

**Percentuale del tempo-lavoro svolto dai professionisti all'interno delle sedi di lavoro**



### 1.1.1 Professionisti che operano nei Servizi per adulti

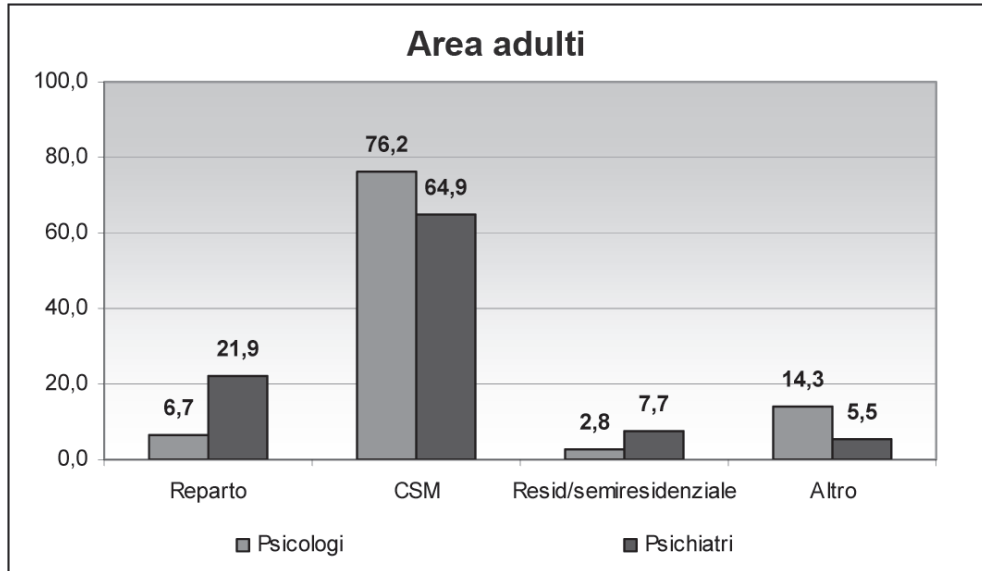
Il campione che opera nell'area dedicata agli adulti (N= 184) appare composto nel 73,9% da psichiatri (N= 136) rispetto al 26,1% di psicologi (N= 48), suddivisi in modo omogeneo in base al genere. La fascia di età più rappresentata continua ad essere quella compresa fra i 50 ed i 59 anni, seguita dalla precedente che comprende professionisti di età compresa fra i 40 e i 49 anni.

Come possiamo osservare dai grafici che seguono (Figura 1.2), la sede di lavoro nel settore che si occupa degli adulti vede gli interventi svolgersi soprattutto all'interno dei CSM. Le differenze tra professionisti si riscontrano soprattutto negli interventi che si svolgono in regime programmato, dove gli psichiatri sembrano impegnati in misura maggiore all'interno dei reparti ospedalieri, al contrario degli psicologi che vedono ancora il proprio intervento a livello territoriale.



**Figura 1.2**

**Percentuale del tempo-lavoro svolto dai professionisti all'interno delle sedi di lavoro - Area adulti**

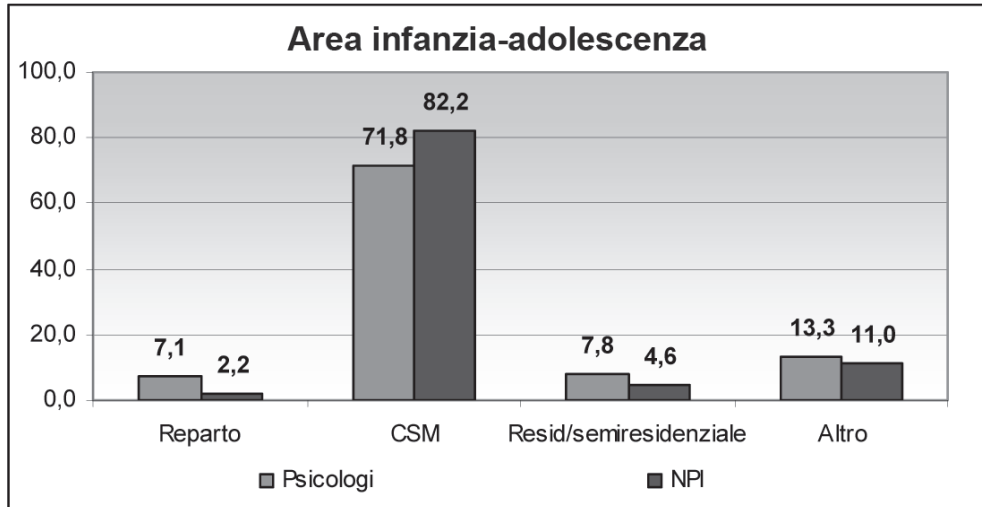


### 1.1.2 Professionisti che operano nei Servizi per infanzia e adolescenza

Passando ai professionisti che operano nel settore che si occupa di infanzia e adolescenza, possiamo osservare che, in questa area, le due categorie di operatori sono presenti in misura uniforme con una lieve maggioranza della figura dello psicologo (N= 56; 53,3%) rispetto a quella del neuropsichiatra (N= 49; 46,7%). Per quanto riguarda il genere, invece, l'area rivolta a infanzia e adolescenza è composta per la maggior parte da donne che rappresentano il 74,3% dei rispondenti. Come per l'area dedicata agli adulti, l'età più rappresentativa continua a essere quella compresa fra i 50 e i 59 anni, seguita da quella della categoria precedente.

Rispetto alla sede di lavoro (Figura 1.3), i professionisti che operano in questo settore prestano servizio prevalentemente all'interno dei CSM/ambulatori.

**Figura 1.3**  
**Percentuale del tempo-lavoro svolto dai professionisti all'interno delle sedi di lavoro - Area infanzia-adolescenza**





## 2. Presentazione dello strumento di rilevazione

Al fine di raccogliere dati riguardanti aspetti relativi alla presa in carico dei pazienti che afferiscono ai Servizi di salute mentale presenti sul territorio toscano, l'ARS ha istituito, al proprio interno, un gruppo multidisciplinare a cui è stato affidato il compito di costruire lo strumento di rilevazione da inviare, a mezzo posta, a tutti i professionisti (psichiatri, psicologi e neuropsichiatri infantili) che operano nei DSM.

Nel tentativo di facilitare il più possibile i professionisti nella compilazione dello strumento, e di conseguenza aumentare la percentuale delle risposte ottenute, è stato costruito un questionario a risposte multiple suddiviso in quattro macroaree così organizzate:

- a. Dati della struttura*
- b. Dati del compilatore*
- c. Sezione relativa alla prima visita effettuata - di un nuovo caso - nel mese precedente*
- d. Sezione relativa all'ultima emergenza effettuata*

Nel presente capitolo cercheremo di fornire una descrizione dettagliata di ogni singola macroarea.

La versione integrale del questionario è riportata in Appendice A.

### ***a. Dati della struttura***

Questa sezione è molto breve e contiene domande riguardanti il servizio in cui il professionista lavora. In particolare viene chiesta la ASL di appartenenza, il nome della struttura, l'utenza a cui è diretta (Adulti o Infanzia/adolescenza) e alcuni recapiti principali (indirizzo, telefono ed e-mail).

### ***b. Dati del compilatore***

Pur trattandosi di un questionario inviato nominativamente ad ogni professionista che lavora all'interno dei DSM, il professionista ha potuto restituire a mezzo posta lo strumento senza indicare le proprie generalità, garantendo, così, il proprio

anonimato. Oltre alle domande riguardanti le generalità (nome, cognome e data di nascita), all'interno di questa sezione è stato chiesto di indicare il tipo di professione svolta (psichiatra, psicologo o neuropsichiatra infantile) e la percentuale di tempo-lavoro effettuato settimanalmente all'interno di specifiche strutture appartenenti al DSM. Quest'ultima domanda, come avremo modo di osservare nella fase relativa ai risultati, ha lo scopo di mettere in evidenza il reale impiego di risorse professionali utilizzate all'interno di ogni singola struttura.

***c. Sezione relativa alla prima visita effettuata - di un nuovo caso - nel mese precedente***

Questa macroarea raccoglie dati relativi ai pazienti che si presentano per la prima volta al servizio oppure che erano già conosciuti ma con un contatto avvenuto almeno due anni prima. Sono escluse le visite per consulenza o certificazione. La raccolta di informazioni è suddivisa in tre sottosezioni che trattano i seguenti temi:

1. caratteristiche socio-anagrafiche;
2. storia clinica;
3. analisi dei bisogni;
4. interventi attuati.

**c.1** Le caratteristiche socio-anagrafiche comprendono non soltanto aspetti specifici come genere, età, titolo di studio, professione e altro, ma anche una prima descrizione della richiesta. In particolare, dopo la domanda che separa i pazienti già conosciuti al servizio da coloro che vi accedono per la prima volta, viene chiesto al compilatore di indicare chi è il promotore della richiesta e quanti giorni sono trascorsi dall'invio della medesima alla effettuazione vera e propria della visita. Come prima presentazione dell'utente, viene chiesta anche una prima descrizione del problema che lo ha indotto a contattare il servizio, indicando se, in precedenza, erano già state contattate altre agenzie sempre per l'attuale problema.

**c.2** La storia clinica dell'utente viene riferita attraverso domande specifiche riguardanti l'età in cui il paziente ha mostrato le prime manifestazioni psichiche relative all'attuale problema, l'età in cui si è rivolto ad uno specialista della

salute mentale e la diagnosi principale attuale associata, in alcuni casi, a diagnosi secondarie. A queste fanno seguito domande riguardanti l'esito della prima visita cercando di approfondire quali sono i motivi che hanno indotto il professionista alla scelta di prendere in carico l'utente (qualora venga preso in carico) o, in caso contrario, i motivi della non presa in carico e l'eventuale invio ad altre strutture sanitarie.

**c.3** Come ben sappiamo, gli utenti che si rivolgono ai servizi non presentano soltanto bisogni legati alla sintomatologia clinica ma, in molti casi, a questi si associano necessità di natura sociale e relazionale. Allo scopo, quindi, di fornire una descrizione che rappresenti realmente le persone che accedono ai DSM e le richieste a cui i professionisti si trovano a dover rispondere, abbiamo inserito, all'interno di questa sezione, parte di uno strumento di rilevazione di provata validità scientifica: la *Camberwell Assessment of Need (CAN)*<sup>3</sup>.

L'affidabilità e la validità della CAN, confermate in molti studi (Phelan *et al.*, 1995), consentono di non soffermarci ulteriormente su questi aspetti rimandando, per chi interessato, alla letteratura di riferimento.

---

<sup>3</sup> I principi che ci hanno orientato verso la scelta di questo strumento possono essere racchiusi nei quattro punti fondamentali che caratterizzano la CAN. Il primo pone l'accento sulle numerose similitudini che accomunano le persone "sane" a coloro che soffrono di disturbi mentali. Quest'ultime, infatti, nonostante la gravità e la specificità sintomatologica, lamentano necessità comuni a tutti, come il bisogno di un alloggio sicuro, di denaro sufficiente o di un'occupazione. Il secondo principio si discosta da aspetti più di carattere generale, soffermandosi sulla necessità, da parte di coloro che si occupano di disagio psichico, di identificare i bisogni gravi sui quali intervenire. Una volta identificati, occorre svolgere un'attenta valutazione (terzo principio) da parte del servizio e, pertanto, risulta indispensabile che sia uno strumento facilmente utilizzabile dalle diverse figure professionali che si prendono cura dell'utente. Come ultimo aspetto, ma non per questo meno importante, dato che la valutazione del bisogno risente di caratteristiche legate alla soggettività, la CAN risulta una scala costruita in modo tale da registrare separatamente le opinioni dello staff e degli utenti.

I criteri specifici fissati per la CAN stabiliscono che essa deve:

- a. possedere adeguate proprietà psicometriche;
- b. essere compilata in trenta minuti;
- c. essere utilizzata da un'ampia gamma di figure professionali;
- d. essere adatta sia per la pratica clinica di routine che per la ricerca;
- e. essere appresa ed utilizzata senza un addestramento formale;
- f. considerare sia il punto di vista degli utenti che quello dello staff;
- g. valutare sia i bisogni soddisfatti che quelli insoddisfatti;
- h. valutare il grado di aiuto ricevuto da parte di amici o familiari e da parte dei servizi pubblici.

La CAN è uno strumento costruito allo scopo di valutare i bisogni dei soggetti con gravi e persistenti disturbi mentali coprendo una vasta gamma di bisogni di tipo clinico e sociale racchiusi in 22 aree così suddivise:

1. alloggio;
2. alimentazione;
3. cura della casa;
4. cura di sé;
5. attività quotidiane;
6. salute fisica;
7. sintomi psicotici;
8. informazioni su disturbi e trattamenti;
9. disagio psicologico;
10. sicurezza personale;
11. sicurezza per gli altri;
12. abuso di alcol;
13. abuso di farmaci;
14. vita di relazione;
15. vita di coppia;
16. vita sessuale;
17. cura dei figli;
18. istruzione di base;
19. telefono;
20. trasporti;
21. denaro;
22. sussidi.

Ogni area di bisogno si articola in quattro sezioni:

- identifica l'esistenza di un bisogno valutando le difficoltà presenti - i punteggi delle risposte vengono attribuiti su una scala a tre punti, dove 0 = nessun problema, 1 = nessun problema grave o problema moderato grazie ad un intervento continuativo (bisogno soddisfatto), 2 = problema grave attualmente in corso (bisogno insoddisfatto);

- indaga l'aiuto ricevuto da parte di amici, parenti o altre persone coinvolte informalmente nella cura del paziente;
- analizza il grado di aiuto ricevuto ed il grado di aiuto da parte dei servizi pubblici ritenuto necessario - tutti i punteggi relativi al grado di aiuto vengono attribuiti su di una scala a quattro punti, dove 0 = nessun aiuto, 1 = aiuto scarso, 2 = aiuto moderato, 3 = aiuto elevato, mentre il punteggio 9 = non risponde;
- esamina le opinioni dell'utente sia sui propri bisogni che sul tipo di aiuto ricevuto.

Al termine della valutazione è pertanto possibile stabilire in quante delle 22 aree l'utente presenta dei bisogni, che tipo di aiuto riceve e di che tipo di aiuto necessita, e qual è il suo punto di vista sulle proprie difficoltà.

La somministrazione della CAN offre la possibilità di coinvolgere l'utente o un membro dello staff. Qualora venga intervistato l'utente, la procedura di somministrazione prevede che l'intervistatore interroghi l'intervistato in ognuna delle 22 aree della CAN. Nel caso in cui l'intervistato sia un membro dello staff, lo strumento verrà compilato dall'operatore stesso.

Trattandosi di uno studio volto ad indagare principalmente la dimensione e la tipologia del bisogno legato ai disturbi mentali in Toscana, rivolto esclusivamente ai professionisti che operano all'interno dei DSM, abbiamo utilizzato soltanto le sezioni riguardanti la valutazione del bisogno (Sez. a e b).

La CAN è stata sviluppata in varie edizioni, quella utilizzata nel presente studio è la versione 3.0, nella versione italiana (a cura di Ruggeri & Tansella, 2000).

Passiamo, adesso, a illustrare la modalità di analisi utilizzata. Le aree, oltre a essere osservate singolarmente, sono state esaminate seguendo le cinque modalità di aggregazione (Tabella 2.1) descritte da Slade *et al.* (1998). Questo ci offre l'opportunità di delineare il bisogno non soltanto come elemento isolato, ma racchiuso all'interno di una dimensione più ampia, in grado, cioè, di fornire informazioni più generali rispetto alle necessità vissute dagli utenti che afferiscono ai Servizi di salute mentale.



**Tabella 2.1**

**Macroaree costruite secondo la modalità di aggregazione descritta da Slade *et al.***

Macroaree	Aree aggregate
Bisogni di salute	Salute fisica, sintomi psicotici, abuso di farmaci, abuso di alcol, sicurezza personale, sicurezza per gli altri, disagio psicologico
Bisogni di base	Alloggio, alimentazione, attività quotidiane
Bisogni sociali	Vita di relazione, vita di coppia, vita sessuale
Bisogni di servizi	Informazioni mediche, telefono, trasporti, sussidi
Bisogni di funzionamento	Istruzione di base, denaro, cura dei figli, cura della casa, cura di sé

I risultati verranno presentati in base al servizio di appartenenza, suddividendo tra utenti che afferiscono ai Servizi per adulti da coloro che derivano dai Servizi per infanzia-adolescenza. All'interno di ogni raggruppamento verranno poi distribuiti secondo la diversa modalità di presa in carico: programmata o in emergenza.

L'analisi, eseguita utilizzando il software statistico SPSS 13.0, è composta da una parte descrittiva, in cui vengono illustrati i risultati ottenuti in ogni singola area sotto forma di distribuzioni di frequenza, e da una parte in cui vengono calcolati i punteggi medi dei bisogni di cura di tutti i soggetti, dei soggetti soddisfatti e di quelli insoddisfatti. I punteggi medi ottenuti vengono confrontati in base alle caratteristiche socio-demografiche degli utenti (test di Mann-Whitney).

Le macroaree sono state costruite sulla base del seguente schema:

- “bisogno insoddisfatto” - se almeno a una delle aree che compongono la macroarea è stato assegnato il punteggio di 2;
- “bisogno soddisfatto” - se almeno a una delle aree che compongono la macroarea è stato assegnato il punteggio di 1 e non è stato assegnato alcun 2;
- “nessun bisogno” - se l'area è composta da tutti 0 oppure se almeno la metà delle variabili più una contengono il valore 0 (in assenza di valore 1 o 2).
- “missing” - se almeno la metà delle variabili più una hanno valore *missing* (in assenza di valore 1 o 2).

**c.4** Come ultimo argomento trattato in questa sezione, sono stati inseriti gli interventi attuati nel corso della prima visita. Anche in questo caso ci siamo avvalsi di domande a risposta multipla in grado di indicarci se, per la valutazione, sono state utilizzate scale diagnostiche strutturate, se la risposta terapeutica è stata di tipo farmacologico, psicologico o l'unione delle due o se, a queste, sono stati associati altri trattamenti di natura riabilitativa, sociale o socio-sanitaria. Trattandosi di programmi terapeutici che prevedono il coinvolgimento di più figure professionali, abbiamo chiesto, come ultima informazione, di indicarci il luogo in cui è stato attuato il trattamento e gli operatori coinvolti.

***d. Sezione relativa all'ultima emergenza effettuata***

Quest'ultima macroarea raccoglie informazioni relative all'ultima emergenza effettuata indipendentemente dal luogo in cui avviene, purché non si tratti di emergenza interna a un reparto specialistico psichiatrico. Per regime di emergenza si intendono soltanto le visite non programmate e non differibili a momenti successivi.

Come per la sezione riguardante l'intervento programmato, anche in questo caso abbiamo suddiviso le informazioni in tre sottocapitoli:

1. informazioni socio anagrafiche;
2. analisi dei bisogni;
3. trattamenti attuati.

La parte socio-anagrafica contiene informazioni di carattere generale in grado di fornire una caratterizzazione dell'utenza, alle quali seguono aspetti più specifici riguardanti la storia clinica.

Come per i pazienti in regime programmato, anche in questo caso abbiamo chiesto ai professionisti di compilare la scala di valutazione dei bisogni CAN al fine di individuare le diverse esigenze presenti nelle due popolazioni coinvolte.

Trattandosi di interventi svolti in emergenza, abbiamo approfondito la parte diagnostica con domande relative al tempo intercorso fra l'insorgenza della sintomatologia e il contatto, ma anche sul luogo in cui è avvenuto e sul possibile coinvolgimento di altre agenzie competenti (es.: soccorso sanitario 118, forze dell'ordine ecc.). Il sottocapitolo riguardante i trattamenti, pur contenendo alcune

*La salute mentale negli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza*

particolarità specifiche della popolazione a cui si riferisce, risulta sovrapponibile a quello utilizzato per i pazienti in regime programmato.

### 3. Utenza programmata dei Servizi per adulti

#### 3.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche

Il campione è composto da 184 casi, di cui il 63% è di genere femminile. I pazienti che afferiscono con modalità programmata ai Servizi per adulti hanno, in entrambi i generi, un'età media di 43,6 anni (Dev. std. 16,1).

La casistica degli psicologi presenta un'età media significativamente inferiore a quella degli psichiatri (36,4 vs 45,9; Test *t*-Student= 13;  $p < 0,001$ ).

I Servizi per adulti, rappresentando strutture volte ad accogliere utenti di età maggiore di 18 anni, registrano l'accesso soltanto episodico di persone di età inferiore (Tabella 3.1). Per le restanti fasce d'età, la tabella mostra valori lievemente superiori nella classe di età 18 – 34 anni, mentre soltanto il 12% del campione ha un'età maggiore di 65 anni.

**Tabella 3.1**

**Caratteristiche socio-demografiche dei pazienti che accedono come prima visita ai Servizi per adulti (percentuali di colonna)**

		<b>Maschi (N= 69)</b>	<b>Femmine (N=115)</b>	<b>Totale (N=184)</b>
Età	< a 18 anni	0,0	0,9	0,5
	da 18 a 34 anni	36,8	30,4	32,8
	da 35 a 44 anni	25,0	29,6	27,9
	da 45 a 64 anni	23,5	28,7	26,8
	65 anni e più	14,7	10,4	12,0
Stato Civile	Celibe/Nubile	49,3	21,7	32,1
	Coniugato/ Convivente	43,5	58,3	52,7
	Divorziato/ Separato	5,8	12,2	9,8
	Vedovo	1,4	7,8	5,4
Nazionalità	Italiana	98,5	93,6	95,5
	Straniera	1,5	6,4	4,5

Per quanto riguarda lo stato civile, si evidenzia una spiccata differenza tra la popolazione maschile, in maggioranza celibe, (il 49,3%) e quella femminile, in larga maggioranza coniugata o convivente (58,3%). I divorziati o separati hanno un peso percentuale maggiore tra le femmine piuttosto che tra i maschi, come pure i vedovi.

Una notevole differenza tra generi si registra anche nel caso della nazionalità. Infatti, tra i maschi, gli stranieri sono soltanto l'1,5% della popolazione, mentre, tra le femmine, le straniere rappresentano il 6,4%.

La Tabella 3.2 illustra la situazione relativa al titolo di studio e alla condizione socio-professionale. Il titolo di studio più frequente è la licenza media (39,9% del campione), seguita dal diploma di scuola superiore e dalla licenza elementare. I laureati costituiscono il 10,1% del campione, mentre coloro che sono privi di titolo di studio sono lo 0,5%. Non si registrano sensibili differenze tra i due generi.

Nel complesso, si tratta di un livello di istruzione abbastanza elevato se si considerano i parametri della popolazione toscana. Secondo dati Istat, infatti<sup>4</sup>, la percentuale di diplomati e laureati in Toscana, tra i maggiori di 15 anni, è pari a al 40,7%, mentre nel nostro campione (che nella sezione relativa agli adulti riguarda i maggiori di 18 anni) la percentuale raggiunge il 48,5% (dati non presentati nel testo).

La condizione professionale più rappresentata è quella di impiegato pubblico o privato. Tuttavia, si deve osservare il notevole peso percentuale dell'insieme di coloro che sono esterni al mondo del lavoro (casalinghe, disoccupati, pensionati e studenti) che, complessivamente, raggiungono il 49,5% del campione, in proporzione assai simile tra i maschi e le femmine, una percentuale che, come vedremo più avanti, risulterà ancora più elevata nel caso dei pazienti che accedono ai Servizi di salute mentale in caso di emergenza. Tra gli uomini risultano particolarmente rappresentati i disoccupati (17,4%) e i pensionati (24,6%), mentre, tra le donne, le casalinghe (17,4%). Il peso della popolazione non occupata configura una possibile correlazione tra disturbi relativi alla salute mentale e l'emarginazione sociale. Nel caso delle donne, poi, le evidenze relative allo stato civile e quelle relative alla condizione socio-professionale si sovrappongono, facendo emergere le casalinghe

<sup>4</sup> Fonte: Istat, Rilevazione continua sulle forze di lavoro - Media 2005, in [http://www.istat.it/lavoro/sistema\\_istruzione/Tabella-scolastico18.xls](http://www.istat.it/lavoro/sistema_istruzione/Tabella-scolastico18.xls)

(tra le quali la percentuale di coniugate/conviventi è del 100%) come una tipologia molto rappresentativa nell'utenza dei Servizi di salute mentale.

**Tabella 3.2**

**Scolarità e condizione professionale dei pazienti che accedono come prima visita ai Servizi per adulti (percentuali di colonna)**

		Maschi (N= 69)	Femmine (N= 115)	Totale (N=184)
Titolo di studio	Nessun titolo	0,0	0,9	0,6
	Licenza elementare	8,8	12,7	11,2
	Licenza media	41,2	39,1	39,9
	Diploma di scuola superiore o professionale	38,2	37,3	37,6
	Laurea	10,3	10,0	10,1
	Altro	1,5	0,0	0,6
	Operaio-Lavoratore agricolo	26,1	12,2	17,4
Condizione professionale	Casalinga	0,0	17,4	10,9
	Impiegato pubblico/privato	14,5	23,5	20,1
	Artigiano/Commerciante	7,2	5,2	6,0
	Libero professionista - Imprenditore	2,9	1,7	2,2
	Disoccupato	17,4	8,7	12,0
	Pensionato	24,6	12,2	16,8
	Scolaro/Studente	5,8	12,2	9,8
	Altro	1,4	7,0	4,9

### 3.2 Modalità di presa in carico

La maggioranza dei pazienti adulti che si presentano per una prima visita ai Servizi per adulti, non era conosciuta in precedenza dal servizio (75,5%), senza distinzioni significative tra maschi e femmine (Tabella 3.3). In un numero elevato di casi è il paziente stesso a richiedere la visita. A questo proposito si osserva una netta distinzione di genere: nel genere maschile, infatti, risulta piuttosto elevata la quota di richieste presentate al Servizio da parte di familiari o amici (29%) mentre,

tra le femmine, l'intervento della cerchia di parenti e amici è molto contenuta rappresentando soltanto il 10,5% del totale. Per quest'ultime, oltre alla richiesta personale (50,9%), sembra avere un peso maggiore l'invio effettuato dal medico di medicina generale (29,8%).

**Tabella 3.3**  
**Modalità di accesso ai Servizi per adulti (percentuali di colonna)\***

		Maschio (N= 69)	Femmina (N=115)	Totale (N=184)
Il paziente è già stato conosciuto in precedenza dal servizio?	Sì	29,0	21,7	24,5
	Paziente	37,7	50,9	45,9
Chi ha richiesto la visita?	Familiari/amici	29,0	10,5	17,5
	Medico di medicina generale	20,3	29,8	26,2
	Servizio sociale	0,0	1,8	1,1
	Altro	13,0	7,0	9,3
Quanti giorni sono passati dalla richiesta alla effettuazione della visita?	< a 7 gg.	29,7	32,4	31,4
	da 7 a 15 gg.	53,1	50,5	51,4
	da 16 a 30 gg.	12,5	13,5	13,1
	> di 30 gg.	4,7	3,6	4,0

\* *Esclusi i "non risponde".*

Mediamente, tra la richiesta e l'effettuazione della visita, intercorrono 11,6 giorni (Dev. std. 12,7), senza significative differenze tra uomini e donne. La Tabella 3.3 illustra la distribuzione di frequenza per categorie di giorni. Nella maggioranza dei casi (51,4%), l'effettuazione della visita è avvenuta tra i 7 e i 15 giorni dalla richiesta e, in generale, nella quasi totalità dei casi (96%), la visita è avvenuta entro un mese dalla richiesta. Tra le diverse categorie socio-professionali, comunque, si osservano delle differenze nei tempi di attesa. Per esempio, il tempo medio di attesa delle casalinghe (15,6 giorni) e dei disoccupati (15,7 giorni) è superiore alla media del campione. In generale, si osserva una leggera differenza nei tempi di attesa tra individui occupati (operai, impiegati, artigiani, liberi professionisti: circa 10 giorni) e individui non occupati (casalinghe, disoccupati, pensionati e studenti: circa 12 giorni) (dati non presentati in tabella).

Il tempo intercorso fra la richiesta e l'effettuazione della prima visita è significativamente differente fra le diverse figure professionali (Test *t*-Student= 3,49;  $p < 0,001$ ). La mediana osservata per la casistica degli psichiatri è di 7 giorni (min 0; max 67) e per gli psicologi 15 giorni (min 1; max 90) (Tabella 3.4).

**Tabella 3.4**  
**Tempi medi di attesa (giorni) per la prima visita al servizio per adulti (per professionista)**

Professionista	N	Giorni (media)	Dev. std.	Giorni (mediana)
Psicologo	45	19,2	18,7	15
Psichiatra	130	9,0	8,5	7
<b>Totale</b>	<b>175</b>	<b>11,6</b>	<b>12,7</b>	<b>8</b>

Si consideri inoltre che, per lo più, i pazienti non si sono rivolti al Servizio di salute mentale all'immediato insorgere del problema.

In media l'età all'esordio del disturbo è risultata pari a 33 anni ((Dev. std. 16).

Nella casistica studiata, l'esordio del disturbo psichico è avvenuto in maggior frequenza nella fascia d'età giovane-adulta (19 - 35 anni), dove si situa quasi metà del campione; il 20% del totale riconosce l'esordio fra 36 e 50 anni, mentre nelle età successive si registra il 16% del campione. L'esordio è avvenuto fra 14 e 18 anni nel 10% del totale (Tabella 3.5).

**Tabella 3.5**  
**Prime visite dei Servizi per adulti - Età all'esordio del disturbo (in classi) - Percentuali per genere (N=175)**

Fascia d'età	Genere		Totale (N=175)
	Maschio (N=66)	Femmina (N=109)	
< 14 anni	3,0	6,4	5,1
14 - 18 anni	13,6	9,2	10,9
19 - 35 anni	47,0	47,7	47,4
36 - 50 anni	16,7	22,9	20,6
> 50 anni	19,7	13,8	16,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Mediamente, infatti, intercorrono 9 anni (Dev. std. 12,2) dal momento in cui il paziente ha manifestato per la prima volta l'attuale disturbo psichico e il momento



in cui si è rivolto al servizio di salute mentale. Soltanto il 10% del campione arriva al servizio di riferimento entro 12 mesi dall'esordio e circa 1/3 entro 2 anni.

La durata dell'attuale disturbo è differente per le diverse condizioni professionali. I pensionati mostrano una durata di 14,5 anni, mentre le casalinghe di 16,9 anni (vedi Tabella 3.6). Sono proprio le categorie delle casalinghe e dei pensionati a determinare una sensibile differenza di genere nel numero di anni mediamente intercorsi tra l'insorgenza del disturbo e la prima visita. Infatti, escludendo questi due gruppi, l'intervallo di tempo risulta pressoché sovrapponibile (8,6 anni per gli uomini e 7,9 anni per le donne).

Anche in questo caso, poi, si deve evidenziare la differenza tra la popolazione degli occupati, per il quali il tempo intercorso tra l'insorgenza del problema e la prima visita è 8,8 anni, e quella dei non-occupati, per i quali la differenza è di 11,9 anni.

**Tabella 3.6**  
**Differenza tra età media alla prima visita ed età media alla prima manifestazione dell'attuale disturbo psichico, per categorie socio-professionali**

Condizione professionale	N	Età media alla prima visita (anni)	Età media all'esordio (anni)	Durata dell'attuale disturbo
Operaio/lavoratore agricolo	29	39,3	32,4	6,9
Casalinga	19	51,3	34,4	16,9
Impiegato pubblico/privato	34	41,9	30,4	11,5
Artigiano/commerciante	10	36,4	30,2	6,2
Libero professionista/ imprenditore	4	43,5	39,0	4,5
Disoccupato	22	33,6	24,1	9,5
Pensionato	29	66,7	52,2	14,5
Scolaro/studente	17	23,3	18,4	4,9
Altro	9	40,7	34,9	5,8
<b>Totale</b>	<b>173</b>	<b>41,9</b>	<b>32,9</b>	<b>10,5</b>

È importante precisare che circa ¼ del campione (N=34) aveva avuto un precedente contatto con il servizio di riferimento. Se pertanto si considera come primo contatto

specialistico quello già presente in anamnesi (o quello attuale per i casi che non hanno precedenti specialistici), il tempo medio di contatto con uno specialista della salute mentale dall'esordio del disturbo risulta di poco meno di 5 anni. La varianza di questa variabile è molto elevata (9,3 anni): la mediana del campione totale è di 1 anno; nella fascia d'età 45-64 anni si riscontra il maggiore ritardo (media 8,5 anni; mediana 3 anni). La mediana minore è stata rilevata nella fascia d'età maggiore di 64 anni (Tabella 3.7).

**Tabella 3.7**

**Prime visite senza precedenti contatti con il Servizio per adulti (N=131) - Tempo fra esordio del disturbo e primo contatto specialistico in anamnesi per fascia d'età**

Fascia d'età	N	Anni (Media)	Anni (Mediana)	Dev. std.
18-34	41	3,34	1,0	5,2
35-44	39	3,21	1,0	4,3
45-64	39	8,49	3,0	14,1
> 64	12	4,42	0,5	10,6
<b>Totale</b>	<b>131</b>	<b>4,93</b>	<b>1,0</b>	<b>9,3</b>

I casi senza precedenti contatti con il Servizio per adulti arrivano alla prima visita con una durata media del disturbo di 9 anni (Dev. std. 12,1), mentre la mediana è di 3 anni (dati non mostrati in tabella). In questa tipologia di casistica, 4 utenti su 10 arrivano al Servizio pubblico entro 1 anno dall'esordio del disturbo, ma una quota sovrapponibile ha una durata di malattia superiore a 5 anni (Tab. 3.8). Non si osservano significative differenze tra maschi e femmine per questa variabile.

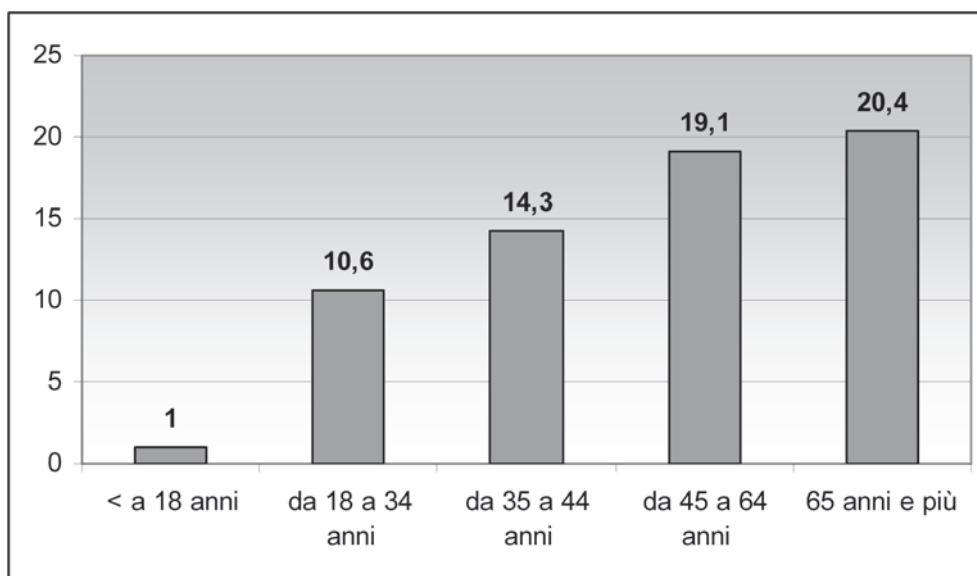
**Tabella 3.8**

**Prime visite senza precedente contatto con il Servizio per adulti (N=131) - Durata del disturbo per genere (per classi di anni)**

Durata del disturbo	Genere		Totale (N=131)
	Maschio (N=46)	Femmina (N=85)	
Fino 1 anno	43,5	36,5	38,9
Fra 1 e 5 anni	19,6	16,5	17,6
Fra 6 e 10 anni	10,9	12,9	12,2
Oltre 10 anni	26,1	34,1	31,3

L'ultima osservazione da fare su questo punto è la possibile correlazione tra anni intercorsi dall'insorgere del disturbo alla visita attuale e l'età del paziente. Come si osserva dal grafico, infatti, il numero medio di anni passati senza contattare il Servizio per adulti cresce all'aumentare dell'età del paziente (Figura 3.1).

**Figura 3.1**  
**Differenza tra età media alla prima visita ed età media alla prima manifestazione dell'attuale disturbo psichico, per classi di età**



Poco meno di 1 caso su 10 ha nella storia degli ultimi 5 anni un ricovero in un reparto psichiatrico (Tabella 3.9).

**Tabella 3.9**  
**Prime visite dei Servizi per adulti - Ricoverati in reparti specialistici (ultimi 5 anni)**

Ricoveri precedenti	N	%
Sì	15	8,7
No	157	91,3
<b>Totale</b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>

Nel tempo intercorso tra l'insorgere del problema e il contatto con l'attuale servizio di salute mentale, i pazienti hanno in larga maggioranza (77,7%) contattato

altre agenzie (Tabella 3.10): il medico di medicina generale (con una evidente differenza tra uomini - 33,3% - e donne - 50,4%), altri servizi pubblici (tra cui CSM, SPDC, Clinica universitaria di psichiatria, Servizio per le tossicodipendenze e altri specialisti pubblici), servizi privati (tra cui lo psichiatra o psicologo privato e la casa di cura privata). Il 22,3% degli individui non ha contattato alcuna agenzia (Tabella 3.10). Tra questi ultimi, tuttavia, il tempo intercorso tra l'insorgere del problema e la prima visita è sensibilmente più basso rispetto alla media del campione, ovvero 5,9 anni.

**Tabella 3.10**  
 **Agenzie già contattate per l'attuale problema (percentuali di colonna)\***

	Maschi (N= 69)	Femmine (N= 115)	Totale (N= 184)
Nessuna agenzia contattata	21,7	22,6	22,3
Medico di medicina generale	33,3	50,4	44,0
Altro servizio pubblico	33,3	20,9	25,5
Servizio privato	29,0	24,3	26,1
Altro	10,1	0,0	3,8

\* La somma della percentuale di colonna può essere maggiore di 100, perché erano possibili più risposte.

**Tabella 3.11**  
 **Problema che ha determinato il contatto con il Servizio per adulti (percentuali di colonna)**

	Maschio (N= 69)	Femmina (N= 144)	Totale (N= 184)
Ritardo dello sviluppo/problemi cognitivi	1,4	0,0	0,5
Disturbi psicopatologici acuti (ansia, depressione, deliri...)	66,7	87,0	79,3
Isolamento e apatia	8,7	4,3	6,0
Comportamento autolesivo	1,4	0,0	0,5
Comportamento allarmante o disturbante	8,7	0,0	3,3
Disturbo del comportamento alimentare	1,4	5,2	3,8
Uso di sostanze/alcol	4,3	0,0	1,6
Disturbi del linguaggio/apprendimento/comunicazione	1,4	0,0	0,5
Altro	5,8	3,5	4,3

Osserviamo infine il tipo di problema che ha condotto al contatto con il servizio di salute mentale (Tabella 3.11): una percentuale molto elevata dei pazienti (79,3) si è rivolta al Servizio per adulti per disturbi psicopatologici acuti (ansia, depressione, deliri). Anche in questo caso si nota, però, una sensibile differenza di genere. Tra le donne, infatti, la percentuale di disturbi psicopatologici acuti raggiunge quasi il 90%, mentre tra gli uomini la situazione è più diversificata: l'8,7% presenta problemi di isolamento e apatia, altrettanti un comportamento allarmante o disturbante, mentre nel 4,3% dei casi è prevalente un problema connesso all'uso di sostanze o di alcol.

### **3.3 Analisi dei bisogni effettuata attraverso la scala *Camberwell Assessment of Need***

Le persone che afferiscono ai Servizi di salute mentale con modalità programmata mostrano una elevata percentuale di bisogno insoddisfatto nell'area relativa al disagio psichico (55,5% del campione), seguito dalla vita di relazione (36,3%), di coppia (34,2%) e sessuale (29,1%). In questi ambiti appare necessario l'intervento da parte dei Servizi. Dobbiamo però osservare che le variabili indicanti bisogni sociali sembrano aver già attivato altre agenzie di supporto (siano esse di tipo familiare/amicale o istituzionale), in grado di sollevare, anche se non totalmente, gli utenti da questo tipo di bisogno.

A essere insoddisfatte risultano, anche se in misura minore, le attività di vita quotidiana (23,5%). Queste vengono segnalate laddove l'utente non risulta in grado di tenersi impegnato nel corso della giornata, richiedendo, da parte dei Servizi, un aiuto sotto forma di lavoro protetto o di inserimento all'interno di un centro diurno. Come per la vita sociale, anche in questo caso è opportuno segnalare che rispetto a una visione più generale della quotidianità (come il bisogno di aiuto nella gestione di un corretto regime alimentare, nella cura di sé o della casa), i professionisti riferiscono la presenza di interventi di aiuto e supporto in questi ambiti.

Per quanto riguarda l'aspetto economico, le persone che afferiscono per la prima volta con modalità programmata ai Servizi per adulti non necessitano di questo tipo di intervento definendoli come bisogni assenti nel 93,9% dei casi (sussidi). Anche la gestione dei soldi (77%), dei mezzi di trasporto (89,7%) e di comunicazione (99%) vengono registrati come bisogni che non sussistono nel corso della prima visita (Tabella 3.12).

**Tabella 3.12****Distribuzione di frequenza relativa a ogni singola area suddivisa in base al grado di bisogno: utenza in regime programmato (N= 184)**

<b>Aree CAN</b>	<b>Nessun bisogno %</b>	<b>Bisogno soddisfatto %</b>	<b>Bisogno insoddisfatto %</b>
<b>Bisogni di salute</b>			
Salute fisica	48,8	37,2	14,0
Sintomi psicotici	74,6	10,7	14,8
Abuso di farmaci	93,2	6,0	0,9
Abuso di alcol	85,1	6,6	8,3
Sicurezza personale	65,6	23,2	11,2
Sicurezza per gli altri	83,1	13,6	3,4
Disagio psicologico	<b>3,4</b>	<b>41,1</b>	<b>55,5</b>
<b>Bisogni di base</b>			
Alloggio	87,3	9,3	3,4
Alimentazione	64	29,6	6,4
Attività quotidiane	24,2	52,3	23,5
<b>Bisogni sociali</b>			
Vita di relazione	17,0	<b>46,7</b>	<b>36,3</b>
Vita di coppia	28,2	<b>37,6</b>	<b>34,2</b>
Vita sessuale	30,8	<b>40,2</b>	<b>29,1</b>
<b>Bisogni di servizi</b>			
Informazioni mediche	82,0	17,1	0,9
Telefono	<b>99,0</b>	0,0	1,0
Trasporti	<b>89,7</b>	6,5	3,7
Sussidi	<b>93,9</b>	5,1	1,0
<b>Bisogni di funzionamento</b>			
Istruzione di base	94,2	1,9	3,9
Denaro	77,7	12,5	9,8
<b>Cura dei figli</b>			
Cura della casa	61,8	30,9	7,3
Cura di sé	48,4	40,6	10,9

Passiamo adesso a esaminare i bisogni segnalati dai professionisti seguendo la modalità di aggregazione precedentemente descritta, tentando, così, di valutare il bisogno di cura in base alle diverse caratteristiche socio-demografiche dei pazienti che afferiscono ai Servizi.

Le caratteristiche prese in esame rappresentano fattori più volte descritti in ambito di salute mentale come elementi in grado di intervenire nella determinazione del disagio psichico. Nello specifico abbiamo utilizzato il genere di appartenenza, l'età, il grado di istruzione, lo stato civile e l'occupazione. Come mostrano i dati riportati in Tabella 3.13, le variabili non presentano differenze statisticamente significative nelle cinque macroaree rispetto ai bisogni insoddisfatti. Al contrario, prendendo in esame i bisogni soddisfatti, che ricordiamo rappresentano quei bisogni che risultano assenti grazie all'aiuto fornito, alcune variabili sono risultate indicative rispetto al grado di soddisfazione. Il genere, ad esempio, risulta significativo sia nella macroarea riguardante il bisogno di servizi sia in quella riguardante il bisogno di funzionamento. Nel primo caso, facendo riferimento alla necessità di ricevere informazioni mediche esaustive, al corretto utilizzo di mezzi di comunicazione (telefono o trasporti) e ad una corretta copertura economica, il genere maschile risulta mediamente più soddisfatto rispetto al genere femminile; nel secondo caso, trattandosi di fattori legati alla cura di sé e a quella dei propri figli, le donne mostrano un maggior grado di soddisfazione. Quest'ultima macroarea (Funzionamento), oltre a risentire del genere di appartenenza, appare interessata anche da fattori quali l'età e lo stato civile. In tutti e due i casi, il genere femminile risulta mediamente più soddisfatto. La condizione di coniugato interviene positivamente anche nel soddisfacimento dei bisogni di base (alloggio, alimentazione e attività di vita quotidiana) e dei bisogni sociali (vita di relazione, di coppia e sessuale).

L'occupazione e il titolo di studio non risultano variabili in grado di intervenire nel diverso livello di soddisfazione. A questo proposito va osservato che, nell'analisi della condizione occupazionale, i disoccupati sono stati confrontati con tutte le altre categorie, compresi pensionati e casalinghe, con possibile diluizione dei fattori di (minore) bisogno legati alla condizione di occupato.

Tabella 3.13

**Bisogni di cura e caratteristiche socio-demografiche: confronto tra gruppi del numero medio dei bisogni ottenuto nelle diverse aree aggregate della scala CAN (è riportata in parentesi la deviazione standard) (test di Mann-Whitney; N=184)**

	B. di salute		B. di base		B. sociali		B. di servizi		B. funzionamento		B. Totali	
	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.
Maschi	1,09 (1,08)	0,84 (1,16)	0,58 (0,77)	0,23 (0,43)	0,77 (1,02)	0,61 (0,93)	<b>0,25 (0,47)*</b>	0,06 (0,38)	<b>0,48 (0,87)*</b>	0,25 (0,72)	3,15 (2,93)	1,98 (2,71)
Femmine	0,92 (0,88)	0,77 (0,89)	0,67 (0,79)	0,23 (0,48)	0,88 (1,12)	0,70 (0,99)	<b>0,12 (0,35)*</b>	0,03 (0,16)	<b>0,81 (1,11)*</b>	0,25 (0,59)	3,40 (2,97)	1,98 (2,12)
Celibi/nubili	0,95 (1,06)	0,85 (1,13)	<b>0,47 (0,70)*</b>	0,27 (0,45)	<b>0,56 (0,86)*</b>	0,54 (0,88)	0,15 (0,36)	0,03 (0,18)	<b>0,34 (0,76)*</b>	0,14 (0,43)	2,47 (2,54)	1,83 (2,19)
Coniugati (separati e vedovi)	1,00 (0,92)	0,77 (0,93)	<b>0,71 (0,81)*</b>	0,22 (0,47)	<b>0,97 (1,15)*</b>	0,73 (1,00)	0,18 (0,42)	0,04 (0,30)	<b>0,85 (1,11)*</b>	0,30 (0,71)	2,70 (2,97)	2,05 (2,44)
Fino alla lic. media	0,90 (0,85)	0,77 (1,09)	0,58 (0,70)	0,21 (0,43)	0,85 (1,15)	0,55 (0,87)	0,12 (0,33)	0,22 (0,47)	0,65 (1,01)	0,72 (1,07)	3,09 (2,73)	1,88 (2,61)
Oltre la lic. media	1,05 (1,06)	0,84 (0,91)	0,66 (0,83)	0,24 (0,46)	0,84 (1,00)	0,76 (1,04)	0,07 (0,36)	0,01 (0,11)	0,28 (0,72)	0,20 (0,53)	3,48 (3,04)	2,04 (2,08)
Età 18-35 aa.	0,92 (1,01)	0,80 (0,96)	0,59 (0,81)	0,23 (0,46)	0,70 (0,95)	0,61 (0,90)	0,14 (0,35)	0,03 (0,18)	<b>0,39 (0,83)*</b>	0,20 (0,51)	<b>2,75 (2,58)*</b>	1,87 (2,10)
Età 36 aa. in poi	1,03 (0,93)	0,79 (1,02)	0,67 (0,77)	0,24 (0,47)	0,92 (1,14)	0,71 (1,01)	0,19 (0,43)	0,04 (0,30)	<b>0,86 (1,10)*</b>	0,28 (0,70)	<b>3,66 (3,00)*</b>	2,05 (2,50)
Disoccupati	1,15 (1,17)	0,93 (1,19)	0,70 (0,91)	0,23 (0,42)	0,75 (0,95)	0,68 (0,94)	1,78 (1,73)	0,23 (0,42)	0,53 (0,88)	0,23 (0,70)	3,35 (2,94)	2,15 (2,68)
Occupati**	0,94 (0,89)	0,76 (0,94)	0,62 (0,75)	0,24 (0,47)	0,86 (1,11)	0,67 (0,98)	2,17 (1,79)	0,15 (0,40)	0,73 (1,07)	0,26 (0,62)	3,29 (2,88)	1,93 (2,26)

\* Significatività  $p < 0,05$  test di Mann-Whitney.

\*\* Comprende anche i pensionati e le casalinghe.



### 3.4 Risultati clinici

Complessivamente, la prima visita con il Servizio per adulti porta ad una presa in carico della situazione in quasi 9 casi su 10. Si osserva una discreta e significativa differenza di comportamento nella decisione fra psichiatri e psicologi. I primi prendono in carico poco più di 8 casi su 10 (113/135), mentre i secondi lo fanno per la quasi totalità delle richieste (46/48) (Test esatto di Fisher:  $p < 0,05$ ) (Tabella 3.14).

**Tabella 3.14**  
**Prime visite dei Servizi per adulti - Esito del contatto per professionista (percentuali)**

Presa in carico	Professionista		
	Psicologo (N=48)	Psichiatra (N=135)	Totale (N=183)
Sì (N=159)	95,8	83,7	86,9
No (N=24)	4,2	16,3	13,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Le diagnosi dei casi presi in carico non si discostano sostanzialmente dal campione totale. I disturbi affettivi (disturbo bipolare e depressione) rappresentano la maggioranza dei presi in carico arrivando a quasi la metà di tutta la casistica. I disturbi d'ansia sono circa 1/3 di tutta la casistica (con maggior frequenza presso gli psicologi). I casi di disturbo schizofrenico rappresentano poco più di 1 su 20 (Tabella 3.15).

**Tabella 3.15**  
**Prime visite con presa in carico dei Servizi per adulti - Diagnosi principale per professionista (percentuali)**

Diagnosi	Psicologo	Psichiatra	Totale
	%	%	%
Sindromi affettive	43,2	49,1	47,6
Disturbi d'ansia	40,5	30,0	32,7
Sindromi schizofreniche	2,7	7,3	6,1
Disturbi della personalità	2,7	5,5	4,8
Disturbi psichici organici	5,4	1,8	2,7
Abuso di alcol e sostanze	-	0,9	0,7
Disturbi dell'infanzia	2,7	-	0,7
Altro	2,7	5,5	4,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Le motivazioni della presa in carico sono riferite nella maggioranza dei casi alla rilevazione di una consistente gravità psicopatologica, seguita in ordine di frequenza dalla richiesta del paziente e/o dei familiari in circa 4 casi su 10. In quasi 3 casi su 10 viene riscontrato un ridotto funzionamento o comunque importanti necessità assistenziali.

Problemi di allarme sociale o comportamenti autolesionistici sono dichiarati per una minoranza di casi (1 su 25). Si riscontra una rilevante differenza fra psicologi e psichiatri rispetto alla presa in carico per esplicita richiesta del paziente e/o dei familiari (57% vs 37%) e riguardo alla gravità psicopatologica rilevata (46% vs 64%) (Tabella 3.16).

**Tabella 3.16**  
**Prime visite dei Servizi per adulti - Motivi della presa in carico per professionista**

Motivo della presa in carico	Psicologo		Psichiatra		Totale*	
	N	%	N	%	N	%
Gravità psico-patologica	21	46	72	64	93	58
Richiesta del paziente e/o familiare	26	57	42	37	68	43
Funzionamento ridotto/necessità assistenziali	12	26	33	29	45	28
Supporto familiare/rete sociale inadeguato	7	15	20	18	27	17
Altra motivazione	1	2	8	7	9	6
Allarme sociale e/o autolesionismo	0	0	7	6	7	4

\* Possibili più risposte per ogni caso: la percentuale totale delle colonne supera 100.

Il contatto successivo al primo, nel corso del mese seguente, si registra dopo un intervallo di circa 13 giorni (Dev. std. 10,1), con una differenza fra psicologi e psichiatri (rispettivamente  $9,4 \pm 4,1$  vs  $14,5 \pm 11,3$  giorni; Test *t*-Student = 3,99;  $p < 0,001$ ).

Circa 7 casi su 100 presi in carico non hanno un contatto nel mese consecutivo alla prima visita. In questi casi si può ipotizzare che la presa in carico possa presentare problemi di appropriatezza, anche se la scarsa numerosità della casistica non permette di fare approfondimenti delle analisi (Tabella 3.17).

**Tabella 3.17**

**Prime visite dei Servizi per adulti - Tempo fra prima visita e successivo contatto (in giorni)**

Tempo (classi)	Psicologo (N=46)	Psichiatra (N=113)	Totale (N=159)
	%	%	%
< a 7 giorni	15,2	11,5	12,6
da 7 a 15 giorni	71,7	46,9	54,1
da 16 a 20 giorni	6,5	11,5	10,1
> di 20 giorni	-	22,1	15,7
Nessun contatto	6,5	8,0	7,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Il numero di contatti nel primo mese della presa in carico è in media di 3,5 (Dev. std. 4,1). Va notato che il 10% dei casi riceve un numero medio di contatti mensili superiori a 6 [dati non mostrati in tabella], con punte di contatti giornalieri per alcune situazioni (trattate con un regime tipo day-hospital). Si osserva una lieve differenza nel numero medio di contatti fra casistica degli psicologi e degli psichiatri (psicologi  $4,4 \pm 4,9$  vs  $3,2 \pm 3,7$  psichiatri). Se si considera la frequenza di contatto mensile in categorie viene confermato che la casistica degli psicologi ha una maggiore frequenza di contatti rispetto a quella degli psichiatri: 1 contatto nel mese viene registrato in 3 casi su 10 per gli psichiatri, mentre ciò avviene in 1 caso su 20 per i psicologi; più di 3 contatti si registrano soltanto in 2 casi su 10 per gli psichiatri e in 5 su 10 per gli psicologi (Tabella 3.18).

**Tabella 3.18**

**Prime visite dei Servizi per adulti prese in carico - Numero contatti (per classi) nel primo mese per professionista**

N. contatti (classi)	Professionista		Totale (N=139)
	Psicologo (N=43)	Psichiatra (N=86)	
1 contatto	4,7	32,3	23,7
2-3 contatti	44,2	44,8	44,6
> di 3 contatti	51,2	22,9	31,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Test  $\chi^2 = 17,045$ ; g.l.=2;  $p < 0,001$ .

### 3. Utenza programmata dei Servizi per adulti

Come si può vedere dalla Tabella 3.19, gli psicologi trattano prevalentemente sindromi affettive (in particolare depressione) e disturbi di ansia, cui dedicano mediamente un numero di contatti maggiore rispetto alle altre categorie diagnostiche. Gli psichiatri<sup>5</sup> dedicano il numero medio di contatti maggiore ai disturbi affettivi (quasi 4 contatti medi nel mese), seguiti dalle sindromi schizofreniche (3,75 contatti); il minor numero di contatti si registra per i disturbi di ansia.

In generale, quindi, si osserva che le casistiche di psichiatri e psicologi hanno pattern di trattamento leggermente differenti. Nella casistica degli psichiatri si osserva una maggiore variabilità dei contatti; ad esempio, è maggiore lo scarto nel numero medio di contatti fra diagnosi, così come maggiore è il tempo medio fra prima visita e successivo contatto.

Inoltre la quota di prime visite cui segue una presa in carico è significativamente minore nella casistica degli psichiatri (84% vs 96% degli psicologi).

La quota di pazienti che hanno già un trattamento farmacologico in atto per gli psichiatri è pari a 9 casi su 10, mentre arriva soltanto a 2 su 10 in quella degli psicologi. Non si osservano sostanziali differenze riguardo alla diagnosi.

Una notevole differenza fra le due professioni riguarda invece i tempi di attesa per la prima visita.

Si può ipotizzare che il *mix* della casistica trattata dagli psichiatri sia condizionata da una maggiore pressione della richiesta, cui viene data una prima risposta in tempi più brevi (media giorni di attesa: 9 vs 19 degli psicologi) e che riceve una risposta assistenziale più variegata in termini di frequenza dei contatti.

Va ricordato a tale proposito che nei servizi per adulti tutti gli psichiatri hanno il carico della risposta alle “urgenze”, mentre fra gli psicologi si è rilevato in meno di 2 professionisti su 10.

Si può quindi affermare che i trattamenti attuati dagli psicologi sono caratterizzati dalla programmabilità degli interventi con minor peso della variabilità legata alle condizioni “ambientali”.

---

<sup>5</sup> Nella casistica degli psichiatri, un caso con diagnosi di “abuso di sostanze” ha registrato 8 contatti nel mese.

**Tabella 3.19**

**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Numero contatti nel primo mese per diagnosi e professionista**

Diagnosi	Psicologo		Psichiatra		Totale	
	N. Contatti (media)	N. casi	N. Contatti (media)	N. casi	N. Contatti (media)	N. casi
Disturbi psichici organici	3,5	2	2,0	1	3,0	3
Abuso di alcol e sostanze	-	0	8,0	1	8,0	1
Sindromi schizofreniche	4,0	1	3,8	8	3,8	9
Sindromi affettive	4,7	16	4,0	48	4,2	64
Disturbi d'ansia	4,7	12	1,7	26	2,7	38
Disturbi della personalità	2,0	1	2,0	4	2,0	5
Disturbi dell'infanzia	1,0	1	-	0	1,0	1
Altre diagnosi	4,0	1	2,5	6	2,7	7
<b>Totale</b>	<b>4,4</b>	<b>34</b>	<b>3,2</b>	<b>94</b>	<b>3,5</b>	<b>128</b>

Le valutazioni diagnostiche strutturate sono utilizzate in una piccola quota del campione (in totale in 2 casi su 10). Nella casistica degli psicologi, però, tale intervento arriva a una quota di 4 casi su 10. Analogo fenomeno si osserva anche per gli strumenti di valutazione psicodiagnostica. Ciò si spiega con una strutturale differenza di cultura e approccio fra le due figure professionali: l'aspetto psicodiagnostico, infatti, è parte integrante degli interventi dello psicologo, mentre rappresenta una parte non sostanziale della formazione dello psichiatra (Tabella 3.20).

**Tabella 3.20**

**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Valutazioni diagnostico-funzionali strutturate per professionista**

Valutazioni strutturate	Psicologi (N=46)		Psichiatri (N=113)		Totale (N=159)	
	N	%	N	%	N	%
Interviste standardizzate	19	41,3	18	15,9	37	23,3
Test proiettivi	13	28,3	1	0,9	14	8,8
Test di efficienza mentale	1	2,2	5	4,4	6	3,8
Valutazione funzionamento/disabilità	1	2,2	3	2,7	4	2,5

### 3.4.1 Casi non presi in carico

Nella casistica degli psichiatri si registra una quota di prime visite non prese in carico significativamente maggiore che non fra gli psicologi (16% vs 4%; Test esatto di Fisher:  $p=0,044$ ) (Tabella 3.21)

**Tabella 3.21**

**Presenza in carico per professionista (percentuali di riga – N=183)**

Professione	Presenza in carico		Totale
	Sì	No	
Psicologo	95,8	4,2	100,0
Psichiatra	83,7	16,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>86,9</b>	<b>13,1</b>	<b>100,0</b>

Un primo confronto fra le caratteristiche del campione che è stato preso in carico rispetto ai non presi in carico non evidenzia significative differenze rispetto alla storia di precedenti trattamenti con psicofarmaci (Tabella 3.22), né a precedenti contatti con specialisti della salute mentale (Tabella 3.23).

**Tabella 3.22**

**Prime visite nei Servizi per adulti - Confronto fra caratteristiche di storia clinica ed esito del contatto (N=178) - Precedente trattamento con psicofarmaci (percentuali di riga)**

Precedente trattamento con psicofarmaci	Precedente trattamento con psicofarmaci		Totale (N=178)
	Presenza in carico		
	Sì	No	
Sì	88,5	11,5	100,0
No	87,8	12,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>88,2</b>	<b>11,8</b>	<b>100,0</b>

*Test  $\chi^2 = 0,005$ ;  $p = n.s.$*

I casi non presi in carico risultano invece significativamente di età media più avanzata (52 vs 42 anni) e hanno avuto un esordio del disturbo in età più tardiva (40 vs 32 anni), così come più elevata è l'età in cui hanno avuto per la prima volta un trattamento con psicofarmaci (44,5 vs 35 anni). Non si rilevano invece differenze significative rispetto alla durata del disturbo (circa 10 anni per entrambi i casi), il

tempo trascorso fra l'inizio dei disturbi e l'assunzione di una terapia con psicofarmaci (poco più di 2 anni) e la durata del trattamento con psicofarmaci (circa 6 anni).

La casistica non presa in carico è complessivamente di età maggiore, con un disturbo iniziato in età più avanzata e con un trattamento avvenuto in età maggiore rispetto ai casi presi in carico (Tabella 3.24).

**Tabella 3.23**

**Prime visite dei Servizi per adulti - Confronto fra caratteristiche di storia clinica ed esito del contatto (N=175) - Precedente trattamento da specialista della salute mentale (percentuali di riga)**

Presa in carico	Già in visita specialistica		Totale (N=175)
	Sì	No	
Sì	88,0	12,0	100,0
No	88,0	12,0	100,0
Totale	88,0	12,0	100,0

*Test  $\chi^2 = 0,33$ ;  $p = n.s.$*

**Tabella 3.24**

**Prime visite dei Servizi per adulti - Caratteristiche della storia clinica per esito del contatto (anni)**

Caratteristiche della storia clinica	Presa in carico						
	Sì			No			p
	N	Media	Dev. std.	N	Media	Dev. std.	
Età	158	42,2	14,9	24	51,0	20,9	<0,05
Età all'esordio	153	32,1	15,2	21	39,7	19,7	<0,05
Durata del disturbo	152	10,3	12,1	21	9,4	13,8	<i>n.s.</i>
Età all'inizio della terapia farmacologica	85	35,0	15,0	11	44,5	19,1	<0,05
Tempo per l'inizio della terapia farmacologica	81	2,8	4,9	11	2,3	7,2	<i>n.s.</i>
Durata della cura farmacologica	156	6,6	11,0	21	6,5	12,1	<i>n.s.</i>
Età al primo contatto specialistico	88	33,1	14,8	12	34,3	16,7	<i>n.s.</i>
Tempo fra esordio e visita specialista	77	4,1	8,6	11	3,0	7,2	<i>n.s.</i>
Durata del trattamento specialistico	153	6,3	9,5	21	4,3	5,8	<i>n.s.</i>

I casi non presi in carico sono stati inviati in maggioranza, per una quota vicina alla metà del campione, al medico di base, mentre in circa 4 casi su 10 non è stato ritenuto necessario l'invio ad altri sanitari. L'invio al Servizio sociale è stato registrato per un solo caso della casistica di psichiatri (Tabella 3.25).

**Tabella 3.25****Prime visite dei Servizi per adulti - Esito dei contatti senza presa in carico per professionista**

	Psicologo		Psichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Inviato al MMG	1	25,0	10	50,0	11	46,0
Nessun invio	1	25,0	4	20,0	5	21,0
Invio ad altra agenzia	2	50,0	3	15,0	5	21,0
Invio ad altro specialista	-	-	2	10,0	2	8,0
Invio al servizio sociale	-	-	1	5,0	1	4,0
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

Nella maggioranza dei casi non presi in carico è stato ritenuto appropriato il livello assistenziale della medicina di base, mentre per circa 2 casi su 10 non è stato ritenuto necessario alcun trattamento specifico (Tabella 3.26).

**Tabella 3.26****Prime visite dei Servizi per adulti - Motivi della non presa in carico**

Motivo della non presa in carico	Psicologo		Psichiatra	
	N	%	N	%
Trattamento appropriato dal medico di base	-	-	10	47,6
Non indicazione a un trattamento	1	50,0	4	19,0
Trattamento in altra specialità	-	-	2	9,5
Trattamento in atto da altro specialista	-	-	1	4,8
Mancato consenso al trattamento da parte del paziente	-	-	1	4,8
Altro	1	50,0	3	14,3
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>



### 3.4.2 Trattamenti farmacologici

Circa 7 casi su 10 presi in carico hanno un trattamento psicofarmacologico. Tale quota arriva a 9 su 10 per la casistica degli psichiatri, mentre non supera 2 su 10 per quella degli psicologi; questi ultimi casi sono in trattamento da un medico che è il responsabile dell'intervento farmacologico (Tabella 3.27).

**Tabella 3.27**

**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico. Casi in trattamento farmacologico per professionista**

<b>Terapia farmacologica</b>	<b>Psicologo</b>	<b>Psichiatra</b>	<b>Totale</b>
Sì (N=123)	19,6	90,3	69,8
No (N=48)	80,4	9,7	30,2
<b>Totale (N=171)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Nella casistica studiata, poco più della metà dei casi (N=96; 52%) aveva già fatto un trattamento con psicofarmaci. I casi già trattati con psicofarmaci al momento della presa in carico avevano un'età significativamente maggiore dei non trattati ( $48,2 \pm 15,6$  vs  $37,5 \pm 13,9$ ;  $p < 0,001$ ).

In media, nei 96 casi con una storia precedente di trattamento farmacologico, l'età al primo trattamento era di 35 anni (Dev. std. 15,0) e la durata media di trattamento era di 12,2 anni (Dev. std. 12,7).

Il tempo trascorso fra l'esordio e l'inizio di un trattamento farmacologico è risultato, in media, di 2,7 anni, con una notevole variabilità all'interno della casistica (Dev. std. 5,1).

Come si evince dalla tabella, poco più della metà dei casi ha cominciato una terapia farmacologia fra i 18 e i 35 anni,  $\frac{1}{4}$  dei casi fra i 36 e i 50 anni e quasi 2 casi su 10 dopo i 50 anni di età. I casi che avevano cominciato una cura farmacologia prima dei 18 anni sono limitati al 3% di tutti i già trattati con farmaci (Tabella 3.28).

I soggetti che sono stati presi in carico sono stati in tutto 159, fra psicologi e psichiatri; di questi, 123 hanno praticato una terapia farmacologica. Nelle analisi successive si riportano i risultati dei 114 soggetti che sono stati presi in carico dagli

psichiatri con prescrizione di una terapia farmacologica. Sono state escluse le 9 persone che pure praticavano un trattamento psicofarmacologico, ma che erano state prese in carico da psicologi, ai quali non può essere attribuita la responsabilità della prescrizione.

Come si può osservare nella tabella, il gruppo di farmaci più rappresentato in questa casistica è quello degli antidepressivi, prescritti in  $\frac{3}{4}$  del totale; gli ansiolitici sono prescritti in poco più di  $\frac{1}{3}$  del totale, seguiti dagli antipsicotici che si osservano in una quota di poco inferiore. Gli eutimici sono quelli prescritti nella quota minore (in circa 2 persone su 10 che assumono farmaci) (Tabella 3.29).

**Tabella 3.28**

**Casi con precedente trattamento con psicofarmaci (N=96) - Età (classi di anni) al primo trattamento (percentuali per genere)**

Classe d'età	Genere		Totale (N=96)
	Maschio (N=39)	Femmina (N=57)	
< a 18 anni	0,0	5,3	3,1
da 18 a 35 anni	53,8	54,4	54,2
da 36 a 50 anni	17,9	29,8	25
> di 50 anni	28,2	10,5	17,7

**Tabella 3.29**

**Prime visite dei Servizi per adulti - Prescrizioni di classi di psicofarmaci nei casi presi in carico (N=114)**

Classe farmacologica	N	%
Antidepressivi	84	73,7
Ansiolitici	43	37,7
Neurolettici	38	33,3
Eutimici	24	21,1
Antiparkinson	2	1,8

Le associazioni tra farmaci sono piuttosto frequenti in questa casistica e come si può vedere dalla Tabella 3.30, l'associazione più frequente è fra antidepressivi e ansiolitici (osservata in 29 casi, pari a  $\frac{1}{4}$  dei trattati con farmaci). I pazienti con prescrizione di ansiolitici (N=43) hanno una prescrizione di un antidepressivo in 7 casi su 10. Subito dopo si riscontra l'associazione fra antidepressivi e neurolettici,

osservata nel 16% del campione trattato con psicofarmaci: 2 pazienti su 10 con una prescrizione di antidepressivi hanno una terapia associata con neurolettici.

In 7 casi su 10 trattati con eutimici si registra la prescrizione di un neurolettico, in 5 casi su 10 di un antidepressivo, mentre l'associazione fra eutimico e ansiolitico si osserva in meno di 2 casi su 10.

**Tabella 3.30**

**Presi in carico nei servizi per adulti con prescrizione di terapia farmacologica (N=114) - Associazioni di classi di psicofarmaci (percentuali di riga)**

Prescrizione	Neurolettici	
	Si (N=38)	No (N=76)
Antidepressivi (N=84)	21,4	78,6
Ansiolitici (N=43)	30,2	69,8
Eutimici (N=24)	58,3	41,7
	Antidepressivi	
	Si (N=84)	No (N=30)
Ansiolitici (N=43)	67,4	32,6
Eutimici (N=24)	50,0	50,0
	Eutimici	
	Si (N=24)	No (N=90)
Ansiolitici (N=43)	16,3	83,7

Utili informazioni sulle modalità d'uso dei farmaci possono essere ricavate dall'analisi dei dosaggi prescritti. Il confronto fra le differenti molecole è possibile con la standardizzazione dei dosaggi tramite la *defined daily dosage* (DDD - dose giornaliera standard)<sup>6</sup> (Tabella 3.31).

Nella casistica esaminata si osserva in generale una tendenza all'utilizzo di dosaggi medi inferiori a quelli standard (Tabella 3.32). Infatti, in tutte le classi farmacologiche studiate si sono osservati dei dosaggi inferiori del 20% alla DDD in

<sup>6</sup> Definizioni ed elenco della DDD per ogni molecola sono attribuite dal WHO Collaborating Center for Drugs Statistics Methodology di Oslo (N). Sito web: <http://www.whocc.no/atcddd/atcsystem.html>.

un'alta percentuale di casi: i neurolettici in 2/3 dei casi, gli ansiolitici nella metà, gli eutimici in 3/4 e gli antidepressivi in 1/3 del totale. Per contro, dosaggi elevati (pari ad almeno 2 DDD) sono stati riscontrati in una ridotta quota della casistica: neurolettici e antidepressivi nel 13%, ansiolitici nel 10%, eutimici in meno del 5%. Poiché però è molto frequente il riscontro di una polifarmacoterapia, complessivamente circa 1/3 della casistica ha prescrizioni con dosaggi elevati di farmaci psicotropi (superiori a 2 DDD) (dati non mostrati in tabella).

L'entità del dosaggio della prescrizione può essere definita in base alla DDD osservata. Il campione è stato suddiviso in tre categorie, prendendo a riferimento lo scostamento del 20% dalla unità di prescrizione (basso:  $< 0,8$ ; standard:  $0,8 - 1,2$ ; elevato:  $> 1,2$ ) e i risultati, riferiti alle diverse categorie diagnostiche, sono illustrati per antidepressivi (Tabella 3.33), ansiolitici (Tabella 3.34), neurolettici (Tabella 3.35) ed eutimici (Tabella 3.36).

Queste descrizioni confermano in modo più analitico quanto già mostrato dalle analisi sulle DDD medie.

**Tabella 3.31**  
**Prescrizioni di classi di psicofarmaci per gruppo diagnostico (media delle DDD)**

Diagnosi	Neurolettici (N=36)		Antidepressivi (N=83)		BDZ (N=42)		Eutimici (n24)		Totale (N=108)	
	Media	Dev. std.	Media	Dev. std.	Media	Dev. std.	Media	Dev. std.	Media	Dev. std.
Disturbi psichici organici	1,2	1,2	2,8	-	1,0	-	0,6	-	2,7	2,1
Abuso di alcol e sostanze	-	-	2,0	-	0,5	-	0,4	-	2,9	-
Sindromi schizofreniche	0,9	0,6	2,3	3,1	-	-	0,5	0,4	1,8	1,8
Sindromi affettive	1,0	1,0	1,1	0,6	0,7	0,5	0,7	0,6	1,7	1,2
Disturbi d'ansia	0,3	0,2	1,1	0,5	1,0	0,6	0,5	0,4	1,4	0,8
Disturbi della personalità	0,3	0,2	0,6	0,1	0,5	0,4	0,8	0,3	1,2	0,6
Altra diagnosi	-	-	0,9	0,2	0,1	-	0,4	-	1,0	0,2
<b>Totale</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>0,7</b>	<b>0,8</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>1,6</b>	<b>1,1</b>

**Tabella 3.32**

**Preso in carico nei servizi per adulti. Totale dosaggi (classe di DDD) dei trattamenti farmacologici per gruppo diagnostico (percentuali)**

Diagnosi	Dosaggio totale farmaci (classe DDD)			N
	Basso	Standard	Alto	
Disturbi psicorganici	33,3	0,0	66,7	3
Abuso di alcol/sostanze	0,0	0,0	100,0	1
Sindromi schizofreniche	25,0	25,0	50,0	8
Sindromi affettive	15,7	25,5	58,8	51
Disturbi d'ansia	29,7	21,6	48,6	37
Disturbi di personalità	33,3	16,7	50,0	6
Altre diagnosi	40,0	40,0	20,0	5
<b>Totale</b>	<b>23,4</b>	<b>23,4</b>	<b>53,2</b>	<b>111</b>

**Tabella 3.33**

**Preso in carico nei servizi per adulti. Trattamento con antidepressivi (classe di DDD) per gruppo diagnostico**

Diagnosi	Dosaggio antidepressivi (classe DDD)			N
	Basso	Standard	Alto	
Disturbi psicorganici	-	-	100,0	1
Abuso di alcol/sostanze	-	-	100,0	1
Sindromi schizofreniche	50,0	-	50,0	2
Sindromi affettive	26,8	43,9	29,3	41
Disturbi d'ansia	33,3	43,3	23,3	30
Disturbi di personalità	100,0	-	-	4
Altre diagnosi	50,0	50,0	-	4
<b>Totale</b>	<b>33,7</b>	<b>39,8</b>	<b>26,5</b>	<b>83</b>

**Tabella 3.34**

**Preso in carico nei Servizi per adulti - Trattamento con ansiolitici (classe di DDD) per gruppo diagnostico**

Diagnosi	Dosaggio ansiolitici (classe DDD)			N
	Basso	Standard	Alto	
Disturbi psicorganici	0,0	100,0	0,0	1
Abuso di alcol/sostanze	100,0	0,0	0,0	1
Sindromi affettive	68,4	21,1	10,5	19
Disturbi d'ansia	38,9	38,9	22,2	18
Disturbi di personalità	100,0	0,0	0,0	2
Altre diagnosi	100,0	0,0	0,0	1
<b>Totale</b>	<b>57,1</b>	<b>28,6</b>	<b>14,3</b>	<b>42</b>

**Tabella 3.35****Presca in carico nei servizi per adulti - Trattamento con neurolettici (classe di DDD) per gruppo diagnostico**

Diagnosi	Dosaggio neurolettici (classe DDD)			N
	Basso	Standard	Alto	
Disturbi psicorganici	66,7	0,0	33,3	3
Sindromi schizofreniche	37,5	50,0	12,5	8
Sindromi affettive	63,2	10,5	26,3	19
Disturbi d'ansia	100,0	0,0	0,0	3
Disturbi di personalità	100,0	0,0	0,0	2
<b>Totale</b>	<b>62,9</b>	<b>17,1</b>	<b>20,0</b>	<b>35</b>

**Tabella 3.36****Presca in carico nei servizi per adulti - Trattamento con eutimici (classe di DDD) per gruppo diagnostico**

Diagnosi	Dosaggio eutimici (classe DDD)			N
	Basso	Standard	Alto	
Disturbi psicorganici	100,0	0,0	0,0	1
Abuso di alcol/sostanze	100,0	0,0	0,0	1
Sindromi schizofreniche	75,0	25,0	0,0	4
Sindromi affettive	63,6	18,2	18,2	11
Disturbi d'ansia	100,0	0,0	0,0	2
Disturbi di personalità	50,0	50,0	0,0	2
Altre diagnosi	100,0	0,0	0,0	1
<b>Totale</b>	<b>72,7</b>	<b>18,2</b>	<b>9,1</b>	<b>22</b>

Un'analisi più approfondita delle prescrizioni necessita di un confronto con le diagnosi: i farmaci, infatti, sono approvati e messi in commercio per specifiche indicazioni diagnostiche e la stessa DDD si riferisce alla principale indicazione d'uso.

In tal modo si potrà evidenziare l'aderenza delle prescrizioni alle indicazioni per la patologia appropriata. In questo ambito si evidenzia che le singole famiglie di psicofarmaci sono utilizzate mediamente a dosaggi adeguati rispetto all'indicazione principale.

Gli antidepressivi - che trovano la principale indicazione della depressione e, per le molecole più recenti, nei disturbi d'ansia (disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo ecc.) - sono intorno all'unità di DDD (1,1 e 1 rispettivamente). Così anche gli ansiolitici (0,98 DDD medie nei disturbi d'ansia). I neurolettici (detti anche

antipsicotici), che trovano indicazione principalmente nella schizofrenia e nella fase maniacale delle psicosi affettive, sono prescritti a dosaggi molto vicini alla unità di DDD (0,9 e 0,97 rispettivamente). Gli scostamenti maggiori dalla DDD media si riscontrano nelle prescrizioni in casi con diagnosi principale diversa da quella indicata per quella classe farmacologica. Le prescrizioni di eutimici si discostano, invece, da tale andamento; nella principale indicazione in psichiatria, rappresentata dal disturbo bipolare, si osserva un dosaggio medio inferiore del 30% rispetto alla DDD.

Complessivamente, si osserva che il maggior carico di trattamento farmacologico si attua nei “disturbi psichici organici” e in caso di “abuso di alcol” (peraltro numericamente marginali in questa casistica). È da notare che queste tipologie diagnostiche non rappresentano l’utenza specifica dei servizi psichiatrici e non trovano altresì un’indicazione definita di prescrizione delle differenti classi psicofarmacologiche.

È probabile, quindi, che questi casi abbiano delle peculiarità cliniche tali da sfuggire ad una definita tipologia di trattamento e che arrivino ai Servizi per adulti per caratteristiche multiproblematiche.

### **3.4.3 Terapie psicologiche**

In totale sono stati osservati 108 casi con intervento psicologico (68% del totale presi in carico). Non si riscontrano sostanziali differenze di genere per gli interventi psicologici: i maschi li ricevono in 6 casi su 10 e le femmine in 7 casi su 10 (Tabella 3.37).

**Tabella 3.37**  
**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Casi in trattamento psicologico per genere**

Genere	Terapie psicologiche		Totale
	Sì	No	N
Maschio	62,1	37,9	58
Femmina	72,7	27,3	99
<b>Totale</b>	<b>68,8</b>	<b>31,2</b>	<b>157</b>

I casi che ricevono un intervento psicologico hanno un'età media inferiore al resto della casistica ( $41 \pm 13,8$  vs  $45,4 \pm 16,7$  anni; Test ANOVA,  $p=n.s.$ ), hanno avuto un esordio della sintomatologia in età più giovanile ( $31,3 \pm 15,1$  vs  $34 \pm 15,8$  anni; Test ANOVA,  $p=n.s.$ ) e, al momento del primo contatto, presentano una durata del disturbo leggermente minore ( $9,9 \pm 11,6$  vs  $11,5 \pm 13,3$  anni; Test ANOVA,  $p=n.s.$ ).

Circa la metà del campione (88 casi su 156) ha avuto un precedente contatto con uno specialista della salute mentale. I casi che ricevono un trattamento psicologico hanno avuto, mediamente, un contatto precedente in età più giovanile ( $30,4 \pm 14,1$  vs  $38,1 \pm 14,9$  anni; Test ANOVA:  $F=5,78$ ; g.l.=1;  $p<0,02$ ).

I casi con intervento psicologico hanno avuto un tempo di attesa per la prima visita leggermente superiore ( $12,9 \pm 15,2$  vs  $9,4 \pm 6,7$ ; Test ANOVA,  $p=n.s.$ ).

Le differenze rilevate fra alcune caratteristiche del campione hanno mostrato un'elevata varianza e, per la maggior parte, non sono risultate significative statisticamente (Tabella 3.38).

**Tabella 3.38**

**Trattamenti psicologici - Confronto delle caratteristiche temporali nel campione dei Servizi per adulti**

Caratteristiche temporali	Trattamenti psicologici						p
	Sì			No			
	N	Media	Dev. std.	N	Media	Dev. std.	
Età (anni)	107	41	13,8	49	45,4	16,7	n.s.
Età all'esordio (anni)	103	31,3	15,1	48	34	15,8	n.s.
Durata del disturbo (anni)	102	9,9	11,6	48	11,5	13,3	n.s.
Età al 1° trattamento farmacologico (anni)	53	33,6	13,4	32	37,4	17,4	n.s.
Età al 1° specialista (anni)	57	30,4	14,1	31	38,1	14,9	< 0,02
Tempo fra esordio e 1ª specialistica (anni)	49	2,7	4,3	28	6,6	12,9	n.s.
Attesa per 1ª visita (giorni)	105	12,9	15,2	45	9,4	6,7	n.s.

Ciò si spiega in parte anche con le differenze riscontrate fra le casistiche di psicologi e psichiatri: l'intervento psicologico è costitutivo dell'attività degli psicologi, che infatti lo descrivono nella totalità della loro casistica, ma è stato altresì registrato in poco più della metà della casistica degli psichiatri (Tabella 3.39).



**Tabella 3.39**

**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Casi in trattamento con interventi psicologici per professionista**

Intervento psicologico	Psicologo	Psichiatra	Totale
	%	%	%
Sì (N=108)	100,0	56,3	68,8
No (N=49)	-	43,8	31,2

Questo dato viene confermato dal riscontro che poco più della metà dei casi che praticano un trattamento con psicofarmaci associano, a questo, un intervento psicologico (Tabella 3.40).

**Tabella 3.40**

**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Casi in trattamento con interventi psicologici e psicofarmaci (percentuali di riga)**

Psicofarmaci	Terapie psicologiche		Totale
	Sì	No	
Sì	55,5	44,5	110
No	100,0	0,0	35
<b>Totale</b>	<b>66,2</b>	<b>33,8</b>	<b>145</b>

La tipologia di intervento psicologico più frequente è rappresentata da colloqui di sostegno, attuati in circa 7 casi su 10 del totale. È da notare che questa tipologia di interventi psicologici è più frequentemente attuata nella casistica degli psichiatri. Gli interventi psicoterapici strutturati più frequenti sono le psicoterapie a orientamento dinamico rilevate in quasi 2 casi su 10 del totale e in poco più di 1/3 della casistica degli psicologi. Le psicoterapie cognitivo-comportamentali sono state osservate in poco più di 1 caso su 10; per quanto si tratti comunque di numerosità molto limitate (inferiori alla decina), è interessante osservare che questo intervento psicoterapico specifico si registra con frequenza maggiore nella casistica degli psichiatri (Tabella 3.41).

Il momento di inizio degli interventi psicologici mostra una sostanziale e significativa differenza ( $p < 0,002$ ) fra psichiatri e psicologi: nella grande maggioranza dei casi, i primi reputano necessario cominciare il trattamento sin dal contatto indice (circa 2/3 del totale), mentre gli altri ritengono che il trattamento potrà iniziare dopo 2 o più settimane (4 su 10) (Tabella 3.42).

Questa variabile conferma che gli interventi degli psichiatri nei Servizi per adulti sono spesso indirizzati a situazioni non procrastinabili, anche per quella parte di casistica con necessità di trattamento psicologico.

**Tabella 3.41****Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Tipologia degli interventi psicologici per professionista\***

Tipologia intervento	Psicologi		Psichiatri		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Colloqui-psicoterapia di sostegno	28	62,2	47	74,6	75	69,4
Psicoterapia orientamento dinamico	16	35,6	5	7,9	21	19,4
Psicoterapia cognitivo comportamentale	5	11,1	8	12,7	13	12,0
Trattamento espressivo/educativo/ occupazionale	1	2,2	2	3,2	3	2,8
Altro	5	11,1	4	6,3	9	8,3
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

\* Possibili più interventi per caso.

**Tabella 3.42****Momento di inizio dell'intervento psicologico per professionista (percentuali di colonna)**

Tempo di inizio	Psicologo (N=44)	Psichiatra (N=62)	Totale (N=106)
	%	%	%
Subito	29,5	64,5	50
Entro 1 settimana	29,5	12,9	19,8
Entro 2 o più settimane	40,9	22,6	30,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Test  $\chi^2 = 12,75$ ; g.l.=2;  $p < 0,002$ .

Come si può osservare dalla Tabella 3.43, la modalità largamente prevalente è quella individuale, attuata in circa 9 casi su 10. Gli interventi di gruppo sono del tutto residuali.

Ciò appare abbastanza incongruo con le osservazioni relative alla carenza di interventi psicologici nei servizi pubblici. La letteratura scientifica, infatti, mostra che sono disponibili interventi psicoterapici di gruppo che possono avere un'efficacia terapeutica paragonabile agli interventi individuali. Questa indagine registra che,

nei servizi pubblici, viene tuttora privilegiata la modalità individuale, con rilevante assorbimento di risorse professionali per trattare un numero di casi poco numeroso, mentre un intervento di gruppo, nei casi e per le tecniche di dimostrata efficacia, potrebbe risultare in una efficienza maggiore.

**Tabella 3.43**

**Modalità di effettuazione (percentuali di riga)\* (N=102)**

Modalità della psicoterapia	Psicologo		Psichiatra	
	N	%	N	%
Intervento individuale	40	83,3	58	90,6
Intervento di gruppo	2	4,2	1	1,6
Altro	6	12,5	5	7,8
<b>Totale</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

\* Possibili più interventi per caso.

Il coinvolgimento dei familiari nel trattamento è stato osservato in 4 casi su 10 presi in carico. Gli psichiatri lo attuano nella metà dei casi che hanno preso in carico, più frequentemente degli psicologi che, invece, lo attuano in meno di 3 casi su 10. Le casistiche sono differenti fra le due professioni e, nel caso degli psicologi, si osserva una maggior frequenza di richieste dirette da parte dell'interessato.

La modalità più frequente è un intervento informativo e/o *counselling*, che si osserva in totale in  $\frac{3}{4}$  dei casi in cui viene attuato un qualche coinvolgimento di familiari, con diversa frequenza nelle casistiche di psichiatri e psicologi (rispettivamente 79,3 vs 58,3%). In questo campione, gli interventi psico-educativi familiari strutturati sono attuati in poco più di 1 caso su 10 del totale del campione, per entrambe le professioni (Tabella 3.44).

**Tabella 3.44**

**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Coinvolgimento dei familiari nel trattamento per tipologia di intervento (per professionista)**

Coinvolgimento familiare	Psicologi		Psichiatri		Totale	
Informazioni/counselling	7	58,3	46	79,3	53	75,7
Intervento psicoeducativo	3	25,0	14	24,1	17	24,3
Psicoterapia sistemica	3	25,0	1	1,7	4	5,7
Altro	1	8,3	4	6,9	5	7,1
<b>Totale casi con coinvolgimento familiari</b>	<b>12</b>	<b>26,1</b>	<b>58</b>	<b>51,3</b>	<b>70</b>	<b>44,0</b>

### 3.4.4 Altri interventi

Gli altri interventi più frequentemente attuati sono quelli socio-sanitari, osservati in 2 casi su 10 trattati dagli psichiatri e in 1 su 10 di quelli trattati dagli psicologi. La segnalazione ad altri servizi socio-sanitari è quella più frequente: nella maggior parte dei casi si tratta di segnalazioni ai Servizi sociali (dati non mostrati in tabella). Si evince da ciò che in alcuni Servizi per adulti (7 servizi distribuiti in 6 differenti ASL) non è attuata una integrazione operativa con il Servizio sociale.

L'intervento sulla rete sociale si osserva in 1 caso su 10 circa e, con frequenza analoga, si registrano gli interventi di sostegno alla persona e alla quotidianità (Tabella 3.45).

**Tabella 3.45**

**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Altri trattamenti attuati**

Altri interventi programmati	Psicologo (N=46)	Psichiatra (N=113)	Totali (N=159)
	%	%	%
<b>Sostegno alla cura di sé e alla vita quotidiana (N=19)</b>	8,9	13,8	11,9
<b>Rete sociale (N=17)</b>	6,7	12,6	10,7
PEI	0,0	2,4	2,7
Altro	6,7	8,8	8
<b>Socio-sanitari (N=24)</b>	9,3	18	15,1
Segnalazione ad altri servizi socio-sanitari (N=9)	4,3	6,2	5,7
Sussidi/richiesta pensione (N=6)	4,3	3,5	3,8
Inserimento/sostegno occupazionale (N=5)	2,2	3,5	3,1
Inserimento in struttura educativa/terapeutica (N=3)	0,0	2,7	1,9
Indirizzo ad agenzie di auto-mutuo aiuto (N=2)	0,0	1,8	1,3
Cambiamento alloggio (N=1)	0,0	0,9	0,6
Altro (N=3)	0,0	2,7	1,9
<b>Fisio-rabilitativi (N=3)</b>	0,0	2,7	1,9

### 3.4.5 Priorità e operatori intervenuti

Anche per quanto riguarda il trattamento prioritario, si osservano notevoli differenze nelle casistiche delle diverse professioni. Se nelle casistiche degli psichiatri

la terapia farmacologica viene considerata prioritaria per  $\frac{3}{4}$  delle situazioni, ciò si osserva in meno di 1 caso su 10 per gli psicologi; a loro volta, questi considerano prioritario l'intervento psicologico in quasi 9 casi su 10, mentre per gli psichiatri ciò si osserva in 2 casi su 10. Gli altri interventi sono considerati prioritari solo in situazioni sporadiche.

Da notare che l'intervento psicologico è attuato nella metà dei casi trattati dagli psichiatri. Nella casistica degli psicologi viene nondimeno registrata una terapia farmacologica in 2 casi su 10 e, nella metà della casistica, gli psicofarmaci sono ritenuti l'intervento prioritario. Si registra, cioè, che in molti casi trattati nei Servizi pubblici sono effettuati interventi integrati, con la compartecipazione di più competenze professionali. Le casistiche trattate da psichiatri hanno registrato l'intervento anche di psicologi nel 16% dei casi, mentre la casistica trattata dagli psicologi vede un co-intervento di psichiatri nel 30% dei casi (Tabella 3.46).

**Tabella 3.46**  
**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Opinione del professionista sull'intervento prioritario (percentuali di colonna)**

Tipologia dell'intervento	Psicologo	Psichiatra	Totale N=158
	%	%	%
Psicofarmaci (90)	8,7	76,8	57,0
Terapie psicologiche (62)	87,0	19,6	39,2
Coinvolgimento familiari (2)	2,2	0,9	1,3
Trattamenti fisio-riabilitativi (1)	0,0	0,9	0,6
Sostegno alla cura di sé e alla quotidianità (1)	0,0	0,9	0,6
Attivazione della rete sociale/PEI (1)	0,0	0,9	0,6
Interventi socio-sanitari (1)	2,2	0,0	0,6

Gli interventi sono attuati nella totalità dei casi anche in ambito ambulatoriale: in 9 casi su 10 presso il Centro salute mentale (o ambulatori territoriali); a ciò va aggiunta la quota indicata con la risposta "Altro luogo", che è riferito a particolari collocazioni di interventi, comunque con caratteristiche ambulatoriali. Una quota della casistica trattata dagli psichiatri riconosce un ventaglio di luoghi degli interventi: in 1 caso su 10 al domicilio del paziente e in 1 caso su 10 si attua un ricovero ospedaliero (SPDC o in altro reparto specialistico).

La presa in carico programmata avviene cioè con almeno un passaggio al CSM, nel luogo a ciò deputato dall'attuale normativa del settore (Tabella 3.47).

**Tabella 3.47**  
**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Sedi del trattamento per figura professionale**

Sede del trattamento	Psicologo		Psichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
CSM-ambulatorio distrettuale	40	87,0	104	92,0	144	90,6
Domicilio	1	2,2	14	12,4	17	10,7
Altro luogo*	10	21,7	3	2,7	10	6,3
SPDC	0	0,0	7	6,2	7	4,4
Day hospital/Centro diurno	0	0,0	5	4,4	5	3,1
Altro reparto specialistico	0	0,0	3	2,7	3	1,9
Centro residenziale	0	0,0	2	1,8	2	1,3

\* 6 in centri di psicoterapia, 7 in altri poliambulatori.

Come si vede dalla Tabella 3.48, la figura professionale presente con maggior frequenza, dopo psichiatri e psicologi che decidono la presa in carico, sono infermieri e assistenti sociali.

**Tabella 3.48**  
**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Figure professionali intervenute (percentuali)**

Professionista	%
Psichiatra (123)	77,4
Psicologo (51)	32,1
Infermiere professionale (34)	21,4
Assistente sociale (14)	8,8
Educatore professionale (7)	4,4
Altra figura professionale (5)	3,1
Neuropsichiatra infantile (1)	0,6

In particolare, nella casistica trattata dagli psicologi, il coinvolgimento degli psichiatri è quello più frequente; in quella degli psichiatri si osserva più frequentemente il coinvolgimento delle altre figure professionali (Tabella 3.49).

**Tabella 3.49**

**Prime visite dei Servizi per adulti con presa in carico - Figure professionali coinvolte in interventi integrati. Percentuale della casistica per figura professionale**

<b>Professionista coinvolto</b>	<b>Presa in carico</b>	
	<b>Psicologo (%)</b>	<b>Psichiatra (%)</b>
Psichiatra	30	0
Psicologo	0	16
Infermiere	2	29
Assistente sociale	7	10
Educatore professionale	4	4
Neuropsichiatra infantile	2	0

## 4. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per adulti

Gli interventi di emergenza nei Servizi per adulti sono stati descritti dalla totalità degli psichiatri che hanno aderito alla ricerca, mentre hanno risposto soltanto 8 dei 48 psicologi (17%). In totale, sono stati inclusi nello studio i casi descritti da 144 professionisti.

### 4.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche

Il campione delle emergenze è composto da 144 casi. I maschi sono nella stessa quota delle femmine. L'età media dei pazienti sui quali è stato attivato un intervento di emergenza è di 44 (Dev.St 16,6) senza significative differenze fra maschi (42,7 anni) e femmine (45,1 anni).

È stata osservata una significativa differenza nell'età media delle casistiche di psichiatri e psicologi, pari rispettivamente a  $44,7 \pm 16,6$  e  $31,2 \pm 13,0$  anni (Test  $t$ -Student= 5,22;  $p < 0,05$ ).

La distribuzione per età non sembra mostrare particolari differenze di genere ad eccezione della popolazione sopra 65 anni, in cui appare evidente la netta superiorità del genere femminile (17,3% delle donne vs l'8,8% degli uomini) (Tabella 4.1).

**Tabella 4.1**  
**Caratteristiche socio-demografiche dei pazienti che accedono per emergenza ai Servizi per adulti, per genere (percentuali di colonna)\***

		<b>Maschi (N= 69)</b>	<b>Femmine (N=75)</b>	<b>Totale (N=144)</b>
Età (in classi)	< a 18 anni	1,5	0	0,7
	da 18 a 34 anni	30,9	30,7	30,8
	35 a 44 anni	25,0	26,7	25,9
	45 a 64 anni	33,8	25,3	29,4
	65 anni o più	8,8	17,3	13,3
Stato Civile	Celibe/Nubile	68,1	33,8	50,3
	Coniugato/convivente	14,5	45,9	30,8
	Divorziato/separato	13,0	13,5	13,3
	Vedovo	4,3	6,8	5,6
Nazionalità	Italiana	93,9	97,2	95,7
	Straniera	6,1	2,8	4,3

\*Esclusi i "non risponde"



I single costituiscono la maggioranza del campione (50,3%) ma con una evidente differenziazione tra generi: i celibi, infatti, rappresentano quasi il 68,1% dei pazienti maschi mentre, tra le femmine, si trovano in misura maggiore la categoria delle coniugate/conviventi (45,9%). Si tratta di una differenziazione che abbiamo osservato, pur se in modo meno marcato, anche per la sezione relativa alla prima visita.

Per ciò che concerne la nazionalità, il campione è costituito al 95,7% di italiani. In questo caso è tra i maschi che si osserva una percentuale maggiore di stranieri, contrariamente a quanto osservato per la sezione riguardante i pazienti programmati.

La Tabella 4.2 mostra, infine, la distribuzione dei livelli di scolarità e della condizione professionale, per genere. È la parte in cui emergono con più evidenza le differenze rispetto alla popolazione che accede ai Servizi con modalità programmata. I pazienti adulti che accedono ai servizi di salute mentale in caso di emergenza hanno, infatti, un livello di scolarità e una condizione professionale tendenzialmente più bassa rispetto agli altri.

Il titolo di studio percentualmente più rilevante, in questo caso, risulta infatti la licenza media, conseguita dal 43,3% degli individui (rispetto al 39,9% delle prime visite), mentre il diploma di laurea scende dal 10,1% dei pazienti programmati al 5,2% (vedi Tabella 3.2 pag. 29). Anche la distribuzione percentuale della condizione professionale evidenzia una posizione sociale tendenzialmente più bassa rispetto a quella di coloro che afferiscono ai servizi per la prima visita. Infatti, si può osservare come il gruppo più rappresentato sia quello dei disoccupati, che costituiscono il 24,8% del campione. Tale percentuale raggiunge il 29% tra i maschi e il 20,8% tra le femmine (rispettivamente 17,4% e 8,7% riscontrato nel campione di pazienti "programmati"). A questi fanno seguito, per il genere maschile, quello dei pensionati con il 24,6% e degli operai con il 17,4% mentre, fra le donne, risultano avere un peso maggiore le casalinghe (27,8%), seguite dalle pensionate e dalle disoccupate.

In generale risulta evidente la larga preponderanza dei gruppi sociali esclusi dal lavoro: disoccupati, pensionati e casalinghe. Queste tre categorie nel loro insieme costituiscono, infatti, il 62,4% del campione, raggiungendo addirittura il 70,8% tra le persone di genere femminile. Ciò sottolinea ancora una volta la connessione tra disturbi psicologici/psichiatrici e fragilità sociale per le persone che si presentano ai Servizi per adulti in situazioni di emergenza.

**Tabella 4.2****Scolarità e condizione professionale dei pazienti che accedono ai servizi in emergenza per genere (percentuali di colonna)\***

Scolarità e condizione professionale		Maschi (N=69)	Femmine (N= 75)	Totale (N=144)
Titolo di studio	Nessun titolo	3	0,0	1,5
	Licenza elementare	6	23,9	14,9
	Licenza media	49,3	37,3	43,3
	Diploma di scuola superiore o professionale	35,8	34,3	35,1
	Laurea	6	4,5	5,2
	Altro	0,0	0,0	0,0
	Operaio/lavoratore agricolo	17,4	4,2	10,6
Condizione professionale	Casalinga	0	27,8	14,2
	Impiegato pubblico/privato	8,7	11,1	9,9
	Artigiano/commerciante	4,3	1,4	2,8
	Libero professionista/imprenditore	4,3	2,8	3,5
	Disoccupato	29	20,8	24,8
	Pensionato	24,6	22,2	23,4
	Scolaro/studente	7,2	5,6	6,4

\*Esclusi i "non risponde".

## 4.2 Modalità di intervento

Gli interventi di emergenza effettuati dai Servizi per adulti avvengono in prevalenza (poco più di 1/3 del totale) su richiesta di familiari e/o amici della persona presa in cura. In ¼ dei casi, invece, è la stessa persona che richiede un intervento. I medici di medicina generale sono i richiedenti in una parte limitata di situazioni (meno di 1 caso su 10). Gli interventi effettuati su richiesta delle autorità sono residuali in questo campione (Tabella 4.3).

Nella grande maggioranza degli interventi (7 casi su 10), la persona era già stata conosciuta dal servizio intervenuto (Tabella 4.4) e soltanto una minoranza di persone (circa ¼ del totale) non avevano un trattamento già in atto (Tabella 4.5).

**Tabella 4.3**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Richiedenti l'intervento per figura professionale**

Richiedente	Psicologo		Psichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Familiari/amici	2	25,0	48	35,8	50	35,2
Paziente	2	25,0	35	26,1	37	26,1
Medico di medicina generale	0	0,0	10	7,5	10	7,0
Servizio sociale	1	12,5	5	3,7	6	4,2
Autorità giudiziaria/forze dell'ordine	0	0,0	5	3,7	5	3,5
Altro	3	37,5	31	23,1	34	23,9
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 4.4**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Precedenti contatti con il Servizio**

	N	%
Già conosciuto	104	73,2
Nessun contatto precedente	38	26,8
<b>Totale</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 4.5**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Trattamento in atto**

Trattamento in atto	N	%
Sì	108	76,1
No	34	23,9
<b>Totale</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Dei casi già in trattamento, circa 3/4 del totale erano in trattamento presso lo stesso servizio intervenuto; in circa 1/6 del totale, invece, si trattava di casi in trattamento da altri specialisti, nella maggior parte di pratica privata (Tabella 4.6).

I casi in trattamento psichiatrico-psicologico al momento dell'emergenza presentano un'età media di quasi 50 anni (significativamente maggiore rispetto ai casi che non hanno un trattamento in atto, in cui risulta pari a 38,2 anni; Test *t*-Student = 5,73;  $p < 0,02$ ). Non si sono rilevate significative differenze d'età fra i casi trattati dal servizio intervenuto e quelli trattati da altri servizi o altri professionisti (rispettivamente 45,5 e 47,3 anni).

**Tabella 4.6****Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Servizio che ha in carico il paziente in trattamento (N=108)**

<b>Curante</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Stesso servizio salute mentale	81	75,0
Altro servizio pubblico salute mentale	9	8,3
Altro specialista	18	16,7
<b>Totale</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Il luogo privilegiato degli interventi di emergenza è il Centro salute mentale dove avviene il trattamento di circa metà dei casi. Poco più di 1/3 degli interventi avviene nelle strutture ospedaliere di emergenza (Dipartimento emergenza-urgenza e SPDC<sup>7</sup>). Gli interventi di emergenza al domicilio rappresentano 1/8 della casistica (Tabella 4.7).

**Tabella 4.7****Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Luogo del trattamento per figura professionale**

<b>Luogo dell'intervento</b>	<b>Psicologo</b>		<b>Psichiatra</b>		<b>Totale</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CSM - ambulatorio distrettuale	6	75	61	45,5	67	47,2
DEA/altro reparto specialistico	1	12,5	39	29,1	40	28,2
Domicilio del paziente	1	12,5	17	12,7	18	12,7
SPDC	0	0,0	12	9,0	12	8,5
Centro residenziale	0	0,0	2	1,5	2	1,4
Day hospital/centro diurno	0	0,0	1	0,7	1	0,7
Altro	0	0,0	2	1,5	2	1,4
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Circa 2/3 di tutti gli interventi di emergenza sono attuati dai soli operatori del Servizio per adulti. In 2 casi su 10 l'intervento coinvolge anche il 118, mentre in 1 caso su 10 sono intervenute anche le forze dell'ordine (Tabella 4.8).

<sup>7</sup> Interventi effettuati in attività di Pronto Soccorso nell'ambito del SPDC per casi non ricoverati.

**Tabella 4.8**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Coinvolgimento di agenzie per l'emergenza\***

<b>Agenzia intervenuta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nessuna	90	63,4
Soccorso sanitario-118	31	21,8
DEA	20	14,1
Forze dell'ordine	15	10,6
Vigili del fuoco	1	0,7
Altro	2	1,4

\*Anche più agenzie per caso

In 2/3 degli interventi di emergenza il problema in atto era di acuzie psicopatologica, mentre in 2 casi su 10 si trattava di situazioni di allarme per disordini comportamentali e in 1 caso su 10 di comportamenti autolesionistici (compresi i tentativi suicidiari).

**Tabella 4.9**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Problema in atto**

<b>Problema-emergenza in atto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Disturbi psicopatologici acuti (ansia, depressione, deliri)	94	66,2
Comportamento allarmante e disturbante	30	21,1
Comportamento autolesivo	10	7,0
Uso di sostanze/alcol	4	2,8
Isolamento e apatia	1	0,7
Altro	3	2,1
<b>Totale</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

### **4.3 Analisi dei bisogni effettuata attraverso la scala *Camberwell Assessment of Need***

Come per il campione delle prime visite, inizieremo col descrivere la distribuzione di frequenza relativa ad ogni singola area confrontando le differenze esistenti all'interno della nostra popolazione di riferimento (Tabella 4.10).

#### *4. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per adulti*

I pazienti che giungono ai servizi in situazione di “emergenza” mostrano un elevato disagio psicologico (70,8% di bisogno insoddisfatto) e sintomi psicotici (50,9% del campione). In questa tipologia di utenti si registrano bisogni non soddisfatti rispetto alla sicurezza personale e alla sicurezza per gli altri in quasi 2 casi su 10 (rispettivamente 24,1% e 18,9%), aspetti che spesso sono fra le principali motivazioni dell'intervento in emergenza.

Al momento dell'intervento, i pazienti che presentano bisogni legati all'abuso di farmaci o alcol sono una piccola quota (circa 1 caso su 10). Difficoltà relazionali e di coppia sono presenti in circa metà del campione (rispettivamente 54,2% e 43,2%), oltre alla incapacità nello svolgimento di attività di vita quotidiana (40%). Quest'ultimo aspetto riconosce dei bisogni soddisfatti (tramite l'attivazione della rete di sostegno) nel 40% del campione.

L'area dei servizi (informazioni mediche, comunicazioni, sussidi) mostra la presenza di bisogni in quasi 2 casi su 10, di cui più della metà sono soddisfatti grazie all'intervento/sostegno in atto, mentre in una piccola quota del campione (circa 1 caso su 20) sono rilevati bisogni non soddisfatti.

Soltanto in una quota marginale di casi si registrano bisogni riguardo all'istruzione, mentre, per la capacità di gestire autonomamente le somme di denaro a disposizione, soltanto il 59,1% degli utenti è stato ritenuto del tutto autonomo e in 2 casi su 10 persistono problemi non risolti in questo ambito. Analoga la situazione riguardo alla cura della casa e dei figli, mentre ancora più problematica risulta la gestione della cura di sé, in cui soltanto 1/3 del campione viene considerato esente da difficoltà.

**Tabella 4.10**

**Distribuzione di frequenza relativa ad ogni singola area suddivisa in base al grado di bisogno: utenza in regime di urgenza (N= 144)**

Aree CAN	Nessun bisogno %	Bisogno soddisfatto %	Bisogno insoddisfatto %
<b>Bisogni di salute</b>			
Salute fisica	53,3	32,7	14,0
Sintomi psicotici	34,8	14,3	<b>50,9</b>
Abuso di farmaci	<b>88</b>	5	7
Abuso di alcol	<b>81,6</b>	5,1	13,3
Sicurezza personale	38,0	38,0	24,1
Sicurezza per gli altri	56,6	24,5	18,9
Disagio psicologico	8,0	21,2	<b>70,8</b>
<b>Bisogni di base</b>			
Alloggio	75,2	7,9	16,8
Alimentazione	65,3	24,8	9,9
Attività quotidiane	19,1	<b>40,9</b>	<b>40</b>
<b>Bisogni sociali</b>			
Vita di relazione	8,4	<b>37,4</b>	<b>54,2</b>
Vita di coppia	39,5	17,3	<b>43,2</b>
Vita sessuale	45,7	23,5	<b>30,9</b>
<b>Bisogni di servizi</b>			
Informazioni mediche	<b>84,2</b>	11,6	4,2
Telefono	90,6	4,7	4,7
Trasporti	77,8	13,3	8,9
Sussidi	84,3	12,0	3,6
<b>Bisogni di funzionamento</b>			
Istruzione di base	95	2,5	2,5
Denaro	59,1	20,4	20,4
Cura dei figli	65,2	16,7	18,2
Cura della casa	52,6	35,1	12,4
Cura di sé	36,3	35,4	28,3

Passiamo adesso ad esaminare come si distribuiscono (mediamente) i bisogni della popolazione presa in esame in base alle principali caratteristiche socio-demografiche.

Contrariamente a quanto abbiamo segnalato a proposito di coloro che giungono ai Servizi in regime programmato, in questo caso, molte sembrano essere le variabili che differenziano la popolazione per i bisogni insoddisfatti. È importante precisare

#### 4. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per adulti

che per bisogno insoddisfatto si definisce non la mancata attivazione di “assistenza”, ma la presenza di un problema grave indipendentemente dalla causa o dal fatto che sia stato o meno fornito aiuto.

In linea con quanto emerso nei dati presentati sotto forma di distribuzione di frequenza, i valori medi più alti si riscontrano nella macroarea riguardante la salute. Fra le caratteristiche socio-demografiche prese in esame, il genere maschile è quello che mediamente presenta un numero maggiore di bisogni insoddisfatti. Altre variabili discriminanti sono lo stato civile (i celibi/nubili hanno in media più problemi insoddisfatti rispetto ai coniugati) e la condizione di disoccupato associata a maggiori problematiche in atto. Rispetto alla macroarea dei servizi (che racchiude il bisogno di ricevere informazioni mediche, la capacità di utilizzare i diversi mezzi di comunicazione e le necessità economiche), i dati mostrano differenze significative legate all'età superiore a 35 anni e alla condizione di non disoccupato<sup>8</sup>.

Rispetto ai bisogni soddisfatti, grazie al sostegno in atto al momento dell'intervento in emergenza, il titolo di studio risulta essere l'unica variabile in grado di differenziare il campione per la specifica macroarea dei servizi: le persone con un titolo di studio fino alla licenza media inferiore presentano un numero medio di bisogni soddisfatti maggiore rispetto a coloro con titolo di studio più alto (Tabella 4.11).

Riassumendo, possiamo concludere sottolineando che i pazienti che accedono ai servizi in regime di emergenza presentano prevalentemente problemi di salute (fisica e psichica); sono a un livello di funzionamento personale, sociale e relazionale spesso problematico e soffrono della mancanza di una rete sociale. La presenza di bisogni non soddisfatti è più frequentemente associata al genere maschile in coloro che non sono riusciti a costruirsi un proprio nucleo familiare e fra i disoccupati.

La rete di sostegno, sia essa istituzionale o informale, che contribuisce a soddisfare i bisogni presentati da questa popolazione, risulta associata, nell'area dei bisogni di servizi, soltanto a un basso grado di scolarizzazione.

---

<sup>8</sup> La condizione di occupato comprende anche casalinghe e pensionati.



**Tabella 4.11**

**Bisogni di cura e caratteristiche socio-demografiche: confronto tra gruppi del numero medio dei bisogni ottenuti nelle diverse aree aggregate della scala CAN (è riportata in parentesi la deviazione standard) (test di Mann-Whitney; N=144)**

	B. di salute		B. di base		B. sociali		B. di servizi		B. di funzionamento		B. totali	
	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.
Maschi	0,86 (0,91)	<b>1,55 (1,04)*</b>	0,57 (0,78)	0,54 (0,68)	0,52 (0,85)	0,75 (0,93)	0,25 (0,65)	0,19 (0,49)	0,36 (0,59)	0,25 (0,50)	3,87 (2,74)	5,67 (2,67)
Femmine	0,89 (0,99)	<b>1,21 (1,13)*</b>	0,52 (0,68)	0,45 (0,70)	0,49 (0,86)	0,88 (1,04)	0,27 (0,58)	0,08 (0,32)	0,55 (0,83)	0,37 (0,71)	3,96 (2,83)	5,33 (3,05)
Celibi/nubili	0,99 (1,01)	<b>1,56 (1,03)*</b>	0,58 (0,75)	0,57 (0,71)	0,56 (0,87)	0,68 (0,85)	0,29 (0,68)	0,14 (0,42)	0,43 (0,62)	0,26 (0,56)	4,17 (2,72)	5,64 (2,70)
Coniugati (separati e vedovi)	0,77 (0,88)	<b>1,18 (1,14)*</b>	0,51 (0,71)	0,42 (0,67)	0,46 (0,84)	0,96 (1,10)	0,23 (0,54)	0,13 (0,41)	0,49 (0,83)	0,37 (0,68)	3,70 (2,84)	5,35 (3,06)
Fino alla lic. media	1,01 (1,04)	1,31 (1,12)	0,59 (0,76)	0,50 (0,69)	0,54 (0,87)	0,78 (0,98)	<b>0,36 (0,73)*</b>	0,15 (0,42)	0,46 (0,75)	0,30 (0,58)	4,20 (2,98)	5,45 (2,98)
Oltre la lic. media	0,76 (0,85)	1,50 (1,06)	0,52 (0,69)	0,56 (0,72)	0,54 (0,88)	0,89 (1,00)	<b>0,13 (0,39)*</b>	0,13 (0,44)	0,48 (0,75)	0,39 (0,71)	3,78 (2,52)	5,78 (2,77)
Età 19-35 aa.	0,80 (0,98)	1,39 (1,04)	0,45 (0,63)	0,52 (0,73)	0,50 (0,85)	0,75 (0,99)	0,34 (0,71)	<b>0,02 (0,15)*</b>	0,43 (0,66)	0,20 (0,46)	3,75 (2,69)	5,20 (2,55)
Età 36 aa. in poi	0,91 (0,94)	1,37 (1,13)	0,58 (0,77)	0,48 (0,67)	0,51 (0,86)	0,85 (0,99)	0,22 (0,56)	<b>0,18 (0,48)*</b>	0,47 (0,76)	0,36 (0,67)	3,99 (2,83)	5,62 (3,00)
Disoccupati	0,77 (0,91)	<b>1,73 (0,97)*</b>	0,48 (0,70)	0,66 (0,78)	0,55 (0,93)	0,82 (0,90)	0,25 (0,65)	<b>0,02 (0,15)*</b>	0,39 (0,62)	0,25 (0,58)	3,70 (5,58)	5,93 (2,58)
Occupati**	0,95 (0,97)	<b>1,24 (1,12)*</b>	0,59 (0,75)	0,42 (0,64)	0,51 (0,83)	0,81 (1,01)	0,27 (0,60)	<b>0,19 (0,49)*</b>	0,49 (0,78)	0,35 (0,65)	4,08 (2,88)	5,34 (2,97)

\* Significatività  $p < 0,05$  test di Mann-Whitney.

\*\* Comprende anche i pensionati e le casalinghe.

## 4.4 Risultati clinici

La diagnosi rilevata nei casi che hanno richiesto un intervento di emergenza è prevalentemente un disturbo affettivo, disturbo bipolare o depressione (Tabella 4.12). In 2 casi su 10 si tratta di diagnosi di schizofrenia, mentre i disturbi d'ansia e quelli di personalità non raggiungono la quota di 1 caso su 10 ciascuno. Gli interventi per disturbi psichici organici sono una quota molto limitata (circa 1 caso su 20).

**Tabella 4.12**  
**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Diagnosi principale**

<b>Diagnosi</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sindromi affettive	63	46,7
Sindromi schizofreniche	32	23,7
Disturbi d'ansia	13	9,6
Disturbi di personalità	12	8,9
Disturbi psichici organici	8	5,9
Abuso di alcol e sostanze	3	2,2
Disturbi dell'infanzia	1	0,7
Altro	3	1,5
<b>Totale</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

L'analisi del momento di intervento rispetto all'insorgenza del problema-emergenza offre spunti interessanti di riflessione. In media, l'intervento avviene dopo 3 giorni, ma con una notevole variabilità (min 0; max 60; Dev. std. 8,2 giorni). Nella metà dei casi, l'intervento di emergenza avviene nella giornata in cui è insorto il problema (mediana = 1), senza differenze nelle casistiche di psichiatri e psicologi [dati non mostrati]; per questa quota di casistica si assiste pertanto a un riconoscimento puntuale del problema da parte del soggetto e/o del contesto con rapida attivazione del Servizio. In una quota sensibile di casi (circa 2 su 10), invece, si arriva a un intervento dopo più di 3 giorni dal momento dell'insorgenza (Tabella 4.13).

**Tabella 4.13**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Tempo di intervento degli operatori dall'insorgenza del problema**

Tempo di intervento (classi di giorni)	N	%
Entro la giornata	68	48,2
da 1 a 3 giorni	47	33,3
da 4 a 10 giorni	16	11,3
> 10 giorni	10	7,1
<b>Totale</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>

I casi già in trattamento (psichiatrico o psicologico) ricevono più frequentemente un intervento precoce per emergenze (Tabella 4.14); se il caso era già stato conosciuto dal servizio intervenuto, le probabilità di un intervento precoce aumentano (Tabella 4.15). Il caso attualmente in trattamento presso il servizio intervenuto ha maggiori probabilità di intervento precoce rispetto ai trattati presso altri specialisti (Tabella 4.16).

**Tabella 4.14**

**Tempo dell'intervento in emergenza per trattamento psichiatrico-psicologico (percentuali per classi di durata)**

Trattamento in atto	Giorni per classi	
	≤ 3 gg	>3 gg
Sì (N=108)	84,3	15,7
No (N=34)	67,6	32,4
<b>Totale (N=142)</b>	<b>80,3</b>	<b>19,7</b>

Test Mantel-Haenszel:  $OR=2,5$ ;  $I.C._{95\%} 1,05 - 6,2$ .

**Tabella 4.15**

**Tempo dell'intervento in emergenza per precedenti contatti con il servizio per adulti (percentuali per classi di durata)**

Contatti precedenti	Giorni per classi	
	≤ 3 gg	>3 gg
Sì (N=108)	87,5	12,5
No (N=38)	63,2	36,8
<b>Totale (N=142)</b>	<b>81,0</b>	<b>19,0</b>

Test Mantel-Haenszel:  $OR=4,1$ ;  $I.C._{95\%} 1,7 - 9,8$ .

**Tabella 4.16****Tempo dell'intervento in emergenza per presa in carico presso il servizio intervenuto (percentuali per classi di durata)**

In carico	Giorni per classi	
	≤ 3 gg	>3 gg
Sì (N=81)	88,9	11,1
No (N=27)	70,4	29,6
<b>Totale (N=108)</b>	<b>84,3</b>	<b>15,7</b>

*Test Mantel-Haenszel: OR=3,7; I.C.<sub>95%</sub> 1,14 – 9,9.*

Non sono risultati significativamente associati al tempo di intervento genere, età, stato civile, scolarità, professione, tipo di problema attuale e diagnosi.

Il fattore predittivo più evidente di intervento precoce è dunque rappresentato dalla conoscenza del caso da parte del servizio intervenuto. I dati a nostra disposizione non sono sufficienti per approfondimenti su questo aspetto; alla conoscenza del Servizio possono essere infatti associati fattori non rilevati dalla nostra indagine (conoscenza e accessibilità del Servizio da parte del paziente e del suo contesto, precedente esperienza di malattia, riconoscimento precoce dei sintomi di ricaduta ecc.).

Gli interventi di emergenza comportano un trattamento con psicofarmaci in 8 casi su 10 e il coinvolgimento di familiari in 7 casi su 10; trattamenti psicologici sono attuati nella metà dei casi e, in 1/3 del totale della casistica, vengono attivati interventi di sostegno alla cura di sé, interventi sulla rete sociale (lavoro, ambiente di vita ecc.) e di tipo socio-sanitario (Tabella 4.17).

Questi ultimi consistono in primo luogo nell'attivazione di altri servizi socio-sanitari, prevalentemente dei servizi sociali (rilevata in 10 casi su 17). La tabella 4.18 mostra le altre tipologie di interventi socio-sanitari rilevati in questa casistica. È interessante notare che gli interventi di emergenza dei Servizi per adulti comportano interventi di ordine sociale in circa 3 casi su 10 di questo campione, a prescindere dal tipo di problema in atto e dalla diagnosi clinica (dati non mostrati in Tabella 4.17).

Nei Servizi per adulti toscani appare abbastanza consolidata l'organizzazione multiprofessionale, come descritto nelle Tabelle 4.19 e 4.20 che illustrano le figure professionali intervenute nell'emergenza. Nell'ordine, le figure più frequenti risultano psichiatri e infermieri (presenti in circa metà degli interventi di emergenza, sempre in collaborazione con psichiatri); le altre figure intervengono con una frequenza

molto più ridotta (inferiore a 1 caso su 10 di emergenza). Si può altresì osservare, dai dati della Tabella 4.18, che in alcune situazioni il coinvolgimento dell'assistenza sociale è indiretto (tramite segnalazione); se ne evince, quindi, che in questi casi l'organizzazione del servizio di salute mentale non ha all'interno le risorse necessarie per rispondere a situazioni con bisogni assistenziali sociali.

**Tabella 4.17**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti (N=142) - Trattamenti attuati\***

<b>Trattamenti attuati</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Psicofarmaci	120	83,3
Coinvolgimento familiari	105	72,9
Interventi psicologici	69	47,9
Sostegno alla cura di sé e alla quotidianità	46	31,9
Interventi socio-sanitari	46	31,9
Interventi sulla rete sociale	45	31,3

\* Possibili più interventi per caso.

**Tabella 4.18**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Descrizione degli interventi socio-sanitari (N=46)\***

<b>Interventi socio-sanitari</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Segnalazione ad altri servizi	17	12,0
Inserimento/sostegno occupazionale	12	8,5
Ricerca cambiamento alloggio	10	7,0
Sussidi/richiesta pensione	8	5,6
Inserimento in struttura residenziale	7	4,9
Indirizzo ad agenzie di auto-mutuo aiuto	5	3,5

\* Possibili più interventi per caso; percentuali sul totale del campione "Emergenza" (N=142).

L'analisi delle figure che hanno collaborato nel corso dell'emergenza permette di descrivere gli interventi congiunti (Tabella 4.19). Si può osservare che gli infermieri sono gli operatori che più spesso collaborano con gli psichiatri negli interventi di emergenza e sono presenti in metà della casistica delle emergenze degli psichiatri;

#### 4. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per adulti

le altre figure professionali (assistenti sociali, psicologi ed educatori professionali) sono coinvolte in una quota molto minore (inferiore sempre a 1 caso su 10). La casistica delle emergenze trattate dagli psicologi è piuttosto limitata numericamente (in totale 8 casi) e la figura più spesso coinvolta è lo psichiatra (presente nella metà dei casi) (Tabella 4.20).

**Tabella 4.19**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Figure professionali intervenute\***

<b>Professionista</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Psichiatra	136	94,4
Infermiere	75	52,1
Psicologo	12	8,3
Assistente sociale	12	8,3
Educatore professionale	7	4,9
Neuropsichiatra infantile	1	0,7
Altra figura professionale	6	4,2

\* Possibili interventi di più figure professionali.

**Tabella 4.20**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Figure professionali intervenute per professionista**

<b>Professionista coinvolto</b>	<b>Psicologo (N=8)</b>	<b>Psichiatra (N=136)</b>
Psichiatra	50,0	-
Psicologo	-	3,5
Infermiere	12,5	52,1
Assistente sociale	12,5	7,7
Educatore professionale	25,0	3,5
Neuropsichiatra infantile	0,0	0,7
Altra figura professionale	0,0	4,2

L'esito dell'intervento di emergenza si traduce in ricovero in un reparto psichiatrico in circa 3 casi su 10, di cui 1 su 10 è un ricovero obbligatorio (TSO - trattamento

sanitario obbligatorio); in una quota analoga, invece, il trattamento prosegue presso il Servizio che ha fatto l'intervento di emergenza e, in altrettante situazioni, il caso viene inviato al servizio (o professionista) che lo ha già in cura (Tabella 4.21).

**Tabella 4.21**

**Interventi di emergenza dei Servizi per adulti - Esito dell'intervento (N=141)**

<b>Esito dell'intervento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trattamento presso il servizio intervenuto	47	32,9
Trattamento presso il servizio/professionista curante	45	31,5
Ricovero volontario in SPDC/reparto ospedaliero	28	19,6
Ricovero obbligatorio in SPDC	14	9,8
Invio al DEA	2	1,4
Invio al MMG	1	0,7
Invio al servizio sociale	3	2,1
Nessun ulteriore intervento	3	2,1

Il ricovero in SPDC, e anche in TSO, è attivato nel 50% dei casi per invio dal CSM e in 4 casi su 10 in seguito a un contatto al Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA); la metà dei ricoveri in TSO è attuato in seguito a un intervento domiciliare (dati non mostrati in tabella).

#### **4.4.1 Trattamenti farmacologici**

In totale, i casi in situazioni di emergenza trattati dagli psichiatri con psicofarmaci sono risultati 120 (87,5% del totale delle emergenze).

La classe più prescritta in questo campione sono i neurolettici, usati in quasi 7 casi su 10 (68%), seguiti dagli ansiolitici, usati in 1 caso su 2 (50%). Gli antidepressivi sono al terzo posto e sono prescritti in quasi 4 casi su 10 (Tabella 4.22).

**Tabella 4.22**

**Interventi di emergenza - Trattamenti con psicofarmaci (per classi)**

<b>Classe di farmaci</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Neurolettici	81	59,6
Ansiolitici	60	44,1
Antidepressivi	45	33,1
Eutimici	44	32,3
Antiparkinson	2	1,5

Anche in questo campione si osservano frequentemente trattamenti farmacologici con associazione di molecole di classi differenti.

L'associazione più frequentemente osservata è quella fra neurolettici e ansiolitici (N=36) seguita da quella fra neurolettici ed eutimici (N=34). Al terzo posto si osserva l'associazione nella prescrizione di antidepressivi e ansiolitici (N=26) (Tabella 4.23).

**Tabella 4.23**

**Interventi di emergenza - Trattamenti con associazione di classi di psicofarmaci**

Prescrizione	Neurolettici	
	Sì (N=81)	No (N=38)
Antidepressivi (N=45)	21,0	73,7
Ansiolitici (N=60)	44,4	63,2
Eutimici (N=44)	42,0	26,3
	Antidepressivi	
	Sì (N=45)	No (N=74)
Ansiolitici (N=60)	57,8	45,9
Eutimici (N=44)	26,7	43,2
	Eutimici	
	Sì (N=44)	No (N=75)
Ansiolitici (N=60)	43,2	54,7

I dosaggi prescritti sono stati analizzati tramite la trasformazione in DDD (vedi nota paragrafo 3.4.2). Si può osservare che, nel campione trattato in emergenza, il dosaggio medio è più elevato rispetto al campione di casi presi in carico. Ciò viene confermato anche analizzando i dosaggi delle classi di farmaci per diagnosi. Infatti le DDD di neurolettici nei casi di schizofrenia sono in media 1,4; così come gli eutimici risultano pari a 1,3 DDD nei disturbi bipolari e gli antidepressivi 1,5 nei disturbi depressivi. Soltanto nei disturbi d'ansia si riscontrano dosaggi medi che sono vicini all'unità di DDD.

Complessivamente, il maggior dosaggio totale di farmaci si osserva nella diagnosi di schizofrenia, in cui le DDD medie più elevate risultano a carico degli ansiolitici: questa classe di farmaci è usata in un numero inferiore di casi rispetto ai neurolettici (13 vs 27; dati non mostrati in Tabella 4.24), ma con dosaggi piuttosto elevati.



**Tabella 4.24**

**Interventi di emergenza - Trattamenti farmacologici per gruppi diagnostici. Classi di farmaci per DDD media**

<b>Diagnosi</b>	<b>Neurolettici</b>	<b>Antidepressivi</b>	<b>Ansiolitici</b>	<b>Eutimici</b>	<b>Totale farmaci</b>
Sindromi schizofreniche (N=29)	1,4	1,0	1,6	0,9	2,6
Disturbo bipolare (N=38)	1,0	1,1	0,8	1,3	2,3
Depressione (N=19)	1,7	1,5	0,9	1,6	2,4
Disturbo d'ansia (N=6)	2,3	1,1	1,1	0,3	2,3
Disturbo di personalità (N=7)	0,7	1,0	3,0	0,5	1,7
Disturbo psicorganico (N=7)	0,7	0,5	0,5	0,7	1,1
Altro (N=6)	1,0	0,7	1,8	0,4	2,2
<b>Totale (N=112)</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>2,3</b>

Queste osservazioni sono confermate anche se si analizzano i dosaggi dei trattamenti attuati nel campione delle emergenze per categorie di DDD (dosaggio: basso < 0,8; standard 0,8 ÷ 1,2; elevato > 0,2) (Tabelle 4.25 ÷ 4.29).

**Tabella 4.25**

**Interventi di emergenza. Trattamenti con psicofarmaci - Totale classi di DDD per gruppo diagnostico (percentuali)**

<b>Diagnosi</b>	<b>Dosaggio totale farmaci (classe DDD)</b>		
	<b>Basso</b>	<b>Standard</b>	<b>Alto</b>
Sindromi schizofreniche	6,9	6,9	86,2
Disturbo bipolare	13,2	7,9	78,9
Depressione	10,5	15,8	73,7
Disturbo d'ansia	0,0	16,7	83,3
Disturbo di personalità	0,0	14,3	85,7
Disturbo psicorganico	42,9	0,0	57,1
Altro	16,7	16,7	66,7
<b>Totale</b>	<b>11,6</b>	<b>9,8</b>	<b>78,6</b>

**Tabella 4.26****Interventi di emergenza. Trattamenti con farmaci neurolettici - Classi di DDD (percentuali) per gruppo diagnostico**

<b>Diagnosi</b>	<b>Dosaggio neurolettici (classe DDD)</b>		
	<b>Basso</b>	<b>Standard</b>	<b>Alto</b>
Sindromi schizofreniche	18,5	18,5	63,0
Disturbo bipolare	33,3	25,9	40,7
Depressione	33,3	33,3	33,3
Disturbo d'ansia	0,0	0,0	100,0
Disturbo di personalità	50,0	33,3	16,7
Disturbo psicorganico	57,1	42,9	0,0
Altro	66,7	0,0	33,3
<b>Totale</b>	<b>32,5</b>	<b>24,7</b>	<b>42,9</b>

**Tabella 4.27****Interventi di emergenza - Trattamenti con farmaci antidepressivi - Classi di DDD (percentuali) per gruppo diagnostico**

<b>Diagnosi</b>	<b>Dosaggio antidepressivi (classe DDD)</b>		
	<b>Basso</b>	<b>Standard</b>	<b>Alto</b>
Sindromi schizofreniche	25,0	50,0	25,0
Disturbo bipolare	25,0	41,7	33,3
Depressione	21,4	28,6	50,0
Disturbo d'ansia	0,0	80,0	20,0
Disturbo di personalità	0,0	100,0	0,0
Disturbo psicorganico	100,0	0,0	0,0
Altro	66,7	33,3	0,0
<b>Totale</b>	<b>25,6</b>	<b>44,2</b>	<b>30,2</b>

**Tabella 4.28**

**Interventi di emergenza - Trattamenti con farmaci ansiolitici - Classi di DDD (percentuali) per gruppo diagnostico**

Diagnosi	Dosaggio ansiolitici (classe DDD)		
	Basso	Standard	Alto
Sindromi schizofreniche	7,7	23,1	69,2
Disturbo bipolare	58,8	29,4	11,8
Depressione	54,5	18,2	27,3
Disturbo d'ansia	20,0	60,0	20,0
Disturbo di personalità	0,0	0,0	100,0
Disturbo psicorganico	100,0	0,0	0,0
Altro	0,0	0,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>38,9</b>	<b>24,1</b>	<b>37,0</b>

**Tabella 4.29**

**Interventi di emergenza - Trattamenti con farmaci eutimici - Classi di DDD (percentuali) per gruppo diagnostico**

Diagnosi	Dosaggio eutimici (classe DDD)		
	Basso	Standard	Alto
Sindromi schizofreniche	58,3	16,7	25,0
Disturbo bipolare	54,5	9,1	36,4
Depressione	66,7	0,0	33,3
Disturbo d'ansia	100,0	0,0	0,0
Disturbo di personalità	100,0	0,0	0,0
Disturbo psicorganico	100,0	0,0	0,0
Altro	100,0	0,0	0,0
<b>Totale</b>	<b>62,8</b>	<b>9,3</b>	<b>27,9</b>

## 5. Utenza programmata dei Servizi per infanzia-adolescenza

### 5.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche

Il campione è composto da 105 casi. Il genere maschile rappresenta il 60% del totale.

L'età media dei pazienti che si presentano con modalità programmata ai Servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza è di 9,6 anni (Dev. std. 4,2), senza differenze significative tra maschi e femmine.

La tabella 5.1 mostra come tra i minori la classe di età più rappresentata, sia per i maschi sia per le femmine, è quella compresa fra i 10 e i 17 anni, seguita dalla fascia di età precedente (5-9 anni). La prima infanzia è presente in misura minore, rappresentando il 12,5% del campione totale.

**Tabella 5.1**  
**Caratteristiche socio-demografiche dei pazienti che accedono come prima visita ai Servizi per infanzia-adolescenza (percentuali di colonna)\***

		Maschio (N= 64)	Femmina (N= 41)	Totale (N=105)
Età (in classi)	< a 5 anni	12,7	12,2	12,5
	da 5 a 9 anni	39,7	26,8	34,6
	da 10 a 17 anni	46,0	58,5	51,0
	> = a 18 anni	1,6	2,4	1,9
Titolo di studio	Nessun titolo	61,9	68,3	64,4
	Licenza elementare	30,2	14,6	24,0
	Licenza media	7,9	17,1	11,5
Nazionalità	Italiana	95,0	92,5	94,0
	Straniera	5,0	7,5	6,0

\* *Esclusi i "non risponde"*.

Il grado di scolarizzazione, come era prevedibile, risulta assente nel 64,4% dei casi. Relativamente alla nazionalità, i minori che afferiscono ai Servizi sono soprattutto italiani (94% dei casi). Fra gli stranieri si rilevano percentuali lievemente superiori nel genere femminile.

## 5.2 Modalità di presa in carico

Come per la popolazione adulta, anche per gli utenti di età inferiore ai 18 anni, soltanto una piccola percentuale è conosciuta ai Servizi (Tabella 5.2).

**Tabella 5.2**  
**Modalità di accesso ai Servizi per infanzia-adolescenza (percentuali di colonna)\***

	Maschio (N= 64)	Femmina (N= 41)	Totale (N= 105)
Il paziente è già stato conosciuto in precedenza dal servizio?			
Sì	20,3	14,6	18,1
Paziente	1,6	0,0	1,0
Familiari/amici	57,8	45,0	52,9
Medico di medicina generale/pediatra	20,3	27,5	23,1
Chi ha richiesto la visita?			
Servizio sociale	0,0	7,5	2,9
Autorità giudiziaria	1,6	2,5	1,9
Altro	18,8	17,5	18,3
Quanti giorni sono passati dalla richiesta alla effettuazione della visita?			
< a 7 gg	8,2	17,9	12,0
da 7 a 15 gg	44,3	41,0	43,0
da 16 a 30 gg	34,4	23,1	30,0
> di 30 gg	13,1	17,9	15,0

\* *Esclusi i "non risponde".*

Per lo più è la famiglia a richiedere la visita (52,9%), seguita dal medico di famiglia. Un peso contenuto hanno il Servizio sociale e l'Autorità giudiziaria mentre, più numerosi, sono i casi di intervento di altre agenzie raggruppate nella voce "altro": la scuola, altri servizi per infanzia-adolescenza, reparti ospedalieri (pediatria, neuro-riabilitazione ecc.).

Mediamente, il tempo di attesa tra la richiesta e l'effettuazione della visita è di 19,4 giorni (Dev. std. 14,5), indipendentemente dalla figura professionale richiesta (Tabella 5.3).

**Tabella 5.3****Tempi di attesa (giorni) per la prima visita nei Servizi infanzia-adolescenza per professionista**

<b>Professionista</b>	<b>N casi</b>	<b>Giorni (media)</b>	<b>Giorni (mediana)</b>	<b>Dev. std.</b>
Psicologo	54	17,0	15	11,1
Neuropsichiatra	46	22,2	15	17,5
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>19,4</b>	<b>15</b>	<b>14,5</b>

(Test ANOVA:  $F=3,17$ ;  $g.l.=1$ ,  $p=ns$ ).

In 2 richieste su 10 il contatto avviene entro 7 giorni e, nella metà dei casi, entro 15 giorni. In poco più di 1 caso su 10 il tempo è superiore a 30 giorni. Il tempo di attesa per il neuropsichiatra dell'infanzia presenta una maggiore variabilità rispetto agli psicologi: la mediana è la stessa del campione totale (15 giorni) ma sono stati registrati casi di attesa piuttosto prolungata e, in 2 casi su 10, il tempo è superiore a 30 giorni, mentre nella casistica degli psicologi ciò si registra soltanto in meno di 1 caso su 10 (Tabella 5.4).

**Tabella 5.4****Tempo di attesa per la prima visita (in classi di giorni) - Percentuali per professionista**

<b>Tempi di attesa</b>	<b>Professionista</b>		<b>Totale</b>
	<b>Psicologo (N=54)</b>	<b>Neuropsichiatra (N=46)</b>	
< a 7 gg	7,4	17,4	12,0
da 7 a 15 gg	50,0	34,8	43,0
da 16 a 30 gg	35,2	23,9	30,0
> di 30 gg	7,4	23,9	15,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

L'età media all'esordio del problema che ha portato al contatto con il servizio infanzia-adolescenza è risultata di 6,6 anni (Dev. std. 3,8); in 3 casi su 10 l'esordio è stato datato entro i primi 5 anni di età, in 5 casi su 10 fra i 5 e i 10 anni e, per 2 casi su 10, fra gli 11 e i 18 anni.

La durata media del disturbo al momento del contatto è di 3,3 anni (Dev. std. 2,8) (Tabella 5.5).

**Tabella 5.5**

**Durata del disturbo al momento del primo contatto per genere**

Genere	N	Anni (media)	Anni (mediana)	Dev. std.
Maschio	57	3,6	2	3,0
Femmina	37	2,9	2	2,7
<b>Totale</b>	<b>94</b>	<b>3,3</b>	<b>2</b>	<b>2,9</b>

In 1/3 circa del campione (N=37 casi) è stato rilevato un precedente contatto con uno specialista della salute mentale (psicologo o neuropsichiatria dell'infanzia), mentre in 2/3 dei casi (N= 65) quello attuale era il primo contatto specialistico in assoluto. I precedenti specialistici erano avvenuti in età inferiore ai 5 anni in 3 casi su 10, fra i 5 e i 10 anni in 5 casi su 10 e fra 11 e 18 in 2 casi su 10 (Tabella 5.6).

**Tabella 5.6**

**Età al primo contatto specialistico nella vita**

Età (classe)	N	%
< a 5 anni	10	9,8
da 5 a 10 anni	19	18,6
da 11 a 18 anni	8	7,8
Nessuna	65	63,7
<b>Totale</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

I casi con precedenti specialistici al momento del contatto con il Servizio infanzia-adolescenza avevano in media 10,8 anni (Dev. std. 4,1) mentre, in assenza di questi, è stata registrata un'età media di 8,9 anni (Dev. std. 4,1).

L'età di insorgenza del problema non è differente fra chi ha fatto una precedente visita specialistica e il resto della casistica (mediana 6 anni, Dev. std. 3,7).

Sono stati registrati precedenti ricoveri specialistici avvenuti negli ultimi 5 anni soltanto in 7 casi del totale del campione (circa 1 caso su 20).

Il numero di anni intercorsi, in media, tra l'insorgere del disturbo e il contatto con i Servizi per infanzia-adolescenza è pari a 3,3 (Dev. std. 2,9).

La durata del disturbo cresce con l'aumento dell'età al momento del primo contatto: per i minori di 5 anni si osserva una durata media del problema di circa 1 anno, fra i 5 e i 9 anni aumenta a 2,3 anni e fra i 10 e i 17 anni arriva a 4,5 anni

(Tabella 5.7). L'andamento del fenomeno appare significativo statisticamente (Test ANOVA:  $F=8,3$ ; g.l.=3;  $p < 0,001$ ).

**Tabella 5.7**  
**Durata del disturbo per classi di età attuale**

<b>Età</b>	<b>N</b>	<b>Anni (media)</b>	<b>Anni (mediana)</b>	<b>Dev. std.</b>
< a 5 anni	10	1,0	1	0,7
da 5 a 9 anni	33	2,3	2	1,5
da 10 a 17 anni	49	4,6	4	3,3
> 17 anni	2	1,5	1,5	0,7
<b>Totale</b>	<b>94</b>	<b>3,3</b>	<b>2</b>	<b>2,9</b>

Nel tempo trascorso tra l'insorgere del disturbo e l'attuale visita, il 71,4% dei pazienti si era già rivolto a un'altra agenzia. La maggioranza si è rivolta al medico di famiglia (Tabella 5.8) con una notevole differenza di genere: circa la metà delle femmine contro 1/3 dei maschi. Il 36,2% si è rivolto ad altri servizi pubblici (altri servizi per infanzia-adolescenza, reparto ospedaliero ecc.), mentre soltanto il 2,9% ha contattato professionisti privati.

**Tabella 5.8**  
**Agenzie già contattate per l'attuale problema (percentuali di colonna)\***

	<b>Maschi (N= 64)</b>	<b>Femmine (N= 41)</b>	<b>Totale (N= 105)</b>
Nessuna agenzia contattata	34,4	19,5	28,6
Medico di medicina generale/pediatra	32,8	46,3	38,1
Altro servizio pubblico	32,8	41,5	36,2
Professionista privato	4,7	0,0	2,9
Altro	6,3	14,6	9,5

\* La somma della percentuale di colonna può essere maggiore di 100, perché erano possibili più risposte.

Passando a illustrare il tipo di disturbo che ha determinato il contatto attuale con i Servizi per infanzia-adolescenza (Tabella 5.9), si può osservare che il problema prevalente è legato a disturbi del linguaggio/apprendimento/comunicazione. A questi seguono il comportamento allarmante e/o disturbante, i disturbi psicopatologici acuti



e il ritardo dello sviluppo. Anche qui si devono sottolineare delle evidenti differenze di genere: i disturbi del linguaggio/apprendimento/comunicazione sono infatti molto più frequenti tra i maschi (34,4%), mentre i disturbi psicopatologici acuti hanno un peso maggiore nel genere femminile (29,3%). Molto contenuti risultano, in queste fasce di età, i disturbi del comportamento alimentare e i problemi legati a isolamento/apatia.

**Tabella 5.9**  
**Problema che ha determinato il contatto con i Servizi per infanzia-adolescenza (percentuali di colonna)\***

	Maschi (N= 64)	Femmine (N= 41)	Totale (N= 105)
Disturbi del linguaggio/apprendimento/ comunicazione	34,4	24,4	30,5
Comportamento allarmante o disturbante	25,0	17,1	21,9
Disturbi psicopatologici acuti (ansia, depressione, deliri...)	12,5	29,3	19,0
Ritardo dello sviluppo/problemi cognitivi	14,1	14,6	14,3
Isolamento/apatia	4,7	4,9	4,8
Disturbo del comportamento alimentare	1,6	2,4	1,9
Maltrattamento/abuso	1,6	0,0	1,0
Altro	6,3	7,3	6,7

\* Esclusi i "non risponde".

### **5.3 Analisi dei bisogni effettuata attraverso la scala *Camberwell Assessment of Need***

Nel corso della prima visita programmata eseguita presso i Servizi infanzia-adolescenza, le diverse figure professionali coinvolte ritengono il disagio psicologico un bisogno insoddisfatto soltanto nel 27,4% degli utenti. Come mostrano i dati (Tabella 5.10), la richiesta non sembra essere dovuta alla gravità sintomatologica che risulta assente nel 90,4% dei pazienti (sintomi psicotici). La vita di relazione, indicante il grado di solitudine provato da questi ragazzi nel corso della giornata, rappresenta un bisogno insoddisfatto nel 24,2% di loro. Se a questa sommiamo il 15,8% di coloro che risultano portatori di difficoltà legate al normale svolgimento

delle attività giornaliere (che ricordiamo indica la capacità del singolo di tenersi occupato nel corso della giornata), appare evidente che fra le principali problematiche esperite dai giovani utenti, vanno inseriti in modo particolare aspetti inerenti alla quotidianità. A queste difficoltà fa seguito il livello di istruzione di base, che risulta un problema in atto nel 19% degli utenti.

**Tabella 5.10**

**Distribuzione di frequenza relativa a ogni singola area suddivisa in base al grado di bisogno: utenza con accesso programmato (N= 105)**

<b>Aree CAN</b>	<b>Nessun bisogno</b> %	<b>Bisogno soddisfatto</b> %	<b>Bisogno insoddisfatto</b> %
<b>Bisogni di salute</b>			
Salute fisica	77,2	17,5	5,3
Sintomi psicotici	<b>90,4</b>	3,8	5,8
Abuso di farmaci	100	0,0	0,0
Abuso di alcol	94,9	5,1	0,0
Sicurezza personale	62,1	34,5	3,4
Sicurezza per gli altri	78,4	13,7	7,8
Disagio psicologico	9,6	63,0	<b>27,4</b>
<b>Bisogni di base</b>			
Alloggio	89,1	8,7	2,2
Alimentazione	69,6	21,4	8,9
Attività quotidiane	47,4	36,8	<b>15,8</b>
<b>Bisogni sociali</b>			
Vita di relazione	28,8	47,0	<b>24,2</b>
Vita di coppia	93,3	3,3	3,3
Vita sessuale	96,4	3,6	0,0
<b>Bisogni di servizi</b>			
Informazioni mediche	83,3	14,6	2,1
Telefono	94,3	0,0	5,7
Trasporti	91,7	2,8	5,6
Sussidi	87,1	9,7	3,2
<b>Bisogni di funzionamento</b>			
Istruzione di base	34,5	46,6	<b>19,0</b>
Denaro	96,9	0,0	3,1
Cura dei figli	100	0,0	0,0
Cura della casa	94,3	2,9	2,9
Cura di sé	66,1	25,0	8,9

Trattandosi di giovani di età non superiore ai 18 anni, abbiamo analizzato i dati ottenuti nelle singole macroaree soltanto in base alle due principali caratteristiche demografiche: il genere e l'età (Tabella 5.11). Come mostrano i dati riportati in Tabella 5.8, la variabile "genere" non rappresenta un fattore che possa discriminare il diverso grado di soddisfacimento dei bisogni all'interno delle cinque macroaree. Al contrario, osservando i risultati ottenuti confrontando la nostra popolazione in base alla fascia di età di appartenenza, possiamo osservare come, in tutte le aree (fatta eccezione che per quella indicante i bisogni di ordine sociale), i giovani di età compresa fra gli 11 e i 18 anni presentano, in media, un numero di bisogni superiore rispetto ai più piccoli. Al crescere dell'età, quindi, gli utenti che giungono ai servizi con modalità programmata necessitano di un numero di interventi maggiori, legati non soltanto al bisogno di salute, ma anche ad altri aspetti riguardanti i bisogni di base (come il bisogno di un alloggio o di un inserimento lavorativo) e di funzionamento (istruzione di base, denaro e cura di sé).

**Tabella 5.11**  
**Bisogni di cura e caratteristiche socio-demografiche: confronto tra gruppi del numero medio dei bisogni**  
**ottenuto nelle diverse aree aggregate della scala CAN (è riportata in parentesi la deviazione standard) (test**  
**di Mann-Whitney; N=105)**

	B. di salute		B. di base		B. sociali		B. di servizi		B. di funzionamento		B. totali	
	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.
Maschi	0,89 (0,89)	0,31 (0,69)	0,36 (0,63)	0,14 (0,39)	0,30 (0,46)	0,14 (0,35)	0,09 (0,39)	0,03 (0,18)	0,41 (0,64)	0,23 (0,53)	2,05 (2,09)	0,86 (1,55)
Femmine	0,73 (0,63)	0,29 (0,60)	0,34 (0,62)	0,15 (0,42)	0,34 (0,62)	0,20 (0,46)	0,12 (0,33)	0,10 (0,37)	0,44 (0,71)	0,10 (0,30)	1,98 (1,70)	0,83 (1,69)
Età 0-10 aa.	0,84 (0,79)	<b>0,16 (0,51)*</b>	0,38 (0,68)	<b>0,10 (0,35)*</b>	0,29 (0,46)	0,16 (0,41)	<b>0,06 (0,30)*</b>	0,06 (0,30)	0,40 (0,66)	<b>0,11 (0,36)*</b>	1,97 (1,80)	<b>0,59 (1,42)*</b>
Età 11-18 aa.	0,80 (0,82)	<b>0,53 (0,78)*</b>	0,33 (0,53)	<b>0,23 (0,48)*</b>	0,35 (0,62)	0,18 (0,38)	<b>0,18 (0,45)*</b>	0,05 (0,22)	0,48 (0,68)	<b>0,28 (0,55)*</b>	2,13 (2,16)	<b>1,25 (1,81)*</b>

\* Significatività  $p < 0,05$  test di Mann-Whitney.

## 5.4 Risultati clinici

Le diagnosi principali sono state descritte dai professionisti prevalentemente secondo la X revisione della Classificazione internazionale delle malattie (*International classification of diseases - ICD -10*) dell'Organizzazione mondiale della sanità. Per la descrizione che segue sono state raggruppate in categorie omogenee della ICD-9-CM<sup>9</sup> per uniformità con la descrizione utilizzata per l'utenza dei Servizi per adulti (Tabella 5.12)

Nei disturbi dell'infanzia sono comprese le diagnosi “disturbi dell'emozione specifici dell'infanzia” (N=15) (codice ICD-9-CM=313), “disturbi della condotta”(N=4) (codice ICD-9-CM=312) ed “enuresi” (N=1) (codice ICD-9-CM=307.6). Le diagnosi più frequenti sono “disturbi dello sviluppo specifici” e “disturbi delle emozioni specifiche dell'infanzia” (entrambi in 2 casi su 10 del totale); la “sindrome ipercinetica/deficit d'attenzione” è stata riscontrata in circa 1 caso su 10. La diagnosi di “autismo” è stata descritta in 1 caso su 20 e i “disturbi del comportamento alimentare” rappresentano 1 caso su 50 del campione. La categoria “altre diagnosi” comprende una miscellanea di patologie internistico-neurologiche (linfoma, meningite, disturbo della coordinazione ecc).

**Tabella 5.12**

**Diagnosi principali del campione di visite programmate nei Servizi infanzia-adolescenza**

<b>Diagnosi principale</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Disturbi specifici dello sviluppo (lettura, linguaggio, etc.)	24	24,2
Disturbi delle emozioni specifiche dell'infanzia	20	20,2
Sindrome ipercinetica e deficit attenzione	13	13,1
Disturbi d'ansia	11	11,1
Disturbi fisiologici e del sonno	7	7,1
Autismo	5	5,1
Ritardo mentale	3	3,0
Disturbo del comportamento alimentare	2	2,0
Disturbi di personalità e del comportamento	2	2,0
Sindromi depressive	2	2,0
Psicosi bipolare	1	1,0
Altre diagnosi	9	9,1
<b>Totale</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

<sup>9</sup> *Clinical modification* (modifica clinica).

Ai fini delle analisi successive, le diagnosi principali sono state riunite in gruppi diagnostici omogenei (Tabella 5.13). Nel gruppo “disturbi dell’infanzia” sono state comprese le diagnosi di “disturbi delle emozioni”, “disturbo ipercinetico” e “autismo”.

Nel gruppo “disturbi dell’infanzia” sono stati inclusi anche i 5 casi di autismo e i 2 casi di sindrome ipercinetica/attenzione rilevati in questo campione. Nei “disturbi affettivi” sono stati raggruppati i disturbi bipolari e depressivi.

**Tabella 5.13**  
**Gruppi diagnostici per professionista (N=99)**

Gruppo diagnostico	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Disturbi dell’infanzia	22	43,1	16	33,3	38	38,4
Disturbi specifici di sviluppo	7	13,7	17	35,4	24	24,2
Disturbi d’ansia	7	13,7	4	8,3	11	11,1
Disturbi psichici organici	7	13,7	3	6,3	10	10,1
Disturbi affettivi	2	3,9	1	2,1	3	3,0
Disturbi della personalità	1	2,0	1	2,1	2	2,0
Altro	5	9,8	6	12,5	11	11,1
<b>Totale</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

Il primo contatto con il Servizio infanzia-adolescenza ha, come risultato, la presa in carico della situazione in 9 casi su 10. Non si sono osservate sostanziali differenze per questa variabile fra le casistiche di neuropsichiatri dell’infanzia e psicologi (Tabella 5.14).

**Tabella 5.14**  
**Esito della prima visita per professionista**

Presenza in carico	Professionista	
	Psicologo (N=55)	Neuropsichiatra (N=48)
Sì (N=91)	90,9	85,4
No (N=12)	9,1	14,6
<b>Totale (N=103)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

La presa in carico avviene in molti casi per richiesta degli stessi interessati (in quasi 4 casi su 10). In 1/3 dei casi, invece, sono rilevate carenze del contesto familiare e/o sociale e, in analoga quota, difficoltà di funzionamento sociale. Una evidente gravità psicopatologica è rilevata in 3 casi su 10 presi in carico (Tabella 5.15).

La presa in carico motivata da allarme sociale o da un'ordinanza giudiziale è stata registrata in una quota minima di casi (in totale 7 su 103).

**Tabella 5.15**

**Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza (N=91) - Motivazioni della presa in carico per professionista\***

Motivi della presa in carico	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Richiesta del paziente o dei familiari	22	27,2	13	18,8	35	38,5
Supporto familiare/sociale inadeguato	17	21,0	13	18,8	30	33
Funzionamento sociale ridotto	15	18,5	12	17,4	27	29,7
Gravità psicopatologica	12	14,8	14	20,3	26	28,6
Altra motivazione	12	14,8	14	20,3	26	28,6
Allarme sociale	1	1,2	3	4,3	4	4,4
Ordinanza giudiziale	2	2,5	0	0,0	2	2,2

\* Possibili più risposte per ogni caso.

La visita successiva al primo contatto avviene in media dopo 11 giorni (Dev. std. 6,5), senza differenze fra psicologi e neuropsichiatri (rispettivamente 10,6 e 11,6 giorni).

Il contatto successivo avviene entro 7 giorni in 4 casi su 10 mentre, in 7 casi su 10, entro 15 giorni. Nei 30 che seguono la prima visita, la quasi totalità del campione ha un ulteriore contatto; soltanto 3 dei pazienti della casistica dei neuropsichiatri non hanno alcun contatto entro i primi 30 giorni della presa in carico (Tabella 5.16).

Entro i primi 30 giorni di presa in carico, in media, avvengono 3 contatti con un operatore del Servizio; anche per questa variabile non sono state registrate differenze significative fra le casistiche delle due figure professionali. Va notato, però, che in 3 casi presi in carico dal neuropsichiatra dell'infanzia, alla prima visita non è seguito alcun ulteriore contatto entro i primi 30 giorni (Tabella 5.17).

**Tabella 5.16****Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza (N=91) - Tempo fra prima visita e successivo contatto (per classi di giorni) - Percentuali per professionista**

<b>Giorni (classi)</b>	<b>Psicologo (N=49)</b>	<b>Neuropsichiatra (N=41)</b>	<b>Totale (N=90)</b>
Entro 7	43,0	44,0	43,0
Da 8 a 15	33,0	29,0	31,0
Da 16 a 30	24,0	20,0	22,0
Nessun contatto	0,0	7,0	4,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 5.17****Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza - Numero di contatti (per classi) entro il primo mese di presa in carico**

<b>Contatti (classi)</b>	<b>Psicologo (N=50)</b>		<b>Neuropsichiatra (N=41)</b>		<b>Totale (N=90)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nessun contatto	0	0,0	3	7,3	3	3,3
1 contatto	6	12,0	7	17,1	13	14,3
2-3 contatti	25	50,0	21	51,2	46	50,5
> di 3 contatti	19	38,0	10	24,4	29	31,9
<b>Totale</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>

È stata registrata una discreta variabilità nel numero medio di visite nei primi 30 giorni di presa in carico per i diversi raggruppamenti diagnostici. Il numero minore è stato osservato per i “disturbi specifici dello sviluppo” (media contatti  $2,6 \pm 1,3$ ), mentre il massimo è stato osservato per l’unico caso di “disturbo bipolare” del campione (6 contatti; dato non mostrato in Tabella 5.18).

**Tabella 5.18****Contatti nei primi 30 giorni di presa in carico per gruppi diagnostici**

<b>Gruppo diagnostico</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Dev. std.</b>
Disturbi dell’infanzia	38	2,8	3	1,1
Disturbi specifici dello sviluppo	21	2,6	3	1,3
Disturbi psichici organici	10	3,3	3	2,0
Disturbi da ansia	10	2,8	3	0,9
Disturbi affettivi	3	3,7	4	2,5
Disturbi della personalità	2	1,5	1,5	0,7
Altro	10	4,5	3	3,5
<b>Totale</b>	<b>94</b>	<b>3,0</b>	<b>3</b>	<b>1,7</b>



Le valutazioni diagnostiche più frequentemente attuate (Tabella 5.19) sono i test proiettivi, che complessivamente sono registrati nella metà del campione (49 casi); i test di efficienza mentale sono stati somministrati in 4 casi su 10 e una valutazione logopedica è stata effettuata in quasi 3 casi su 10. Scale diagnostiche (*Briefpsychiatric rating scale* ecc.) o interviste diagnostiche (SCID<sup>10</sup> ecc.) sono state somministrate in circa 2 casi su 10, mentre le scale di funzionamento (SOFAS<sup>11</sup>, DAS<sup>12</sup> ecc.) sono state utilizzate in un caso su 10. Una valutazione fisioterapica è stata registrata in una quota marginale del campione (soltanto in 2 casi).

**Tabella 5.19**

**Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza (N=91) - Valutazioni diagnostiche per professionista (percentuali)**

Valutazione strutturata	Psicologo (N=50)	Neuropsichiatra (N=41)	Totale (N=91)
Test proiettivi (N=49)	68,0	37,0	54,0
Test di efficienza mentale (N=34)	42,0	44,0	43,0
Valutazione logopedica (25)	14,0	44,0	27,0
Interviste/scale strutturate (N=20)	26,0	17,0	22,0
Scale di funzionamento (N=11)	10,0	15,0	12,0
Valutazione fisioterapica (2)	0,0	5,0	2,0

Si osservano delle differenze nelle casistiche di psicologi e neuropsichiatri che possono essere attribuite a caratteristiche specifiche della professione (per esempio, riguardo ai test proiettivi, tipici della formazione degli psicologi) e, in parte, alla tipologia di problemi presentati dalla casistica: la valutazione logopedica e fisioterapica fa riferimento a disabilità fisico-motorie che, più frequentemente, afferiscono al neuropsichiatra dell'infanzia.

<sup>10</sup> *Structured Clinical Interview for Departments* (intervista clinica strutturata per DSM).

<sup>11</sup> *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (scala di valutazione del funzionamento sociale e occupazionale).

<sup>12</sup> *Disability Assessment Schedule* (scala di valutazione della disabilità).

### 5.4.1 Utenti non presi in carico

I casi non presi in carico risultano in totale 12 su 103 (Tabella 5.20).

**Tabella 5.20**  
**Prime visite senza presa in carico nei Servizi per infanzia - adolescenza (N=12) - Esito del contatto**

Esito del contatto	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Nessun invio	1	20,0	5	71,4	6	50,0
Invio ad altro specialista	1	20,0	1	14,3	2	16,7
Invio a servizio sociale	1	20,0	0	0,0	1	8,3
Altro	2	40,0	1	14,3	3	25,0
<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Nella metà dei casi non è stato ritenuto necessario alcun intervento, in 1 caso non c'è stato il consenso al trattamento proposto, mentre, in 1/4 del totale, l'utente è stato inviato ad altra agenzia sanitaria o sociale (Tabella 5.21).

**Tabella 5.21**  
**Prime visite senza presa in carico nei Servizi per infanzia - adolescenza (N=12) - Motivi della non presa in carico**

Motivazioni	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Non necessita di trattamento	2	33,3	5	83,3	7	58,3
Trattamento in altra specialità	1	16,7	1	16,7	2	16,7
Mancato consenso	1	16,7	0	0,0	1	8,3
Altro	2	33,3	0	0,0	2	16,7
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

### 5.4.2 Terapie Farmacologiche

Nel campione di prime visite dei Servizi per infanzia-adolescenza, i trattamenti farmacologici sono stati osservati in una piccola quota, pari a circa 1 su 10 (N=8) (Tabella 5.22). I maschi presentano una quota minore di trattamenti farmacologici rispetto alle femmine, rispettivamente 7% e 11%; tale differenza non è risultata significativa statisticamente (Test Mantel-Haenszel: OR=0,6; I.C.<sub>.95%</sub> 0,15 ÷ 2,7).

**Tabella 5.22**

**Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza - Terapie farmacologiche (percentuali per professionista)**

Terapia farmacologica	Psicologo	Neuropsichiatra	Totale
	%	%	%
Sì (N=8)	2,0	18,0	10,0
No (N=74)	98,0	82,0	90,0
<b>Totale (N=82)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Come era prevedibile, quasi tutti i casi con terapia farmacologica si ritrovano nella casistica dei neuropsichiatri (7 su 8 in totale). Il trattamento con psicofarmaci nel campione dei Servizi per infanzia-adolescenza è registrato con maggiore frequenza nei casi che già avevano una terapia farmacologica in atto: in 6 casi su 10 è confermata una terapia già in atto al momento della prima visita.

Si registra, invece, la prescrizione di un trattamento farmacologico in una quota minima di casi (circa 1 su 20) che non avevano già una terapia in atto (Tabella 5.23).

**Tabella 5.23**

**Prescrizione attuale di terapie farmacologiche per trattamento farmacologico in anamnesi (percentuali di colonna)**

Prescrizione farmaci	Trattamento farmacologico in atto	
	Sì (N=7)	No (N=70)
Sì (N=8)	57,1	5,7
No (N=69)	42,9	94,3
<b>Totale (N=77)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Test Mantel-Haenszel: OR= 0,045; I.C.<sub>95%</sub> 0,01 - 0,27.

Non avere avuto un precedente contatto specialistico rappresenta, in questo campione, un fattore protettivo verso la prescrizione farmacologica (Tabella 5.24).

**Tabella 5.24**

**Prescrizione attuale di terapie farmacologiche per anamnesi di visita specialistica (salute mentale)**

Prescrizione farmaci	Anamnesi di visita specialista	
	Sì (N=27)	No (N=53)
Sì (N=8)	25,9	1,9
No (N=72)	74,1	98,1
<b>Totale (N=80)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Test Mantel-Haenszel: OR= 0,06; I.C.<sub>95%</sub> 0,01 - 0,5.

## 5. Utenza programmata dei Servizi per infanzia-adolescenza

I casi trattati con una terapia farmacologica hanno un'età significativamente più elevata ( $14,1 \pm 2,3$  vs  $9,1 \pm 3,9$  anni; Test ANOVA:  $F=13,1$ ; g.l.=1 ;  $p < 0,0005$ ), hanno mostrato i primi disturbi a un'età maggiore ( $11 \pm 3,9$  vs  $5,8 \pm 3,6$  anni; Test ANOVA:  $F=14,7$ ; g.l.=1;  $p < 0,0005$ ) e sono stati in visita da uno specialista della salute mentale ad un'età più avanzata del resto della casistica ( $10,7 \pm 3,0$  vs  $6,2 \pm 3,2$ ; Test ANOVA:  $F=11,7$ ; g.l.=1;  $p < 0,002$ ) (Tabella 5.25).

**Tabella 5.25**

**Servizi per infanzia-adolescenza. Confronto delle caratteristiche temporali del campione per trattamento farmacologico**

Variabile temporale	Terapia con psicofarmaci						p
	Sì			No			
	N	Media	Dev. std.	N	Media	Dev. std.	
Età	8	14,1	2,3	84	9,1	3,9	< 0,0005
Età all'esordio	8	11	3,8	80	5,8	3,6	< 0,0005
Durata del disturbo	8	3,1	2,9	76	3,2	2,7	n.s.
Età alla prima visita specialistica	7	10,7	3	25	6,2	3,1	< 0,002

I casi con trattamento farmacologico appartenevano in grande maggioranza alla casistica dei neuropsichiatri dell'infanzia (N=7). Gli eutimici sono risultati la classe farmacologica più frequente (4 casi), seguiti da ansiolitici e neurolettici (2 casi entrambi) (Tabella 5.26). Da notare che in questa popolazione sono state osservate prescrizioni di ansiolitici.

**Tabella 5.26**

**Utilizzazione di psicofarmaci (classi) nei Servizi per infanzia-adolescenza (N=105)\***

Classe farmacologica	N	%
Neurolettici	2	1,9
Antidepressivi	3	2,9
Eutimici	4	3,8
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>7,6</b>

\*Possibile più di una classe per caso.

L'analisi delle prescrizioni in termini di DDD<sup>13</sup> mette in evidenza che i dosaggi medi sono inferiori al dosaggio standard per tutte le classi farmacologiche e per tutti i gruppi diagnostici (Tabella 5.27). Questo risultato non sorprende dal punto di vista farmacologico: le DDD, infatti, sono determinate per i pazienti adulti. Il trattamento farmacologico di persone minori giustifica di per sé, già dal punto di vista bio-fisiologico (massa corporea, maturazione metabolica ecc.) un dosaggio inferiore a quello standard degli adulti.

**Tabella 5.27**

**Utenza di prime visite dei Servizi per infanzia-adolescenza - Dosaggi medi (DDD) delle classi farmacologiche per gruppo diagnostico**

Diagnosi	Neurolettici	Antidepressivi	Eutimici	Totale
Altre diagnosi	0,2	-	0,7	0,9
Disturbo alimentare	-	0,7	-	0,7
Disturbo d'ansia	-	0,7	0,4	0,6
Sindromi affettive	-	-	0,4	0,4
Disturbi di personalità	0,5	-	0,2	0,3
<b>Totale</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>

### 5.4.3 Terapie psicologiche

Una terapia psicologica è attuata in 7 casi su 10 del campione preso in carico, con una significativa differenza fra psicologi e neuropsichiatri, che dichiarano di effettuarla rispettivamente in 8 e 5 casi su 10 (Tabella 5.28).

**Tabella 5.28**

**Prime visite con presa in carico nei Servizi per infanzia-adolescenza - Terapie psicologiche (percentuali per professione)**

Trattamenti psicologici	Psicologo	Neuropsichiatra	Totale
	%	%	%
Sì (N=60)	78,0	54,0	67,0
No (N=29)	22,0	46,0	33,0
<b>Totale (N=89)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Test Mantel-Haenszel: OR=3; I.C. 95% 1,2 - 7,6.

<sup>13</sup> Vedi nota 6 a pag. 50.

Le terapie psicologiche più frequenti sono interventi di sostegno che sono attuati in poco meno della metà dei casi; gli interventi a orientamento psicodinamico sono attuati in circa 1 caso su 10, analogamente agli interventi espressivi (Tabella 5.29).

**Tabella 5.29****Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza - Tipologie di terapie psicologiche\* (N=60)**

Tipologia di terapia psicologica	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Colloqui/psicoterapia di sostegno	27	55,1	10	37	37	48,7
Altro intervento psicologico	14	28,6	7	25,9	21	27,6
Psicoterapia a orientamento dinamico	5	10,2	4	14,8	9	11,8
Trattamento espressivo/educativo/ occupazionale	2	4,1	5	18,5	7	9,2
Psicoterapia cognitivo-comportamentale	1	2,0	1	3,7	2	2,6

\* Possibile più di una risposta per caso.

Le altre tipologie di intervento psicologico, attuate in  $\frac{1}{4}$  del totale del campione, comprendono una miscellanea di interventi prevalentemente rivolti a genitori/familiari e non inquadrabili in interventi strutturati rivolti alla famiglia (descritti in Tabella 5.32). Le modalità di intervento psicologico attuate dai diversi professionisti si differenziano per gli interventi di sostegno (attuati maggiormente nella casistica degli psicologi) e interventi espressivi occupazionali (più frequenti nella casistica dei neuropsichiatri), mentre sono coincidenti per le altre tipologie.

Il coinvolgimento dei familiari nei servizi per l'infanzia avviene in una quota molto elevata, vale a dire in 9 casi su 10: nella metà dei casi si interviene fornendo informazioni e/o con modalità di *counselling*. Va rilevato che un intervento psicoeducativo è attuato in  $\frac{1}{3}$  del campione, mentre una terapia sistemica è stata registrata in una quota marginale di casi e solo nella casistica trattata da psicologi. Sostanzialmente, non sono state rilevate differenze di intervento fra le diverse figure professionali (Tabella 5.30).

**Tabella 5.30**

**Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza - Coinvolgimento dei familiari (N=85) - Percentuali per professionista**

Tipologia di intervento familiare	Psicologo	Neuropsichiatra	Totale
	%	%	%
Informazioni/ <i>counselling</i>	52,5	57,8	57,9
Intervento psico-educativo	37,3	40,0	36,0
Psicoterapia sistemica	5,1	0,0	2,6
Altro	5,1	2,2	3,5

I professionisti, senza rilevanti differenze fra psicologi e neuropsichiatri dell'infanzia, ritengono di intraprendere il trattamento psicologico all'inizio della presa in carico in 3 casi su 10 e dopo almeno 2 settimane in 6 casi su 10 (Tabella 5.31).

**Tabella 5.31**

**Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza - Momento di inizio delle terapie psicologiche**

Momento di inizio	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Subito	10	25,6	8	38,1	18	30,0
Entro 1 settimana	6	15,4	2	9,5	8	13,3
Dopo 2 o più settimane	23	59,0	11	52,4	34	56,7
<b>Totale</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

La modalità di attuazione del trattamento psicologico è individuale in 7 casi su 10 della casistica con indicazione a tale trattamento, mentre nella restante casistica è attuato in un *setting* di gruppo o, comunque, con modalità differenti dall'intervento individuale (Tabella 5.32).

**Tabella 5.32**

**Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza - Modalità di effettuazione delle terapie psicologiche (N=60)\***

Modalità della terapia psicologica	Psicologo (N=39)		Neuropsichiatra (N=21)		Totale (N=60)	
	N	%	N	%	N	%
Individuale	30	68,2	17	70,8	47	69,1
Di gruppo	2	4,5	1	4,2	3	4,4
Altra modalità	12	27,3	6	25,0	18	26,1

\* Possibile più di una risposta per caso.

Gli altri interventi attuati nei primi 30 giorni della presa in carico sono riportati nella Tabella 5.33. Gli interventi sulla rete sociale, che comprendono le attività nelle scuole con la stesura dei Progetti educativi individuali (PEI), sono registrati con maggior frequenza in questo campione (in 2/3 della casistica dei neuropsichiatri dell'infanzia e nella metà degli psicologi).

Gli interventi fisio-riabilitativi, costituiti principalmente da interventi logopedici, sono stati registrati in 2 casi su 10 del campione totale; questi interventi sono descritti in più di 1/3 della casistica dei neuropsichiatri dell'infanzia, mentre sono stati osservati solo in 1 caso su 10 degli psicologi.

Si riscontra la presenza di interventi socio-sanitari in 1/4 del campione totale; in questo gruppo è compresa una miscellanea di interventi fra i quali la segnalazione ad altri servizi (Sert, Centro affidi, Assistenza sociale ecc.), l'inserimento in struttura educativa, l'erogazione di sussidi ecc.

Il sostegno alla quotidianità viene registrato in 1 caso su 10 del campione totale, mentre diventa pari a 2 casi su 10 della casistica dei neuropsichiatri dell'infanzia.

**Tabella 5.33**

**Prime visite con presa in carico nei Servizi per infanzia-adolescenza - Altri interventi attuati nei primi 30 giorni (percentuali per professionisti)**

	Psicologo	Neuropsichiatra	Totale
	(N=50)	(N=41)	(N=91)
	%	%	%
<b>Rete sociale (N=47)</b>	<b>43,8</b>	<b>66,7</b>	<b>51,6</b>
PEI	16,0	29,3	22,0
Altro	28,0	36,6	31,9
<b>Socio-sanitari (N=22)</b>	<b>25,5</b>	<b>26,3</b>	<b>24,2</b>
Segnalazione ad altri servizi socio-sanitari	14,0	4,9	9,9
Inserimento in struttura educativa/ terapeutica	6,0	2,4	4,4
Sussidi	2,0	7,3	4,4
Segnalazione autorità giudiziaria	6,0	0,0	3,3
Cambiamento alloggio	2,0	2,4	2,2
Altro	4,0	14,6	8,8
<b>Fisio-rabilitativi (N=21)</b>	<b>12,0</b>	<b>36,6</b>	<b>21,9</b>
Logopedici	10,0	29,3	18,7
Fisioterapici	0,0	7,3	3,3
Altro	2,0	4,9	3,3
<b>Sostegno alla cura di sé e alla vita quotidiana (N=9)</b>	<b>6,4</b>	<b>17,6</b>	<b>9,5</b>



Nel campione studiato, il trattamento ritenuto prioritario dagli psicologi è l'intervento psicologico (in metà della loro casistica), seguito dal coinvolgimento dei familiari, mentre i neuropsichiatri ritengono prioritario il trattamento fisio-riabilitativo seguito dall'intervento psicologico e dal coinvolgimento dei familiari (entrambi in 2 casi su 10 della loro casistica) (Tabella 5.34).

Si registrano quindi delle differenze nella valutazione dei bisogni di trattamento fra la casistica degli psicologi e quella dei neuropsichiatri. Tali valutazioni possono derivare da reali differenze nel *mix* diagnostico: ai neuropsichiatri si indirizzano anche situazioni con problemi organici e motori, portatori di preminenti bisogni di trattamenti fisici e riabilitativi. Nel campione dei Servizi per infanzia-adolescenza, il trattamento psicofarmacologico risulta molto marginale, sia dal punto di vista del numero di trattati (per una quota inferiore a 1 su 10 casi) sia come priorità di intervento, rilevata soltanto in 1 degli 8 casi con terapia farmacologica.

**Tabella 5.34**  
**Prime visite nei Servizi per infanzia-adolescenza - Trattamento prioritario (opinione del professionista)**

Trattamento prioritario	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Terapie psicologiche	23	47,9	9	23,1	32	36,8
Coinvolgimento familiari	17	35,4	9	23,1	26	29,9
Trattamenti fisio-riabilitativi	4	8,3	11	28,2	15	17,2
Attivazione della rete sociale/PEI	4	8,3	6	15,4	10	11,5
Interventi socio-sanitari	0	0,0	3	7,7	3	3,4
Psicofarmaci	0	0,0	1	2,6	1	1,1
<b>Totale</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

L'intervento è effettuato, nella grande maggioranza dei casi, in ambito ambulatoriale, *setting* registrato in  $\frac{3}{4}$  del campione trattato. Gli interventi al domicilio risultano episodici, mentre abbastanza frequenti sono quelli svolti all'interno della scuola (aggregati nella Tabella 5.35 sotto la dizione "altro luogo").

**Tabella 5.35****Prime visite con presa in carico nei Servizi per infanzia-adolescenza - Luoghi in cui è stato effettuato il trattamento per professionista**

Luoghi dell'intervento	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Ambulatorio	43	78,2	33	71,7	76	75,2
Domicilio	3	5,5	2	4,3	5	5,0
Centro residenziale	1	1,8	1	2,2	2	2,0
Reparto specialistico	1	1,8	1	2,2	2	2,0
Day hospital/Centro diurno	0	0,0	1	2,2	1	1,0
Altro luogo	7	12,7	8	17,4	15	14,9
<b>Totale</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

Nella tabella 5.36 sono riportate le figure professionali che sono intervenute nel campione totale delle prime visite prese in carico nei Servizi per infanzia-adolescenza. Le figure professionali che più frequentemente collaborano in un intervento congiunto nella casistica dei neuropsichiatri sono terapisti della riabilitazione (fisio- e logoterapisti), intervenuti in quasi nella metà dei trattati, e psicologi che sono presenti in 4 casi su 10; i neuropsichiatri e gli assistenti sociali intervengono entrambi in 2 casi su 10 trattati dagli psicologi (Tabella 5.36). È segnalata la collaborazione dei neuropsichiatri con lo psichiatra degli adulti e con l'infermiere, seppure in una quota marginale della casistica (in totale 2 casi), mentre queste figure non si ritrovano nella casistica degli psicologi. Entrambi i casi erano nella fascia d'età adolescenziale, presentavano problemi psicopatologici acuti e comportamentali ed erano in trattamento farmacologico (dati non presentati in tabella).

**Tabella 5.36**

**Prime visite con presa in carico nei Servizi per infanzia-adolescenza - Figure professionali intervenute entro 30 giorni dal primo contatto (percentuale dei casi totali)**

<b>Figura professionale*</b>	<b>%</b>
Psicologo (N=54)	59,3
Neuropsichiatra (N=49)	53,8
Logopedista/psicomotricista (N=24)	26,4
Assistente sociale (N=17)	18,7
Educatore professionale (N=9)	9,9
Altra figura professionale (N=3)	3,3
Psichiatra adulti (N=1)	1,1
Infermiere professionale (N=1)	1,1

\* Possibile più di un professionista per caso.

**Tabella 5.37**

**Prime visite con presa in carico nei Servizi per infanzia-adolescenza - Figure professionali coinvolte nell'intervento entro 30 giorni dal primo contatto (percentuali delle casistiche per professionista)**

<b>Figure coinvolte</b>	<b>Psicologo (N=50)</b>	<b>Neuropsichiatria (N=38)</b>
Neuropsichiatra	20,0	-
Psicologo	-	42,0
Psichiatra	0,0	3,0
Assistente sociale	18,0	21,0
Educatore prof.le	10,0	11,0
Fisio/logoterapista	12,0	47,0
Infermiere	0,0	3,0

## **6. Utenza in regime di emergenza dei Servizi Infanzia-adolescenza**

I risultati presentati in questa parte del rapporto sono riferiti alla prima situazione di emergenza trattata dai professionisti dei Servizi per infanzia-adolescenza nei 30 giorni che precedono la rilevazione. L'emergenza era stata definita come "visita non programmata e non differibile", vale a dire non rinviabile a un contatto programmato.

Prima di passare a illustrare i risultati ottenuti in questa sezione, si rende necessaria una precisazione sui professionisti coinvolti nell'indagine.

La risposta dei professionisti dei Servizi per infanzia-adolescenza sulle situazioni in emergenza è stata ottenuta in 6 casi su 10 con un notevole scarto fra neuropsichiatri dell'infanzia (8 risposte su 10 compilatori) e psicologi (4 risposte su 10). La mancata compilazione della sezione "Emergenze" del questionario fa ipotizzare che il professionista non abbia trattato situazioni di emergenza nel periodo indice. Si può pertanto osservare che, nei Servizi per infanzia-adolescenza, soltanto una parte dei professionisti incontra situazioni di "emergenza", con un massimo dell'80% fra i neuropsichiatri e un minimo del 40% fra gli psicologi.

### **6.1 Le principali caratteristiche socio-demografiche**

Il campione è composto da 63 minori. Il genere femminile rappresenta il 60% del totale.

L'età media dei pazienti che si presentano in situazione di emergenza ai Servizi per infanzia-adolescenza è di  $13,8 \pm 4,1$  anni (maggiore di circa 4 anni rispetto all'età media di coloro che accedono ai Servizi come prima visita).

Dalla Tabella 6.1 si può osservare come la categoria più rappresentata tra i pazienti che accedono ai Servizi per infanzia-adolescenza in condizioni di emergenza sia, ancora una volta, in misura ancor più accentuata rispetto ai pazienti che vi accedono con modalità programmata, quella degli adolescenti (classe di età compresa tra i 10 e i 17 anni), rappresentando il 71,4% del campione totale.

**Tabella 6.1**

**Caratteristiche socio-demografiche dei pazienti che si presentano per emergenza ai Servizi per infanzia-adolescenza, per genere (percentuali di colonna)\***

Caratteristiche socio-demografiche		Maschio (N=26)	Femmina (N= 37)	Totale (N=63)
Età	< a 5 anni	3,8	5,4	4,8
	da 5 a 9 anni	23,1	10,8	15,9
	da 10 a 17 anni	69,2	73,0	71,4
	> = a 18 anni	3,8	10,8	7,9
Titolo di studio	Nessun titolo	16,7	21,6	19,7
	Licenza elementare	45,8	10,8	24,6
	Licenza media	37,5	64,9	54,1
	Diploma di scuola superiore	0,0	2,7	1,6
Nazionalità	Italiana	88,5	86,5	87,3
	Straniera	11,5	13,5	12,7

\* *Esclusi i "non risponde".*

Per i maschi, il titolo di studio presente in percentuale maggiore è la licenza elementare (compatibilmente con la minore età riscontrata nel genere maschile), mentre, fra le ragazze, risulta essere la licenza media.

Risulta, poi, degno di rilievo il notevole peso percentuale della popolazione straniera tra i bambini e gli adolescenti: si tratta nel complesso del 12,7% (11,5% per i maschi e 13,5% tra le femmine), inferiore alla quota di minori stranieri presenti nella popolazione generale (20% del totale degli infra18enni).

## 6.2 Modalità di intervento

I richiedenti dell'intervento in emergenza risultano in primo luogo i familiari, che si attivano in 4 casi su 10; il pediatra/medico di famiglia è l'inviante in una piccola quota di situazioni (1 su 10), analogamente al Servizio sociale. Da segnalare che nella categoria "altri richiedenti", che è stata registrata in quasi 3 casi su 10, sono compresi il Pronto soccorso (5 casi) e i Reparti ospedalieri (4 casi). Nella casistica degli psicologi, i familiari sono i richiedenti nella metà dei casi, seguiti dal Servizio sociale (2 casi su 10) (Tabella 6.2).

**Tabella 6.2****Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Richiedenti l'intervento per figura professionale**

Richiedente	Psicologo		Neuropsichiatra		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Familiari/amici	11	50,0	15	36,6	26	41,3
Pediatra/medico di famiglia	2	9,1	7	17,1	9	14,3
Servizio sociale	5	22,7	3	7,3	8	12,7
Autorità giudiziaria/forze dell'ordine	2	9,1	0	0,0	2	3,2
Paziente	0	0,0	1	2,4	1	1,6
Altri richiedenti	2	9,1	15	36,6	17	27,0
<b>Totale</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

Il caso in emergenza era sconosciuto ai Servizi per infanzia-adolescenza per poco più della metà del campione. In 6 casi su 10 non era in atto alcun trattamento (Tabelle 6.3 e 6.4).

**Tabella 6.3****Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Precedenti contatti con il servizio intervenuto**

Precedenti contatti	N	%
Sì	27	45,0
No	33	55,0
<b>Totale</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Tabella 6.4****Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Trattamento psichiatrico/psicologico già in atto al momento dell'intervento**

Trattamento specialistico in atto	N	%
Sì	25	39,7
No	38	60,3
<b>Totale</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

Nei 25 casi già in trattamento, il Servizio intervenuto in misura maggiore era quello titolare della cura, mentre, in ¼ del campione, il caso era in trattamento presso un diverso Servizio per infanzia-adolescenza (Tabella 6.5).

**Tabella 6.5**

**Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Servizi/agenzie titolari del trattamento in atto**

<b>Curante</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Servizio intervenuto	15	60,0
Altro servizio pubblico infanzia-adolescenza	6	24,0
Altro specialista	3	12,0
Altra agenzia salute mentale	1	4,0
<b>Totale</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

Come già rilevato per gli interventi programmati, anche in questo campione il luogo elettivo di intervento è il *setting* ambulatoriale, registrato in 3/4 dei casi, mentre l'intervento in ambito ospedaliero avviene in circa 1/8 del totale dei pazienti (1/4 della casistica dei neuropsichiatri dell'infanzia). L'intervento domiciliare coinvolge una quota marginale di casi (Tabella 6.6).

**Tabella 6.6**

**Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Luogo dell'intervento per figura professionale**

<b>Luogo dell'intervento</b>	<b>Psicologo</b>		<b>Neuropsichiatra</b>		<b>Totale</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ambulatorio	21	95,5	27	65,9	48	76,2
DEA/altro reparto specialistico	0	0,0	10	24,4	10	15,9
Domicilio del paziente	1	4,5	1	2,4	2	3,2
SPDC	0	0,0	2	4,9	2	3,2
Altro	0	0,0	1	2,4	1	1,6
<b>Totale</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

Nella maggior parte dei casi (8 su 10) non è stato registrato alcun intervento da parte di agenzie specifiche per l'emergenza. In 1 caso su 10 è intervenuto il soccorso sanitario, mentre le forze dell'ordine sono intervenute in 1 caso su 20 (Tabella 6.7).

**Tabella 6.7**

**Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Intervento di agenzie specifiche**

<b>Agenzia intervenuta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nessuna	50	79,4
Soccorso sanitario-118	8	12,7
Forze dell'ordine (polizia, carabinieri)	3	4,8
Altro	2	3,2
<b>Totale</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

## 6. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza

Il problema in atto nella situazione di emergenza è in prevalenza di tipo psicopatologico acuto (1/3 del campione), seguito dai problemi comportamentali: quello disturbante è stato segnalato più frequentemente nei maschi, mentre l'autolesivo è più frequente nelle femmine. Le emergenze legate a problemi del comportamento alimentare rappresentano 1 caso su 10 del totale delle emergenze e riguardano quasi esclusivamente il genere femminile (Tabella 6.8).

**Tabella 6.8**  
**Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Problema attuale per genere**

<b>Problema-emergenza</b>	<b>Maschio (N= 26)</b>	<b>Femmina (N= 37)</b>	<b>Totale (N= 63)</b>
Disturbi psicopatologici acuti (ansia, depressione, deliri)	36,0	32,4	33,9
Comportamento allarmante e disturbante	44,0	21,6	30,6
Comportamento autolesivo/violenze (subite)	8,0	24,3	17,7
Disturbo del comportamento alimentare	4,0	16,2	11,3
Isolamento e apatia	4,0	0,0	1,6
Altro	4,0	5,4	4,8

Va osservato che nel campione delle “prime visite”, invece, la diagnosi “disturbo del comportamento alimentare” rappresentava una quota marginale del campione.

### **6.3 Analisi dei bisogni effettuata attraverso la scala *Camberwell Assessment of Need***

Il campione che afferrisce ai Servizi per infanzia-adolescenza in emergenza è numericamente inferiore rispetto alla modalità programmata. Oltre alla differenza di ordine quantitativo, possiamo osservare (Tabella 6.9) che l'area indicante il disagio psicologico risulta insoddisfatta nel 69% degli utenti, rispetto al 27,4% rilevato nella popolazione programmata. La profonda differenza che caratterizza l'intervento in emergenza è presente anche nella gravità dei sintomi risultanti, sotto forma di sintomi psicotici, nel 17,2% dei pazienti visitati. La sicurezza personale che, ricordiamo, registra i rischi dovuti al grave stato di trascuratezza o rischi legati allo sfruttamento o alla messa in atto di azioni autolesive, viene segnalata come bisogno insoddisfatto nel 24,2% dei casi. Le altre aree interessate in misura maggiore rientrano, come



nel caso dei pazienti programmati, nelle tematiche riguardanti le attività di vita quotidiana (37,8% di bisogno insoddisfatto), l'istruzione di base (31,3% di bisogno insoddisfatto) e la vita di relazione (28,1% di bisogno insoddisfatto).

Aspetti inerenti alla parte economica, sia essa relativa al bisogno di sussidi o alla gestione autonoma dei soldi, pur trattandosi di pazienti aventi una condizione clinica e sociale grave, sono stati segnalati in modo sporadico: soltanto in 1 caso su 10 si registra un bisogno insoddisfatto riguardo alla gestione dei soldi.

**Tabella 6.9**  
**Distribuzione di frequenza relativa ad ogni singola area suddivisa in base al grado di bisogno: utenza in regime di urgenza (N= 63)**

Aree CAN	Nessun bisogno %	Bisogno soddisfatto %	Bisogno insoddisfatto %
<b>Bisogni di salute</b>			
Salute fisica	64,3	21,4	14,3
Sintomi psicotici	82,8	0,0	<b>17,2</b>
Abuso di farmaci	91,7	0,0	8,3
Abuso di alcol	91,7	0,0	8,3
Sicurezza personale	48,5	27,3	<b>24,2</b>
Sicurezza per gli altri	71,0	16,1	12,9
Disagio psicologico	7,1	23,8	<b>69,0</b>
<b>Bisogni di base</b>			
Alloggio	80,0	8,0	12,0
Alimentazione	62,1	17,2	20,7
Attività quotidiane	24,3	37,8	<b>37,8</b>
<b>Bisogni sociali</b>			
Vita di relazione	18,8	53,1	<b>28,1</b>
Vita di coppia	81,3	12,5	6,3
Vita sessuale	92,9	7,1	0,0
<b>Bisogni di servizi</b>			
Informazioni mediche	89,3	7,1	3,6
Telefono	95,5	0,0	4,5
Trasporti	87,0	8,7	4,3
Sussidi	100,0	0,0	0,0
<b>Bisogni di funzionamento</b>			
Istruzione di base	50,0	18,8	<b>31,3</b>
Denaro	91,3	0,0	8,7
Cura dei figli	90,0	0,0	10,0
Cura della casa	100,0	0,0	0,0
Cura di sé	51,6	25,8	22,6

## *6. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza*

Proseguendo nella nostra analisi, abbiamo applicato, anche in questo caso, il test non parametrico di Mann-Withney, allo scopo di valutare la tendenza centrale di ciascuna macroarea suddivisa in base ad alcune caratteristiche demografiche.

Contrariamente a quanto emerso a proposito dei pazienti che afferiscono con modalità programmata, dove, ricordiamo, all'aumentare dell'età, abbiamo rilevato un aumento del valore medio di bisogni ritenuti insoddisfatti da parte dei professionisti, in questo caso (Tabella 6.10) le caratteristiche prese in esame non sono risultate associate a nessuna delle cinque macroaree di bisogno della scala CAN.

**Tabella 6.10**  
**Bisogni di cura e caratteristiche socio-demografiche: confronto tra gruppi del numero medio dei bisogni ottenuti nelle diverse aree aggregate della scala CAN (è riportata in parentesi la deviazione standard) (test di Mann-Whitney; N=63)**

	B. di salute		B. di base		B. sociali		B. di servizi		B. di funzionamento		B. totali		
	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	Sodd.	Insodd.	
Maschi	0,38 (0,70)	0,81 (0,75)	0,35 (0,56)	0,42 (0,58)	0,23 (0,43)	0,23 (0,43)	0,04 (0,20)	0,04 (0,20)	0,04 (0,20)	0,42 (0,58)	0,04 (0,20)	2,31 (1,67)	4,15 (1,97)
Femmine	0,43 (0,65)	0,73 (1,12)	0,32 (0,58)	0,32 (0,58)	0,38 (0,59)	0,11 (0,31)	0,08 (0,28)	0,05 (0,23)	0,14 (0,35)	0,05 (0,23)	0,14 (0,35)	2,38 (1,85)	3,41 (2,15)
Età 0-10 aa.	0,29 (0,47)	0,29 (0,47)	0,00	0,07 (0,27)	0,21 (0,43)	0,14 (0,36)	0,00	0,00	0,07 (0,27)	0,29 (0,61)	0,07 (0,27)	1,79 (0,89)	2,79 (1,31)
Età 11-18 aa.	0,49 (0,73)	0,91 (1,02)	0,47 (0,63)	0,44 (0,59)	0,38 (0,58)	0,16 (0,37)	0,09 (0,29)	0,04 (0,21)	0,11 (0,32)	0,20 (0,40)	0,11 (0,32)	2,64 (1,94)	3,98 (2,06)

\* Significatività  $p < 0,05$  test di Mann-Whitney.

## 6.4 Risultati clinici

Le diagnosi più frequenti nelle emergenze sono i disturbi d'ansia (ansia/panico, disturbo fobico-ossessivo ecc.), i disturbi dell'infanzia (compresi i disturbi specifici dello sviluppo) e le sindromi affettive (depressione e disturbo bipolare) che, complessivamente, rappresentano 6 casi su 10 del campione (Tabella 6.11).

**Tabella 6.11**  
**Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Diagnosi principale per professionista**

Diagnosi principale	Psicologo		Neuropsichiatra infantile		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Disturbi d'ansia	3	15,8	10	25,6	13	22,4
Disturbi dell'infanzia	6	31,6	7	17,9	13	22,4
Sindromi affettive	4	21,1	8	20,5	12	20,7
Disturbo del comportamento alimentare	2	10,5	4	10,3	6	10,3
Disturbi psichici organici	3	15,8	2	5,1	5	8,6
Disturbi di personalità	0	0,0	5	12,8	5	8,6
Altro	1	5,3	3	7,7	4	6,9
<b>Totale</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

I disturbi dell'infanzia rappresentano la diagnosi più frequente nella casistica degli psicologi, registrata in 1/3 dei casi, mentre, in quella dei neuropsichiatri, sono più frequenti i disturbi d'ansia (rilevati in 1/4 dei loro casi) (Tabella 6.12).

**Tabella 6.12**  
**Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Tempo fra insorgenza del problema attuale e intervento (in classi di giorni)**

Tempo dell'intervento (classi)	N	%
In giornata	13	22,8
da 1 a 3 giorni	25	43,9
da 4 a 10 giorni	10	17,5
> 10 giorni	9	15,8
<b>Totale</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

L'intervento del Servizio per infanzia-adolescenza avviene a distanza di tempo molto variabile dall'insorgenza del problema in emergenza. La distribuzione di questo item, con una "coda" di interventi in tempi elevati (in 2 casi di 60 e 90 giorni), mostra delle differenze statisticamente significative fra psicologi e neuropsichiatri (durata media  $15,8 \pm 24$  vs  $3,2 \pm 6,3$  giorni; Test ANOVA:  $F=9$ , g.l. 1,  $p < 0,005$ ). Anche le mediane, che rappresentano il valore che comprende il 50% dei casi, risultano molto differenti fra le due professioni (5 vs 1 giorno) (Tabella 6.13).

**Tabella 6.13**  
**Durata del problema-emergenza (giorni) per professionista**

Professionista	N	Media	Mediana	Dev. std.
Psicologo	20	15,8	5	24,0
Neuropsichiatra	37	3,2	1	6,3
<b>Totale</b>	<b>57</b>	<b>7,6</b>	<b>2</b>	<b>16,1</b>

#### 6.4.1 Trattamenti farmacologici

I casi che ricevono una terapia farmacologica sono arrivati in media al contatto in emergenza entro 3 giorni dall'insorgenza del problema, mentre quelli non trattati con farmaci in circa 9 giorni; anche per questa analisi si osserva una elevata varianza e le differenze fra le durate medie non risultano significative statisticamente; le mediane sono rispettivamente pari a 1 e 2 giorni (dati non mostrati in Tabella 6.14).

**Tabella 6.14**  
**Durata media del problema (in giorni) per trattamento con psicofarmaci**

Trattamento con psicofarmaci	N	Media	Mediana	Dev. std.
Sì	13	3,1	1	6,8
No	44	9,0	2	17,7
<b>Totale</b>	<b>57</b>	<b>7,6</b>	<b>2</b>	<b>16,1</b>

I casi trattati in situazioni di emergenza sono risultati 15 (36% dei trattati da neuropsichiatri).

Si osserva una significativa differenza dell'età media fra i trattati con psicofarmaci e non trattati ( $15,4 \pm 3,1$  vs  $12,8$  anni  $\pm 4,5$ ; Test ANOVA:  $F=4,58$ ; g.l.=1;  $p < 0,05$ ).

## 6. Utenza in regime di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza

I neurolettici sono i farmaci più utilizzati, registrati nel 14% del totale del campione (N=9) seguiti da antidepressivi e ansiolitici, usati entrambi in 1 caso su 10 delle emergenze (40% dei casi trattati con farmaci); gli eutimici sono utilizzati in 1 caso su 20 (Tabella 6.15).

**Tabella 6.15**

**Trattamenti farmacologici (per classe)\* negli interventi di emergenza (N=63)**

Classe farmacologica	N	%
Neurolettici	9	14,3
Antidepressivi	6	9,5
Ansiolitici	6	9,5
Eutimici	4	6,3
<b>Totale</b>	<b>15</b>	<b>23,8</b>

\* Possibile più di una classe per caso.

**Tabella 6.16**

**Interventi di emergenza nei Servizi per infanzia-adolescenza - Dosaggi medi (DDD) delle classi farmacologiche per gruppi diagnostici**

Gruppo diagnostico	Neurolettici	Antidepressivi	Ansiolitici	Eutimici	Totale farmaci	
Disturbo bipolare	Media	1,4	-	3,5	4,7	4,0
	Dev. std.	0,6	-	3,5	.	2,2
	N	3	-	2	1	4
Disturbi d'ansia	Media	0,5	0,6	0,5	0,4	0,9
	Dev. std.	-	0,3	0,4	-	0,8
	N	1	4	2	1	5
Disturbi di personalità	Media	0,1	2,0	0,5	-	1,3
	Dev. std.	.	-	-	-	1,1
	N	1	1	1	-	2
Disturbi dell'infanzia	Media	0,2	1,0	0,5	0,8	1,0
	Dev. std.	0,3	-	-	-	0,8
	N	3	1	1	1	3

In questa casistica trattata con terapie farmacologiche dai Servizi per infanzia-adolescenza, di entità molto ridotta, si osservano alcuni casi con dosaggi elevati nelle diverse classi di farmaci.

Complessivamente, considerando tutte le classi di farmaci, si osserva che il 60% della casistica assume una elevata quantità di DDD (dati non mostrati in tabelle).

Come si può osservare dalla Tabella 6.16, le DDD prescritte nelle situazioni di emergenza sono mediamente elevate. Si nota che ciò è determinato da alcuni (pochi) casi in cui sono prescritti dosaggi particolarmente elevati. Ciò appare problematico soprattutto se consideriamo che i casi trattati con farmaci hanno un'età media di poco superiore ai 15 anni (range: 6 ÷ 18).

#### 6.4.2 Altri trattamenti

L'intervento attuato con maggior frequenza nelle situazioni di emergenza è il coinvolgimento dei familiari, rilevato in 9 casi su 10 (quota corrispondente a quella rilevata nel campione di prime visite), seguito dagli interventi psicologici (in 8 casi su 10). Gli interventi sulla rete sociale sono stati attuati nella metà della casistica, mentre gli interventi psicofarmacologici hanno riguardato 2 casi su 10 del totale del campione (Tabella 6.17).

**Tabella 6.17**

**Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Tipologie di trattamenti (N=63)**

Tipologia di intervento	N	%
Coinvolgimento familiari	57	90,5
Interventi psicologici	53	84,1
Interventi sulla rete sociale	30	47,6
Interventi socio-sanitari	27	43,8
Psicofarmaci	15	23,8
Sostegno alla cura di sé	9	14,3

Gli interventi di tipo socio-sanitario sono stati segnalati in 4 casi su 10 (in totale 27 situazioni). In questa tipologia, l'intervento più frequente (in 12 situazioni, pari al 23% del totale del campione) è rappresentato dalla segnalazione del caso ad altri servizi o altre agenzie (fra cui 5 segnalazioni ai Servizi sociali e 2 al Tribunale dei minori). L'attuazione, o il potenziamento, del sostegno educativo è attuato nel 15% del campione delle emergenze, mentre l'inserimento in una struttura educativa è stato attuato in 1/8 del totale (Tabella 6.18).

**Tabella 6.18****Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Tipologie di interventi socio-sanitari - Percentuale sul totale del campione (N=63)**

<b>Tipo di intervento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Segnalazione ad altri servizi socio-sanitari	12	22,6
Sostegno educativo	8	15,1
Inserimento in struttura educativa	7	13,2
Inserimento/sostegno occupazionale	3	5,7
Sussidi/riciesta pensione	2	3,8
Ricerca cambiamento alloggio	1	1,9

Il professionista che è intervenuto più frequentemente nelle situazioni di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza è il neuropsichiatra dell'infanzia, presente in 7 casi su 10 del campione totale; lo psicologo è intervenuto nella metà dei casi e l'assistente sociale in 1/3 del totale del campione. Va notato che, in una piccola quota di situazioni, sono stati coinvolti nell'intervento professionisti dei Servizi per adulti: lo psichiatra, in 1 caso su 10 e l'infermiere in 1 caso su 20 (Tabella 6.19).

**Tabella 6.19****Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza (N=63) - Figure professionali del servizio intervenute nell'attuale emergenza**

<b>Professionista</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Neuropsichiatra	44	69,8
Psicologo	30	47,6
Assistente sociale	21	33,3
Educatore professionale	10	15,9
Psichiatra adulti	7	11,1
Infermiere	4	6,3

L'analisi delle distinte casistiche di psicologi e neuropsichiatri dell'infanzia evidenzia le figure che collaborano negli interventi di emergenza (Tabella 6.20). Gli psicologi coinvolgono soprattutto gli assistenti sociali, presenti in 4 casi su 10 della loro casistica; i neuropsichiatri dell'infanzia coinvolgono psicologi e assistenti sociali in 3 casi su 10.



**Tabella 6.20**

**Interventi di emergenza dei Servizi per infanzia-adolescenza - Figure professionali intervenute in collaborazione - Percentuali per casistica dei professionisti**

<b>Figura professionale</b>	<b>Psicologo (N=22)</b>	<b>Neuropsichiatra (N=41)</b>
Psicologo	-	29,0
Neuropsichiatra	18,0	-
Assistente sociale	41,0	29,0
Educatore prof.le	14,0	17,0
Psichiatra	9,0	12,0
Infermiere	0,0	10,0

L'intervento in emergenza porta a una prosecuzione del trattamento presso il Servizio intervenuto in poco più della metà dei casi, mentre in 2 situazioni su 10 il caso è rimandato allo specialista che già lo aveva in cura. Da notare che, seppure in quota non elevata (N=4), si registrano delle interruzioni del contatto con il servizio non concordate (i cosiddetti *drop-outs*). In 1 caso è stato ritenuto invece che non fosse necessario alcun ulteriore trattamento dopo l'intervento in emergenza (Tabella 6.21). Il ricovero in un reparto ospedaliero specialistico è stato dichiarato in 1 caso su 10: nella maggior parte di questi è stato registrato l'invio presso la IRCCS "Stella Maris" di Pisa (N=4), seguito da ricovero in Pediatria (N=2) e in Neuropsichiatria infantile universitaria (N=1).

L'invio alla "Stella Maris" è avvenuto nei Servizi delle zone limitrofe a Pisa (Livorno, Valle del Serchio, Val di Nievole), così come la struttura universitaria di Firenze è stata coinvolta dal Servizio della stessa città. Gli invii in Pediatria sono stati registrati ad Arezzo e Pistoia.

**Tabella 6.21**

**Interventi di emergenza dei Servizi per Infanzia-adolescenza - Esito dell'intervento (per professionista)**

<b>Esito dell'intervento</b>	<b>Psicologo</b>		<b>Neuropsichiatra</b>		<b>Totale</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trattamento presso il servizio intervenuto	12	57,1	22	53,7	34	54,8
Trattamento presso lo specialista curante	5	23,8	8	19,5	13	21,0
Ricovero reparto ospedaliero/specialistico	1	4,8	6	14,6	7	11,3
Interruzione del contatto da parte del paziente	1	4,8	3	7,3	4	6,5
Invio ad altro servizio salute mentale	1	4,8	2	4,9	3	4,8
Non è necessario alcun intervento	1	4,8	0	0,0	1	1,6
<b>Totale</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

## 7. Discussione

L'indagine presentata in questo lavoro è stata rivolta a psichiatri, psicologi e neuropsichiatri dell'infanzia che svolgono attività di presa in carico nei Servizi di salute mentale toscani. Sono stati esclusi i professionisti di quelle discipline che, pur facendo parte del Servizio sanitario regionale, lavoravano in strutture assistenziali che non hanno un definito ambito territoriale (ad es. strutture universitarie) o in settori diversi della salute mentale (ad es. Servizi per tossicodipendenze).

Il campione di casi inclusi nella ricerca rappresenta, quindi, le popolazioni trattate dai Servizi di salute mentale toscani che accedono come nuovo utente in modalità programmata o in situazione di "emergenza", sia del settore adulti sia dell'infanzia-adolescenza. Ai professionisti è stato chiesto di descrivere, tramite la compilazione di un questionario *ad hoc*, due casi non selezionati della loro pratica trattati nel periodo indice: la più recente emergenza e il primo nuovo contatto.

Il questionario, inviato per posta, ha avuto un tasso di risposta di poco superiore alla metà dei professionisti. L'invio postale è una metodologia che consente indagini in modo economico e relativamente rapido; il tasso di risposta ottenuto è simile a quello di altri studi effettuati con questa metodologia (Kellerman *et al.*, 2001).

Il campione della nuova utenza è composto dalle "Prime visite" effettuate presso i Servizi di salute mentale. Per evitare delle differenze di selezione fra i diversi professionisti, è stato indicato un criterio operativo per la definizione di "Prima visita" che escludeva i contatti per motivi medico-legali o per consulenze prestate ad altri Servizi sanitari; era invece possibile reclutare casi che avevano già avuto precedenti contatti con il Servizio di salute mentale interessato, purché anteriori di almeno 2 anni dal momento del contatto attuale. Circa ¼ della casistica selezionata, infatti, era già stata conosciuta in passato. Anche per le "Emergenze" è stato utilizzato un definito criterio operativo allo scopo di evitare il più possibile le differenti interpretazioni dei professionisti; in questo ultimo caso, però, è possibile che ciò non sia stato del tutto ottenuto. Appare abbastanza singolare, infatti, che sia stata segnalata una certa quota di interventi in cui il problema dell'emergenza ha avuto il proprio esordio oltre 10 giorni prima dell'intervento del Servizio (7% e 15% del totale rispettivamente per adulti e infanzia-adolescenza). D'altra parte è possibile che in una parte di casi

l'inizio del problema che ha portato all'intervento sia stato graduale e quindi sia risultata difficile l'esatta definizione della sua origine e durata.

Il campione così composto, con un criterio casuale, non dovrebbe aver comportato problemi di rappresentatività rispetto alle popolazioni trattate dei Servizi di salute mentale. È infatti improbabile che i casi descritti dai professionisti partecipanti all'indagine, abbiano complessivamente caratteristiche del tutto differenti dal resto della casistica; i criteri operativi adottati (il "primo contatto" e "l'ultima situazione di emergenza" trattata nel periodo indice) non dovrebbero portare a delle distorsioni sistematiche nella composizione della casistica complessiva. Analogamente, le casistiche dei non responder, non dovrebbero essere significativamente differenti da quelle dei responder. Tale assunto, purtroppo, non può essere confrontato con i dati delle casistiche reali dei Servizi di salute mentale toscani poiché non sono disponibili dati complessivi a livello regionale sull'utenza trattata. Per le stesse ragioni, non è stato possibile confrontare alcune caratteristiche specifiche dei professionisti, non rese disponibili da parte degli uffici delle Aziende USL per ragioni di *privacy*.

## **7.1 I Servizi per adulti**

I professionisti che fanno attività di presa in carico nei Servizi per adulti sono gli psichiatri e gli psicologi. Le percentuali di risposta alle due parti dell'indagine ("Programmata" ed "Emergenza") sono risultate differenti fra queste due figure: soltanto 2 psicologi su 10 hanno risposto alla sezione relativa all'ultima "emergenza" che ha visto invece il coinvolgimento di tutti gli psichiatri responder all'indagine. Da ciò si evince che la figura dello psicologo è coinvolta solo in parte nella risposta alle emergenze affrontate dai Servizi per adulti: la sua presenza è stata descritta in circa 1 caso su 10 del totale delle emergenze mentre, per gli psichiatri, il coinvolgimento raggiunge una percentuale pari al 95% dei responder. Questi risultati, insieme alle diverse modalità di accesso e risposta alla domanda, mettono in evidenza che l'organizzazione delle attività cliniche all'interno dei Servizi per adulti è molto differente fra psichiatri e psicologi.

L'organizzazione dei Servizi di salute mentale negli atti programmatori regionali è indirizzata all'intervento multiprofessionale. L'integrazione delle azioni messe in atto dai diversi professionisti che operano nei Servizi per adulti è stata rilevata in una

parte del campione studiato. Gli infermieri collaborano nella metà delle situazioni di emergenza trattate dagli psichiatri: ciò rappresenta una prassi consolidata nei Servizi toscani dove queste figure hanno lavorato insieme sin dalla loro prima istituzione come Centri di igiene mentale, prima ancora della promulgazione della legge di riforma dell'assistenza psichiatrica. Oltre al tradizionale lavoro di collaborazione fra psichiatri e infermieri, un intervento congiunto dello psichiatra e dello psicologo è stato descritto in circa 1 caso su 10 dei pazienti che accedono con modalità programmata. I risultati di questa indagine confermano quindi la presenza delle differenti figure professionali nella risposta di cura fornita dai Servizi ma fanno anche intravedere delle “separatezze” operative fra le diverse figure professionali.

Se si prendono in considerazione gli interventi socio-assistenziali si può osservare che in un certo numero di casi, anche programmati, al riscontro di un bisogno sociale è stato descritto un “invio” al Servizio sociale inteso, quindi, come agenzia separata dal Servizio per adulti.

Va inoltre segnalata la discrasia fra necessità di intervento socio-sanitario, ritenuto necessario nel 15% dei casi, e l'effettivo coinvolgimento dell'assistente sociale, registrato soltanto nell'8% del totale della nuova utenza. Ciò può essere in parte dovuto alla differente organizzazione dei Servizi di salute mentale e dei Servizi sociali nelle diverse zone della Regione. Laddove esistono situazioni di separazione istituzionale e/o operativa, si determinano scollamenti nel processo terapeutico e assistenziale con un indebolimento dell'integrazione socio-sanitaria, indicata come prioritaria nella normativa regionale (Piano Sanitario Regionale 2008-2010).

Il campione della nuova utenza dei Servizi per adulti è composto per quasi i 2/3 da donne. Questo dato conferma che il genere femminile accede ai Servizi di salute mentale con maggiore frequenza; nella popolazione toscana, infatti, le donne rappresentano circa il 50% della popolazione maggiorenne. Lo stesso risultato, rispetto al genere di appartenenza, è stato osservato per i cittadini stranieri che risultano di entità comparabile per genere all'interno della popolazione generale. Questo studio ha ottenuto risultati significativamente diversi: nella casistica della “nuova utenza” i casi di genere maschile sono soltanto l'1,5% del totale mentre le donne raggiungono circa il 6,4%. Nel campione delle “emergenze”, invece, i due generi sono registrati con frequenza analoga.

In tutti i campioni studiati in questa indagine (nuova utenza e emergenze, sia adulti sia infanzia-adolescenza) gli stranieri risultano in quota inferiore a quella riscontrata

nella popolazione generale toscana dove rappresentano circa 11% dei maggiorenni e il 20% dei minori. In particolare, la quota minore si ritrova, per i maschi adulti, nel campione della nuova utenza (rapporto osservati/ attesi 0,1) mentre una riduzione della sotto-rappresentazione si riscontra, per il genere femminile, nel campione della nuova utenza dei Servizi infanzia-adolescenza (il rapporto osservati/attesi è 0,7). Risultati analoghi sono stati riscontrati nella ricerca sui ricoveri psichiatrici Progres-Acuti, condotta in Toscana nel 2004 (Miceli *et al* 2007). Nel campione di ricoverati, infatti, gli stranieri risultarono circa il 3% del totale, quota, quindi, inferiore a quella osservata in questa indagine. Questi risultati, ove confermati, evidenziano che l'accesso ai Servizi di salute mentale della Toscana è meno agevole per gli stranieri, sia per gli accessi programmati che per le emergenze, e che soltanto per le minori questo fenomeno è leggermente attenuato.

Le caratteristiche e le modalità di accesso della popolazione di stranieri ai Servizi di salute mentale esulavano dagli obiettivi di questa indagine. L'approfondimento di questo tema necessita, pertanto, di studi specifici di popolazione.

Proseguendo nella descrizione del campione indagato, abbiamo riscontrato, per quanto riguarda l'età, una certa differenza dalla popolazione generale con una maggiore presenza, nel nostro caso, delle fasce più giovanili.

A completamento di questo dato si osserva che anche la scolarità appare più elevata rispetto alla popolazione generale: la presenza di diplomati e laureati è maggiore di circa 10 punti percentuali nel campione della "nuova utenza".

In generale, quindi, si tratta di una popolazione con caratteristiche sociali non sostanzialmente differenti dalla popolazione generale anzi, per qualche aspetto (ad esempio il livello di istruzione), con requisiti migliori della popolazione generale toscana (Toscana in cifre 2007).

Il campione delle emergenze, invece, presenta un minor livello socio-culturale. La scolarità è più bassa e prevale la condizione di non occupato (casalinghe, pensionati, studenti, ecc.).

La valutazione delle caratteristiche individuali relative ai bisogni è stata effettuata tramite la scala *Camberwell Assessment of Need* (CAN) compilata dal professionista che ha trattato il caso.

Nel campione della nuova utenza si ritrova una larga quota di casi che non presentano importanti difficoltà di ordine socio-economico tali, cioè, da rendere necessario uno specifico intervento di tipo socio-sanitario. Risultano invece prevalenti

i bisogni nell'area della salute, fisica e psichica (rispettivamente in 5 e 4 casi su 10). Accanto a ciò, in una parte minoritaria della casistica, si registrano bisogni rilevanti: di tipo sociale e relazionale (in 3 casi su 10), di sostegno alla quotidianità (in 2 casi su 10), di funzionamento nelle attività di cura (in 3-4 casi su 10).

Il campione delle emergenze presenta una maggiore quota di casi con un profilo di bisogni molto più impegnativo: sono stati descritti rilevanti problemi di salute (fisica e psichica), un livello di funzionamento personale spesso problematico, importanti carenze nella rete sociale e relazionale. La presenza di bisogni non soddisfatti è più frequente nel genere maschile, in coloro che non sono riusciti a costruirsi un proprio nucleo familiare e fra i disoccupati. La rete di sostegno, sia essa istituzionale o informale, contribuisce a soddisfare maggiormente i bisogni di servizi (trasporti, sussidi, etc.) soltanto nelle persone con minore scolarità.

Da questi dati si può dedurre che la rete di protezione familiare e sociale ha in generale una buona tenuta nel contesto toscano, almeno per la nuova utenza dei Servizi per adulti: si tratta di una popolazione che dal punto di vista socio-demografico non si discosta dalle caratteristiche della popolazione generale della Toscana. Sono state evidenziate, invece, notevoli problematiche sociali nelle situazioni che richiedono un intervento psichiatrico in emergenza. Laddove si riscontrano persone ad elevata fragilità sociale e con gravi problemi di salute fisica e psichica, l'intervento dei Servizi per adulti riesce ad attenuare il bisogno soltanto in parte.

Si conferma, cioè, che accanto a un'utenza "nuova", con prevalenti problemi di salute psichica a insorgenza recente e senza problemi rilevanti di marginalità sociale, emerge una popolazione con disturbi psichici persistenti da lungo tempo (a volte anche decenni) e con gravi fragilità socio-economiche. Questo gruppo di casi, con precedenti percorsi di cura assenti o comunque prevalentemente esterni al Servizio, presenta importanti bisogni sociali e assistenziali in aggiunta a quelli di salute.

Infatti, sin dal primo mese di presa in cura, in 1-2 casi su 10 sono descritti interventi socio-sanitari (sussidi, inserimenti occupazionali, ecc.) e di sostegno alla cura di sé ed alla vita quotidiana.

Questo aspetto, peraltro, risente notevolmente dell'assetto istituzionale e operativo dei Servizi sociali. La Toscana ha una tradizione di Servizi sociali fortemente radicati nella comunità. La titolarità di questo settore appartiene agli Enti Locali che in molte realtà delegavano la gestione alle Unità sanitarie locali. L'avvio di interventi socio-sanitari nei percorsi di cura in salute mentale risulta, in alcuni casi,

fondamentale per il trattamento complessivo da parte dei servizi. In questo ambito, però, esiste una notevole variabilità dei modelli operativi e istituzionali in grado di influenzare l'intervento dei Servizi di salute mentale componenti socio-sanitarie. Fra il 1995 e il 1997 è stato effettuato uno studio sulle situazioni di crisi psichiatrica nell'ambito dei Servizi di salute mentale di comunità italiane che ha avanzato una classificazione delle modalità operative per le attività di assistenza socio-sanitaria: abbondante, sostitutiva, delegante e carenziale (Mezzina *et al.*, 2005). In uno studio successivo sono state osservate ampie e significative differenze negli interventi socio-assistenziali, di sostegno alla persona e alla cura di sé, che risultavano associate alle diverse tipologie di servizi (Miceli *et al.*, 2004).

In questo studio, il problema principale che ha portato al contatto con il Servizio per adulti in 8 casi su 10 è di tipo psicopatologico acuto, mentre i disturbi comportamentali sono stati rilevati in 1 caso su 10. L'aspetto di controllo sociale, che ha tradizionalmente caratterizzato la psichiatria istituzionale (Dell'Acqua & Cogliati Dezza, 1985), sembra essere sullo sfondo nel campione della nuova utenza. Ciò è confermato dalla bassa, ma non inesistente, quota di motivazione della presa in carico per "allarme sociale" (1 caso su 25). Tale aspetto, invece, assume maggior rilievo nella casistica delle emergenze dove tale motivazione raggiunge la quota di 3 casi su 10.

Dal punto di vista della storia del disturbo psichico in atto, l'utenza programmata presenta importanti variazioni nelle relative caratteristiche e nel ricorso alle cure, tanto da far pensare che la popolazione delle "prime visite" dei Servizi per adulti sia composta da sottogruppi diversi per comportamento di malattia e percorsi di cura.

L'esordio del disturbo risale principalmente all'età giovane-adulta (18-35 anni), per circa la metà del campione, ma interessa anche fasce d'età più avanzate (fino ad oltre 50 anni per 1 caso su 10).

La ricerca di aiuto professionale mostra tempi differenti: la metà del campione ha avuto un primo contatto con uno specialista della salute mentale entro 1 anno dall'inizio del problema, mentre la media di tempo con disturbi nel totale del campione, è di circa 5 anni. Pertanto c'è un'elevata quota di casi che, pur in presenza di disturbi psichici, non ricerca un intervento specifico per un tempo lungo (anche oltre 10 anni). Il ritardo nella ricerca di trattamento è influenzato dal contesto socio-economico

(Hollingshead & Redlich, 1975) e dalle caratteristiche personali (Mechanic, 1977). Lo studio *World Mental Health Survey Consortium*, organizzato OMS in 24 paesi, ha evidenziato un ampio ventaglio nel ritardo dell'accesso al trattamento per le diverse categorie diagnostiche: da 1-6 anni dei disturbi d'ansia a 4-8 anni dei disturbi depressivi (Wang *et al.*, 2007). Nel campione della nuova utenza di questo studio una certa quota di casi trova un primo intervento farmacologico dal medico di base con un tempo medio fra l'inizio dei disturbi e il primo trattamento con farmaci di poco più di 2 anni. Il medico di base rappresenta, infatti, un riferimento per circa la metà del campione che tende a consultarlo prima di rivolgersi al Servizio per adulti.

Il ruolo del medico di base nel trattamento dei disturbi psichici è stato già osservato nella realtà sanitaria della Toscana dove, analogamente ad altre situazioni regionali italiane quali la Lombardia (Percudani *et al.*, 2005) e il Piemonte (Barbui *et al.*, 2005), effettua circa il 90% delle prescrizioni di antidepressivi (Miceli *et al.*, 2005).

I Servizi per adulti sono riconosciuti come struttura di riferimento precoce (entro 1 anno dall'esordio) da una piccola quota del campione (circa 1 caso su 10) mentre, la durata media del disturbo al momento della "prima visita" al Servizio per adulti, è risultata di circa 10 anni.

Goldberg & Huxley (1980) avevano già descritto l'accesso diretto ai Servizi psichiatrici di comunità di circa 1 caso su 10, in particolare nelle situazioni di acuzie psicotica.

Va notato, altresì, che il medico di base in questa indagine ha promosso l'invio al Servizio per adulti soltanto di  $\frac{1}{4}$  della nuova utenza; pertanto, almeno la metà dei casi visti dal medico di base per il problema attuale, ha deciso di propria iniziativa di rivolgersi al Servizio per adulti.

D'altra parte questi casi - che giungono al Servizio per adulti di propria iniziativa - sono spesso ritenuti "appropriati" per il livello di cura specialistico: una discreta quota, infatti, è presa in carico dal professionista del Servizio per adulti. Bisogna anche osservare che la presa in carico avviene in 4 casi su 10 del totale per "richiesta del paziente/familiare" (in 6 casi su 10 per la casistica degli psicologi) che trova un avallo nella decisione del professionista del Servizio di salute mentale.

Nel campione delle emergenze 8 casi su 10 sono già in trattamento specialistico e 6 casi su 10 sono già trattati dal Servizio per adulti coinvolto nell'intervento di emergenza. Si evince, quindi, che soltanto una piccola quota di emergenze riguarda



delle situazioni che non erano già in trattamento specialistico. L'intervento di emergenza porta ad una "presa in carico" della situazione nella metà dei casi che non era già in cura presso il Servizio, anche tramite un ricovero. Il risultato dell'intervento di emergenza, infatti, è il ricovero in SPDC in 3 casi su 10.

Il contesto privilegiato dell'intervento del Servizio per adulti per la nuova utenza è il Centro di salute mentale (CSM), che rappresenta la sede del contatto in 9 casi su 10; nelle situazioni di emergenza tale quota scende alla metà dei casi mentre l'ambito ospedaliero (prevalentemente il Dipartimento di emergenza) è stato registrato in 3 casi su 10. L'intervento domiciliare sembra invece molto ridotto nella pratica dei Servizi per adulti: in generale è poco frequente come tipologia d'intervento nella presa in carico della nuova utenza (1 caso su 10) e, invece di rappresentare un'alternativa all'ospedalizzazione, l'intervento domiciliare nelle situazioni di emergenza porta ad un ricovero in regime di TSO nella metà dei casi.

Nei Servizi di salute mentale italiani del dopo-riforma era stata sottolineata l'importanza dell'approccio di "prossimità" alla comunità e la globalità dell'intervento, compreso l'intervento al domicilio, quali alternative alla ospedalizzazione (Martini *et al.*, 1985). In letteratura sono riportate molte esperienze sull'efficacia degli interventi domiciliari in situazioni di crisi (Hoult, 1986; Kluiters 1997). Recentemente, il gruppo dell'Istituto di Psichiatria di Londra, ha effettuato uno studio controllato randomizzato su pazienti in situazioni di acuzie mettendo a confronto l'intervento di *team* di crisi con l'assistenza ordinaria (Johnson *et al.*, 2006). La ricerca ha messo in evidenza che l'intervento specifico sulla crisi riduce il numero di ricoveri e ha migliori risultati sull'accettabilità e soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari.

Negli interventi di emergenza, a parità di situazione clinica e di contesto, le modalità organizzative dei Servizi per di salute mentale possono portare a decisioni sul percorso di cura molto diverse. Ciò è stato evidenziato in uno studio sulla variabilità degli interventi di crisi nel contesto dei Servizi psichiatrici italiani (Miceli *et al.*, 2004). Ai professionisti di un campione di CSM è stato chiesto di descrivere le modalità di intervento del servizio in cui lavoravano in alcune situazioni cliniche, illustrate tramite delle *vignette*. La scelta del *setting* dell'intervento di crisi è risultata condizionata dalle risorse e dal contesto organizzativo del Servizio:

i Servizi incentrati sull'SPDC avrebbero effettuato il ricovero nel 60% dei casi mentre questa percentuale si riduce al 20% nei Servizi con attività sulle 24 ore ma senza disponibilità dell'SPDC. Questa quota è corrispondente alla frazione di acuzie psichiatriche che Smyth & Houlst (2000) ritengono si possa trattare a domicilio.

Complessivamente nelle situazioni di emergenza il ricorso al ricovero ospedaliero dei servizi per adulti toscani è limitato al 30% dei casi; questa quota è molto vicina a quella che Smyth & Houlst (2000) ritengono incompressibile, e utile, nelle situazioni di acuzie. In precedenza la ricerca Progres-Acuti (Miceli *et al.*, 2007) aveva già mostrato che i servizi toscani nell'affrontare le situazioni di acuzie fanno un ricorso al ricovero minore della media nazionale (rispettivamente 2,7 vs 2,8 x 1000).

I percorsi di cura per i disturbi psichici nel contesto dei Servizi sanitari di comunità, non appaiono indirizzati da un adeguato governo clinico e sono state osservate modalità di risposta molto diverse fra i diversi soggetti sanitari, così come sono stati descritti comportamenti di cura dei pazienti molto variabili. Accanto ad una quota consistente di casi che necessiterebbero di un trattamento specialistico, e che arrivano ai Servizi per adulti con disturbi che durano da molti anni, si ritrovano pazienti che non sono inviati dal medico di base al livello specialistico e che invece vengono trattati dal livello specialistico.

L'accesso diretto ai Servizi psichiatrici di comunità è stato descritto in letteratura in differenti contesti socio-culturali: le percentuali del contatto diretto variavano dal 15% osservato a Manchester (Goldberg & Huxley, 1980) al 35% di Verona-sud (Bellantuono *et al.*, 1992).

In questa indagine è stata osservata una quota simile a quella riscontrata del contesto di Verona.

Un'ulteriore osservazione riguarda la scarsa attitudine dei Servizi a "selezionare" le casistiche appropriate al livello specialistico: la presa in carico avviene per 9 casi su 10 che si presentano al Servizio per adulti. Sembra, cioè, che la quasi totalità delle "prime visite" dei Servizi di salute mentale risultino adeguate al livello specialistico. Appare perciò necessario approfondire il rapporto con le altre agenzie di comunità e i rispettivi criteri di valutazione dell'appropriatezza dei livelli di cura.

Il tempo di attesa per l'accesso della nuova utenza ai Servizi per adulti è in media di 11 giorni ed è contenuto entro 1 mese nella quasi totalità dei casi: si osservano

però delle differenze fra occupati, che hanno un tempo d'attesa inferiore, e non occupati (compresi pensionati e casalinghe).

Un primo contatto con lo psichiatra avviene in tempi minori (ma con maggiore intervallo di tempo per il successivo contatto) rispetto allo psicologo, che offre un numero maggiore di contatti nel primo mese di presa in carico. Si può supporre che gli psichiatri siano più pressati dalla tipologia di bisogno sanitario delle richieste, cui rispondono in un tempo minore e trattano con percorsi di cura differenziati: l'intensità dei contatti con lo psichiatra varia per le specifiche diagnosi e si registra un numero maggiore di contatti per i disturbi affettivi e le sindromi schizofreniche.

Questo fenomeno è meno evidente nelle casistiche degli psicologi, in cui prevale una maggiore programmabilità dei trattamenti, evidenziato anche dal minore scarto per il numero medio di contatti nel primo mese di presa in carico fra le diverse diagnosi della loro casistica (prevalentemente disturbi affettivi e d'ansia).

Tabella A.

<p>SERVIZI SALUTE MENTALE PER ADULTI IN TOSCANA. PUNTI DI FORZA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radicamento nella rete dei servizi di comunità.</li> <li>• Centralità del Centro di Salute Mentale per l'accoglienza della nuova utenza.</li> <li>• Multiprofessionalità dei programmi di intervento per la nuova utenza.</li> <li>• Strutture assistenziali di riferimento per una quota di esordi recenti di disturbi psichici.</li> <li>• Diffusione degli interventi psicologici per la nuova utenza.</li> <li>• Presenza di interventi di coinvolgimento dei familiari.</li> <li>• Tempi di attesa contenuti per le "prime visite" e integrati in un sistema di governo della domanda.</li> <li>• Trattamenti farmacologici con dosaggi contenuti in larga parte dei casi.</li> <li>• Limitato ricorso al ricovero ospedaliero nelle situazioni di emergenza.</li> </ul>
<p>SERVIZI SALUTE MENTALE PER ADULTI IN TOSCANA. CRITICITÀ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadeguato governo clinico dei servizi di comunità sui percorsi di cura per le persone con disturbi psichici.</li> <li>• Interventi di integrazione socio-sanitaria presenti in modo non uniforme nel territorio regionale.</li> <li>• Interventi di emergenza con connotazione prevalente medico-sanitaria.</li> <li>• Ridotta pratica degli interventi domiciliari.</li> <li>• Rilevante presenza nella comunità di popolazioni con lunga durata di malattia non trattata e difficoltà dei servizi di salute mentale ad intercettare quote consistenti di "esordi" di disturbi psichici.</li> <li>• Scarsa diffusione di strumenti standardizzati di valutazione (diagnosi, funzionamento sociale, etc.).</li> <li>• Persistenza di inapproprietezze nel trattamento farmacologico.</li> <li>• Carezza di interventi psicologici specifici di dimostrata efficacia (psicoeducazione, psicoterapia cognitivo-comportamentale, trattamenti di gruppo, etc.).</li> <li>• Coesistenza nei servizi di popolazioni con bisogni di cura (acuzie vs riabilitazione) e sociali differenziati.</li> </ul>

Nei Servizi di salute mentale della Toscana si riscontra un uso infrequente di strumenti diagnostici e di valutazione standardizzati. Soltanto nei Servizi infanzia-adolescenza si è rilevato un'apprezzabile diffusione di tali strumenti (circa in 7 casi su 10 della casistica degli psicologi).

Le diagnosi descritte sono poste soprattutto su base clinica e non è possibile averne una stima di variabilità e validità rispetto a strumenti standardizzati. Nella nuova utenza le diagnosi più frequenti sono le sindromi affettive (depressione e disturbo bipolare) che costituiscono quasi la metà del campione della nuova utenza, seguite dai disturbi d'ansia, che sono quasi 1/3 del totale, e dalle sindromi schizofreniche che rappresentano poco più di 1 caso su 20 del totale della nuova utenza.

Anche nel campione delle emergenze i disturbi affettivi sono la diagnosi prevalente ma le sindromi schizofreniche rappresentano la seconda diagnosi per frequenza (riscontrata in 2 casi su 10) mentre i disturbi d'ansia interessano soltanto 1 caso su 10 (1/3 della frequenza descritta nell'utenza programmata).

La quota di categorie diagnostiche rilevate nel campione della nuova utenza dei Servizi per adulti appare simile alla incidenza trattata nei Servizi pubblici del Lazio (Gaddini *et al.*, 2008) e della Lombardia (Regione Lombardia, 2008). In tali Regioni si evidenzia, inoltre, che la prevalenza trattata delle categorie diagnostiche si avvicina a quelle riscontrate nel campione delle emergenze di questa indagine. Ciò appare coerente con i risultati di questo studio in cui viene documentato che le emergenze riguardano in larga parte pazienti in carico al Servizio per adulti che interviene, o comunque già conosciuti in precedenza.

Nei Servizi per adulti le casistiche descritte da psichiatri e psicologi presentano delle differenze molto evidenti per alcune caratteristiche, tanto da far ipotizzare che si possa trattare di popolazioni diverse per requisiti socio-anagrafici e clinico-diagnostici. I casi descritti dagli psicologi, infatti:

- a. hanno un'età minore;
- b. più frequentemente presentano una diagnosi di disturbo d'ansia;
- c. sono presi in carico soprattutto dietro richiesta del paziente;
- d. riescono a tollerare un maggior tempo di attesa per il primo contatto;
- e. meno frequentemente assumono una terapia farmacologica.

Fra i diversi interventi praticati, gli psichiatri ritengono prioritaria la terapia farmacologia per  $\frac{3}{4}$  della casistica mentre, gli psicologi, la indicano soltanto per 1 caso su 10 e danno priorità alla psicoterapia nel 90% dei casi. A loro volta, gli psichiatri registrano come prioritaria la psicoterapia in 2 casi su 10. Da notare che, nella casistica della nuova utenza dei Servizi per adulti, i problemi sociali sono ritenuti di primaria importanza soltanto in una quota marginale (meno di 1 caso su 100).

I trattamenti psicologici sono descritti nella totalità della casistica trattata dagli psicologi e nel 56% di quella trattata dagli psichiatri. In totale si tratta principalmente di colloqui e psicoterapie di sostegno (psichiatri 71% *vs* psicologi 50%) ma in una discreta quota si rilevano anche interventi ad orientamento psicodinamico (8% *vs* 30%) e di tipo cognitivo-comportamentale (12% *vs* 9%).

Gli interventi psicologici si presentano principalmente come attività non strutturate di sostegno e sono attuati a livello individuale. In questa indagine si è osservata una scarsa diffusione di interventi psicologici di dimostrata efficacia (terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale). Si registra, inoltre, una larga prevalenza di impostazione del rapporto “duale” che strutturalmente comporta una bassa numerosità di casi trattati da ogni professionista. La letteratura ha evidenziato che in alcune situazioni cliniche (disturbi di ansia, depressione), così come in vari setting, compreso il ricovero in SPDC (Buzzoni et al., 2001; Veltro et al., 2008), gli interventi di gruppo hanno una efficacia paragonabile ai corrispondenti interventi individuali (Roth & Fonagy, 1996). Gli interventi di gruppo sono risultati però poco diffusi nei campioni studiati in questa indagine.

Appare pertanto utile una revisione dell’attuale pratica degli interventi psicologici nei Servizi pubblici, alla luce delle più avanzate acquisizioni del mondo scientifico e professionale, per molte patologie già tradotte in raccomandazioni di importanti linee-guida cliniche (NICE, 2007).

Il coinvolgimento dei familiari è stato osservato nella metà dei casi che arrivano ad un primo contatto con il Servizio per Adulti. Tale quota è del tutto rispettabile per la casistica di questa indagine, che mostra una prevalenza di disturbi depressivi e disturbi di ansia. In queste situazioni frequentemente la richiesta è portata dallo stesso interessato (soprattutto nella casistica trattata dagli psicologi), che spesso desidera non coinvolgere altri membri della famiglia.

L'intervento familiare è stato oggetto di valutazioni a partire dagli anni '80 con i pionieristici studi di Leff e coll. (1982). Gli AA. dimostrarono che nelle famiglie con un paziente affetto da schizofrenia la riduzione delle expressed emotions è associata a un miglioramento del decorso del disturbo. Questo risultato fu confermato anche dal gruppo di Ian Falloon che mise a punto un intervento integrato manualizzato per la schizofrenia (1988). Analoghi risultati sono stati ottenuti anche per i disturbi bipolari (Colom et al., 2003). Nel campione dei Servizi per adulti, nei casi in cui è presente il coinvolgimento dei familiari, è stata registrata una ridotta diffusione di interventi di tipo psico-educazionale la cui efficacia sul decorso del disturbo è particolarmente rilevante nelle situazioni più impegnative dal punto di vista psicopatologico (schizofrenia e disturbo bipolare) e a maggior rischio di cronicità e di disabilità (Gleeson et al., 2001).

Le terapie farmacologiche sono state prescritte nella larga maggioranza della nuova utenza che affersce ai Servizi per adulti (7 su 10 del totale del campione). La classe farmacologica più rappresentata in questa casistica è quella degli antidepressivi, prescritti in  $\frac{3}{4}$  del totale dei trattati con farmaci, seguiti dagli ansiolitici (prescritti in poco più di  $\frac{1}{3}$  del totale) e dagli antipsicotici registrati in una quota di poco inferiore. Gli eutimici sono quelli prescritti nella quota minore (in circa 2 persone su 10 che assumono farmaci).

Il frequente uso degli antidepressivi non stupisce in questo campione dato che le diagnosi di disturbi affettivi e disturbi d'ansia, per cui questa classe di farmaci trova indicazione, rappresentano circa 8 casi su 10 del totale della casistica trattata dagli psichiatri.

Le associazioni fra farmaci sono piuttosto frequenti: la più frequente è fra antidepressivi e ansiolitici, osservata in  $\frac{1}{4}$  dei trattati con farmaci. Subito dopo si riscontra l'associazione fra antidepressivi e neurolettici (16%), neurolettici ed eutimici (12%), neurolettici e ansiolitici (11%) e infine fra ansiolitici ed eutimici (10%).

In generale è stata osservata una tendenza all'utilizzo di dosaggi medi inferiori a quelli consigliati per le singole molecole. Infatti, se si escludono gli antidepressivi prescritti ad un dosaggio medio giornaliero di poco superiore alla DDD (valore=1,1), per tutte le altre classi farmacologiche sono stati registrati dei dosaggi medi

inferiori alla DDD. Una quantità di farmaco più elevata è stata riscontrata per l'uso dei farmaci *off-label*, ossia per diagnosi differenti dalla indicazione principale della classe farmacologica. Inoltre è stato evidenziato che nei casi trattati con una polifarmacoterapia il dosaggio totale di farmaci psicotropi è superiore al 20% della DDD in più della metà dei casi.

In totale, in 9 casi su 10 di situazioni di emergenza trattate dagli psichiatri, sono stati somministrati psicofarmaci. La classe più prescritta in questo campione sono i neurolettici, usati in quasi 7 casi su 10, seguiti dagli ansiolitici usati in 1 caso su 2. Gli antidepressivi sono al 3° posto e sono prescritti in quasi 4 casi su 10. In totale il maggior dosaggio di farmaci si osserva nella diagnosi di schizofrenia in cui le DDD medie più elevate risultano a carico degli ansiolitici. Questa classe di farmaci è usata in un numero inferiore di casi rispetto ai neurolettici ma con dosaggi piuttosto elevati.

Questi risultati sono fonte di molti interrogativi relativi all'adeguatezza dei trattamenti farmacologici. L'utilizzazione di bassi dosaggi di psicofarmaci, in particolare dei neurolettici, e di una polifarmacoterapia è stata già descritta nel contesto dei Servizi di comunità italiani.

L'utilizzazione dei farmaci antipsicotici è stato oggetto di uno studio italiano condotto in CSM e SPDC del Piemonte (Tibaldi *et al.*, 1999). Anche in questo studio gli AA. hanno messo in evidenza che i dosaggi medi utilizzati per le singole molecole erano ai limiti inferiori delle raccomandazioni, sia per i pazienti ricoverati sia per quelli ambulatoriali. Inoltre osservarono hanno osservato una diffusa pratica della polifarmacoterapia: il dosaggio complessivo equivalente dei pazienti trattati con più molecole risultava superiore alle raccomandazioni. Il diffuso uso di polifarmacoterapia nei pazienti è stato confermato da un altro studio condotto nei Servizi psichiatrici territoriali italiani (Tognoni, 1999), in cui sono stati studiati 2.322 pazienti al primo contatto con i Servizi pubblici: è stato rilevato che circa il 40% dei pazienti sottoposti ad una polifarmacoterapia assumeva un dosaggio medio giornaliero di farmaci (DDD) superiore ai trattati con una sola molecola.

La diffusa coesistenza di questi due aspetti delle prescrizioni è piuttosto singolare: sembra infatti che vengano prescritte contemporaneamente più molecole delle diverse classi farmacologiche. In tal modo non si utilizzano i dosaggi efficaci delle singole molecole ma si raggiungono elevati dosaggi complessivi di psicofarmaci, con un aumentato rischio di effetti avversi.



## **7.2 I Servizi per l'infanzia-adolescenza**

Nel campione della nuova utenza dei Servizi per infanzia-adolescenza i maschi sono più numerosi delle femmine mentre in quello delle emergenze il rapporto fra i sessi si inverte.

L'età media nell'utenza programmata è minore che nelle emergenze che, infatti, sono più frequenti nella fascia d'età adolescenziale. I motivi dell'emergenza sono legati in primo luogo a problemi comportamentali, compresi i tentativi autolesivi. I problemi legati ai disturbi del comportamento alimentare, che nel campione della nuova utenza risultavano piuttosto rari (pari a 2 casi su 100), nel campione delle emergenze sono stati descritti invece in una quota non irrilevante (1 caso su 10). I problemi psicopatologici sono presenti in quota minore nelle emergenze rispetto alla nuova utenza (rispettivamente 1 vs 2 casi su 10).

Il tempo di attesa medio è superiore a quello dei Servizi per adulti (20 vs 11 giorni); inoltre, in una quota non marginale di casi (2 su 10), sono state registrate attese superiori a 30 giorni, soprattutto nelle casistiche dei neuropsichiatri dell'infanzia. A differenza del Servizio per adulti, non sono state riscontrate differenze significative per il tempo di attesa fra neuropsichiatri dell'infanzia e psicologi. Il contatto successivo alla prima visita avviene mediamente dopo 11 giorni e, nei primi 30 giorni, si registrano in media 3 contatti senza differenze fra le due figure professionali. L'assenza di differenze nei tempi d'attesa fra le casistiche è abbastanza coerente con l'osservazione di una modalità organizzativa analoga dei professionisti che fanno presa in carico: anche se con qualche diversità nei territori della Regione, entrambe le figure professionali mostrano modalità di presa in carico sovrapponibili e intervengono strutturalmente in situazioni di "emergenza". Peraltro, per la maggior parte dei casi, i tempi medi di attesa risultano tendenzialmente più elevati rispetto ai Servizi per adulti e, in qualche caso, superano i 30 giorni. A questo proposito sarebbe utile approfondire tali aspetti per verificare quali possono essere le ragioni di tempi d'attesa prolungati, pur in presenza di un'attività programmata abbastanza uniforme dal punto di vista dell'intensità di cura. Si potrebbe pensare ad una carenza di governo clinico degli accessi e delle liste di accesso ai Servizi infanzia-adolescenza.

D'altra parte bisogna considerare che la prevalenza dei disturbi psichici e neurologici è abbastanza elevata. Dai dati della Relazione sullo stato di salute della Toscana 2000-2002 (Agenzia Regionale di Sanità, 2004) si rileva che l'utenza dei

Servizi infanzia-adolescenza è pari a circa il 5% della popolazione minorile mentre quella dei Servizi per adulti risulta circa il 3% della popolazione d'età  $\geq 18$  anni.

Nel campione dei Servizi infanzia-adolescenza prevalgono i disturbi di comunicazione e cognitivi, disturbi che non hanno un decorso con acuzie, e probabilmente incontrano minori difficoltà ad accettare tempi di accesso non brevi.

Nel campione della nuova utenza la durata del disturbo al momento del contatto con il Servizio infanzia-adolescenza era di poco più di 3 anni; la durata cresce con l'aumento dell'età di esordio del disturbo. I disturbi che insorgono nell'età adolescenziale sono soprattutto di ordine psico-patologico e per queste patologie, in questa fascia d'età, si osserva un "comportamento di malattia" simile a quello osservato nel campione degli adulti (Mechanic, 1977).

Il luogo del trattamento dei Servizi infanzia-adolescenza è in larga prevalenza l'ambulatorio, sia per l'utenza programmata sia per le emergenze. L'intervento domiciliare risulta del tutto episodico ed è messo in atto in misura minore nelle emergenze rispetto alla presa in carico programmata (3 casi vs 5 su 100); l'intervento nella scuola è rilevato in 1 caso su 6 per la nuova utenza mentre quello effettuato in un reparto ospedaliero avviene in 2 casi su 10 delle emergenze. Quest'ultimo risultato è da riferire soprattutto ad interventi in pronto soccorso, ovvero in SPDC, poiché nel territorio regionale non esistono reparti di degenza gestiti dai Servizi infanzia-adolescenza. L'intervento delle agenzie dell'emergenza è stato registrato in una quota non irrilevante, anche se molto inferiore (circa la metà) a quanto registrato nelle emergenze degli adulti.

**Tabella B.**

<p>SERVIZI SALUTE MENTALE PER L'INFANZIA E ADOLESCENZA IN TOSCANA. <b>PUNTI DI FORZA</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presenza nella comunità e interventi nelle scuole.</b></li><li>• <b>Presenza in carico di una ampia gamma di situazioni cliniche e socio-assistenziali.</b></li><li>• <b>Apprezzabile utilizzazione di strumenti strutturati di valutazione.</b></li><li>• <b>Presenza di approcci differenziati medico-psicologici negli interventi di emergenza.</b></li><li>• <b>Ampia diffusione di interventi psicologici per la nuova utenza.</b></li><li>• <b>Coinvolgimento costante dei familiari.</b></li><li>• <b>Trattamenti farmacologici limitati a casi specifici della nuova utenza.</b></li></ul>
<p>SERVIZI SALUTE MENTALE PER L'INFANZIA E ADOLESCENZA IN TOSCANA. <b>CRITICITÀ</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Lunga durata del disturbo non trattato in adolescenza.</b></li><li>• <b>Tempi di attesa prolungati per le “prime visite”.</b></li><li>• <b>Scarsa modulazione dell'intensità del percorso assistenziale per la nuova utenza.</b></li><li>• <b>Presenza in carico di situazioni con elevati bisogni socio-assistenziali tramite interventi di emergenza.</b></li><li>• <b>Situazioni di emergenza con tempi di intervento dilatati.</b></li><li>• <b>Interventi domiciliari limitati e non sempre efficaci per limitare l'ospedalizzazione delle emergenze.</b></li><li>• <b>Poca diffusione di interventi psicologici specifici di dimostrata efficacia (psicoterapia cognitivo-comportamentale, trattamenti di gruppo, etc.).</b></li><li>• <b>Carenza di governo per l'accesso alla “presa in carico”.</b></li><li>• <b>Trattamento farmacologico ad elevati dosaggi nelle emergenze dell'adolescenza.</b></li></ul>

Per le emergenze il problema attuale che ha portato al contatto con il Servizio infanzia-adolescenza è risultato nella metà del campione di tipo comportamentale (disturbante o autolesionismo) mentre, i disturbi psicopatologici acuti e quelli legati al comportamento alimentare, sono stati osservati entrambi in 1 caso su 10. Le diagnosi cliniche confermano sostanzialmente questi risultati. A questo proposito si può osservare che alcune questioni molto dibattute sui *media*, quali le sindromi ipercinetiche/deficit dell'attenzione e le sindromi autistiche, sono state evidenziate come situazioni di emergenza in modo sporadico e, complessivamente, in questa casistica sono inferiori a 2 casi su 100. Da notare che il disturbo ipercinetico è presente in 1 caso su 10 della nuova utenza mentre le sindromi autistiche risultano inferiori a 1 caso su 20. I disturbi del comportamento alimentare, altra questione molto rappresentata sui mezzi di informazione, sono rilevati nella nuova utenza con quote marginali ma arrivano all'attenzione dei Servizi infanzia-adolescenza in situazione di emergenza con frequenza quintuplicata.

Questo dato è esemplificativo per spiegare una parte dell'elevata durata del problema che porta all'intervento di emergenza: l'inizio del comportamento alimentare abnorme, infatti, può essere cominciato molto tempo prima che si strutturi la situazione di emergenza (spesso legata al decadimento fisico da digiuno).

Nel campione delle emergenze la CAN ha evidenziato la presenza di importanti bisogni nell'area della salute (disagio psichico in una quota rilevante dei casi) anche di livello grave (sintomi psicotici in 2 casi su 10) ma, al tempo stesso, ha permesso di rilevare la presenza di bisogni nell'area delle attività quotidiane (8 casi su 10), nelle dimensioni della sicurezza personale e nella cura di sé (osservati in 5 casi su 10). Questi bisogni sono alleviati dall'intervento del Servizio soltanto nella metà dei casi.

L'emergenza nelle situazioni con tali problematiche diventa pertanto il prodotto di una serie di pre-esistenti difficoltà nel contesto di supporto; in tali condizioni l'intervento in emergenza diventa una necessità che surroga la carenza di interventi socio-assistenziali mirati alle aree di bisogno.

C'è da tenere conto che  $\frac{3}{4}$  dei casi di emergenza non sono in carico al Servizio che interviene. L'esito dell'intervento di emergenza porta alla presa in carico di una quota rilevante di queste situazioni.

Le osservazioni sulle carenze di supporto nel campione delle emergenze spiegano anche le elevate frequenze di presa in carico nei Servizi infanzia-adolescenza per richiesta dei familiari e per inadeguatezza del contesto di supporto (registrati complessivamente in 9 casi su 10).

Non stupisce, perciò, che gli interventi di coinvolgimento dei familiari siano

effettuati in 9 casi su 10 del totale, e quelli sulla rete sociale e socio-sanitari siano stati registrati nella metà del campione di nuova utenza che accede in modo programmato.

Gli interventi psicologici più frequenti riconoscono delle tipologie aspecifiche (sostegno, espressivo-occupazionale ecc.) mentre quelli con maggiore specificità tecnica (psicoterapie dinamiche e cognitivo-comportamentale) coinvolgono in totale 1/8 del campione. Anche il coinvolgimento dei familiari presenta delle caratteristiche non specifiche (informazioni e *counselling*) o comunque di sostegno pragmatico alle risorse del contesto, quale l'intervento psicoeducativo. Queste tipologie di interventi familiari si sono mostrate efficaci nel migliorare il decorso di patologie psichiche gravi dell'adulto e sono state diffuse anche a fasce d'età più giovanili, in particolare a quella adolescenziale (Fallon, 1998; Gleeson *et al.*, 2001).

Questi risultati non sostengono l'opinione espressa dai professionisti sulle priorità di intervento in questa indagine: il trattamento psicologico è indicato con maggior frequenza mentre gli interventi di sostegno socio-sanitario sono in ultima posizione, con frequenza che assurge all'ordine dell'eccezionale. Va osservato, comunque, che il coinvolgimento dell'assistente sociale è registrato in 2 casi su 10 del totale del campione della nuova utenza e in 1/3 delle emergenze.

Sembra, cioè, che psicologi e neuropsichiatri registrino correttamente le informazioni sulle problematiche di contesto e riconoscano i bisogni non sanitari delle situazioni che trattano, sia in emergenza sia nella presa in carico della nuova utenza ma, nella valutazione complessiva, diano più peso alle componenti sanitarie e psicologiche. Non va comunque sottovalutata l'influenza del modello operativo e delle risorse concretamente disponibili per il professionista sulla sua valutazione. È stato già citato uno studio effettuato nel contesto dei Servizi di salute mentale pubblici italiani che ha dimostrato che la messa in atto di interventi psico-sociali e di sostegno socio-assistenziale è associata alla presenza nel Servizio delle necessarie risorse professionali (Miceli *et al.*, 2004).

Va comunque sottolineato che un intervento prettamente medico, relativo al trattamento farmacologico, è stato adottato in una quota esigua del campione della nuova utenza dei Servizi infanzia-adolescenza. Non si può dire la stessa cosa per il campione delle emergenze, dove i professionisti che ne hanno titolo hanno trattato con farmaci (anche con dosaggi elevati) circa 1/3 dei casi. In quest'ultima tipologia di situazioni si riconoscono probabilmente aspetti di "controllo sociale", soprattutto nei casi della fascia adolescenziale, che si presentano spesso con alterazioni del comportamento e che, conseguentemente, suscitano allarme nel contesto di vita.

## Conclusioni

In Toscana i Servizi di salute mentale appaiono ben radicati nella rete dei servizi di comunità. L'analisi dei casi di questo studio ha evidenziato che il Centro di Salute Mentale rappresenta il fulcro per l'accoglienza della nuova utenza e per gli interventi di emergenza dei Servizi per adulti. Le differenti professioni che fanno "presa in carico" hanno casistiche piuttosto differenti fra loro, con prevalenza presso gli psicologi di disturbi a basso tasso di emergenza. Le emergenze sono a carico quasi esclusivo delle figure mediche e infermieristiche e riconoscono una prevalenza dell'approccio medico-sanitario, con un limitato utilizzo degli interventi domiciliari; questi non hanno svolto una funzione alternativa al ricovero ospedaliero che comunque, nel complesso, appare abbastanza limitato, prossimo agli standard più avanzati proposti in letteratura.

I Servizi per infanzia-adolescenza hanno modalità organizzative basate sulla multiprofessionalità e intervengono con approcci differenziati ma basati prevalentemente su quello di tipo psico-sociale anche nelle situazioni di emergenza.

I percorsi di cura per i disturbi psichici risentono complessivamente di un insufficiente governo clinico. I tempi di attesa per la "prima visita" sono relativamente limitati se riferiti a servizi con basso contenuto di urgenza, ma i criteri per la "presa in carico" dei Servizi di salute mentale appaiono scarsamente condivisi fra i diversi soggetti sanitari di comunità. Si è evidenziato un discreto ritardo nel riconoscimento dei disturbi psichici e, nel settore adulti, un'elevata durata del disturbo prima dell'arrivo al trattamento specialistico: accanto a una piccola quota di persone che arrivano entro l'anno dall'esordio, è stata osservata una consistente frazione di pazienti che giunge alla presa in carico con una lunga durata del disturbo, benché una larga quota di questi avesse già praticato un trattamento dal medico di base.

I Servizi di salute mentale attuano diverse tipologie di trattamento con un approccio tendenzialmente multiprofessionale. Nel settore adulti si riscontra una prevalenza dei trattamenti farmacologici, ma una discreta parte della casistica "programmata" riconosce interventi psicologici. D'altra parte emerge una certa quota di situazioni di emergenza, sia nel settore adulti sia in quello per infanzia-adolescenza, con importanti bisogni socio-economici, in cui non si verifica una coerente ed efficace attuazione dell'integrazione operativa socio-sanitaria, prevista dalla vigente programmazione

regionale; in particolare il coinvolgimento del servizio sociale appare problematico in qualche situazione.

Si registra invece un frequente coinvolgimento nel trattamento dei familiari soprattutto nei Servizi per infanzia-adolescenza. Gli interventi, però, sono spesso connotati come un “aspecifico” sostegno, mentre sono poco diffusi interventi di dimostrata efficacia (psicoeducazione, terapia cognitivo-comportamentale). È auspicabile che si sviluppi una revisione delle pratiche di intervento psicologico che porti a potenziare i trattamenti *evidence-based* applicabili nel contesto dei Servizi di salute mentale di comunità, con adeguata attenzione ai trattamenti per gruppi omogenei di bisogni di cura.

La cultura e lo stile di lavoro dei servizi di comunità, in particolare dei medici di base, influenzano l'accesso di gruppi di popolazione con diverse problematiche psichiche (esordi, patologie “minori”, migranti ecc.). Ai Servizi per adulti, comunque, giungono tipologie di bisogni di cura differenziati fra loro (acuzie, giovani all'esordio, disturbi psichici “minori”, disabilità di lunga durata ecc.). Per le diverse casistiche sarebbe necessario approntare percorsi assistenziali specifici, anche integrati fra i diversi livelli assistenziali, e interventi di “iniziativa” nella comunità, che però non trovano un adeguato sviluppo in servizi “generalisti”, tradizionalmente indirizzati a trattare disturbi psichici ad alto tasso di cronicità.

La presenza di stranieri nei Servizi di salute mentale è minore dell'atteso, sia nell'accesso programmato sia in emergenza; è necessario pertanto individuare i fattori che riducono l'accessibilità a questa fascia di popolazione. Lo studio di tali aspetti, però, esulava da questa indagine. Sarebbe pertanto necessario approntare studi specifici su queste problematiche nell'ambito della epidemiologia dei disturbi psichici nella popolazione generale e nella medicina di base.



## Bibliografia

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (2004), I servizi per la salute mentale, in *Il profilo della salute e dei servizi sanitari della Toscana - Relazione sanitaria regionale 2000-2002*, pp. 131-136, Edizioni Regione Toscana, Firenze.

Barbui C., Broglio E., Costa Laia A. et al. (2003), *Cross-sectional database analysis of antidepressant prescribing in Italy*, «Journal of Clinical Psychopharmacology» 23: 31-34.

Bellantuono C., Balestrieri M., Ruggeri M. et al. (1992), *I disturbi psichici nella medicina generale*, pp. 1-9, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Bradshaw J. (1972), A taxonomy of social need, in *Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research* (ed. G. McLachlan), pp. 71-82, Oxford University Press, London.

Brewin C.R., Wing J.K., Mangen S. et al. (1987), *Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment*, «Psychological Medicine» 17: 971-981.

Buzzoni A., Morosini P., Polidori G. et al. (2001), *La Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) di gruppo nella routine di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)*, «Epidemiologia Psichiatria Sociale» 10: 27-36.

Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A. et al. (2003), *A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission*, «Arch Gen Psychiatry» 60: 402-407.

Creed F., Black D. & Anthony P. (1989), *Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness: a critical appraisal*, «British Journal Psychiatry» 154: 300-310.

Dell'Acqua G. & Cogliati Dezza M.G. (1985), *The end of psychiatric hospital: a review of the psychiatric experience in Trieste*, «Acta Psychiatrica Scandinavica» 316 (suppl.): 45-69.

Department of Health Social Service Inspectorate (1991), *Care Management and Assessment: Summary of Practice Guidance*, London: HMSO, 10.

Erlicher A., Rossi G. (1999), *Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale*, Centro Scientifico Editore, Torino.

Falloon I. (1998), *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*, Erikson, Trento.

Gaddini A., Crescenzi A., Biscaglia L. et al. (2008), *Rapporto sull'attività dei Centri di Salute Mentale, Centri Diurni, Strutture Residenziali Terapeutico-riabilitative del Lazio - Anno 2005*, Agenzia Sanità Pubblica del Lazio, Roma.



Gleeson J., Jackson H.J., Staverly H. et al. (2001), Intervento familiare nell'esordio psicotico, in Mc. Gorry P., Jackson H. (Ed.) *Riconoscere e affrontare la psicosi all'esordio* (ed. italiana), pp. 375-404, Centro Scientifico Editore, Torino.

Goldberg D. & Huxley P. (1980), *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. Tavistock Publications Ltd., London-New York.

Hollingshead A.B. & Redlich F.C. (1975), *Classi sociali e malattie mentali*. Einaudi, Torino.

Holloway F. (1994), *Need in community psychiatry: a consensus is required*, «Psychiatric Bulletin» 18: 321-323.

Hoult J. (1986), *Community care of the acutely mentally ill*. «Brit. J. Psychiat.» 149: 137-144.

Joy C.B., Adams C.E. & Rice K. (2006), *Crisis intervention for people with severe mental illnesses*, Cochrane Database of Systematic Reviews [CD-ROM], John Wiley & Sons, San Francisco.

Johnson S., Nolan F., Pilling S. et al. (2006), *Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study*. «British Medical Journal» 331: 599-602.

Kellerman S.E. & Herold J. (2001), *Physician response to surveys. A review of the literature*, «American Journal Preventive Medicine» 20: 61-67.

Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. et al. (2007), *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative*, «World Psychiatry» 6: 168-176.

Kluiter H. (1997), *Inpatient Treatment and Care Arrangements to Replace or Avoid it – Searching for an Evidence-based Balance*, «Current Opinion in Psychiatry» 10: 160-167.

Leff J., Kuipers E., Bergowitz R., Strugeon D. (1985), *A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients*, «British Journal Psychiatry» 146: 594-600.

Lincoln C., McGorry P. (2001), Percorsi di cura nell'esordio psicotico: la prospettiva dei clinici e quella dei pazienti, in Mc. Gorry P., Jackson H. (Eds.), *Riconoscere e affrontare la psicosi all'esordio* (ed. italiana), pp. 51-78, Centro Scientifico Editore, Torino.

Marshall M. (1994), *How should we measure need?* «Philosophy, Psychiatry and Psychology» 1: 27-36.

Martini P., Cecchini M., Corlito G. et al. (1985), A model of a single comprehensive mental health service for a catchment area: a community alternative to hospitalization, in Perris C., Kemali D. (Ed.), *Focus on the Italian Psychiatric Reform*, «Acta Psychiatrica Scandinavica», 316 (suppl.) 71: 95-120.

- Maslow A. (1954), *Motivation and Personality*, Harper and Row, New York.
- McFarlane W.R., Lukins E., Link B. et al., (1995), *Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia*, «Archives of General Psychiatry» 52: 679-687.
- Mechanic D. (1977), *Illness behaviour, social adaptation, and the management of illness. A comparison of educational and medical models*, «Journal of Nervous and Mental Disorders» 165: 79-87.
- Mezzina R., Vidoni D., Miceli M. et al. (2005), *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*, Asterios Editore, Trieste.
- Miceli M., Baio G., Vidoni D. et al. (2004), Variabilità dei trattamenti di crisi nei servizi di salute mentale in Morosini P. & Palumbo G. (Eds.), *Variabilità nei Servizi Sanitari in Italia*, pp. 206-233, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Miceli M., Balzi D., Barchielli A. et al. (2005), Analisi dell'utenza trattata per depressione e dei pattern di prescrizione di antidepressivi nella Azienda Sanitaria di Firenze nell'anno 2003, Comunicazione al *VII Congresso Nazionale SIEP* – Biella, 15 – 17 settembre 2005.
- Miceli M., Silvestri C., Orsini C. et al. (2007), *Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico. Una valutazione delle strutture per il ricovero e l'accoglienza in Toscana: la ricerca PROGRES-Acuti*, Documenti ARS n. 28.
- National Institute for Clinical Excellence [NICE] (2004), *Schizofrenia. Linee guida cliniche complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica*, (Ed. it. a cura di Carrà G., Barale F. & Marinoni A.), Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- National Institute for Clinical Excellence [NICE] (2007), *Management of depression in primary and secondary care*, National Clinical Practice Guideline Number 23. [www.nice.org.uk/CG023fullguideline](http://www.nice.org.uk/CG023fullguideline)
- Phelan M., Slade M., Thornicroft G. et al. (1995), *The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness*, «British Journal of Psychiatry» 167: 589-595.
- Percudani M., Barbui C., Fortino I. & Petrovich L. (2005), *The prevalence of antidepressant and antipsychotic drug prescribing in Lombardy, Italy*, «Journal of Clinical Psychopharmacology» 25: 92-94.
- Regione Toscana, *Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010*, Bollettino Ufficiale Regione Toscana.

Priebe S. & Fioritti A. (2004), *Dopo la deistituzionalizzazione: stiamo imboccando il cammino contrario?*, «Psichiatria di Comunità» 3: 137-144.

Regione Lombardia (2008), *Il sistema di salute mentale della Regione Lombardia*, Milano (in corso di pubblicazione).

Roth A. & Fonagy P. (1996), *What works for whom: a critical review of psychotherapy research*, The Guilford Press, New York. (Ed. it.: *Psicoterapie e prove di efficacia*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997).

Ruggeri M., Lasalvia A., Nicolaou S. et al. (1999), *La versione italiana della Camberwell Assessment of Need (CAN), un'intervista per l'identificazione dei bisogni di cura*, «Epidemiologia e Psichiatria Sociale» 8: 135-167.

Sistema Statistico Nazionale, Regione Toscana – Settore Sistema Statistico Regionale (2008), *Toscana in cifre 2007*, Edizioni Regione Toscana.

Smyth M.G. & Hoult J. (2000), *The home treatment enigma*, «British Medical Journal» 320: 305 –308.

Slade M., Phelan M. & Thornicroft G. (1998), *A comparison of need assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis*, «Psychological Medicine» 28: 543-550.

Slade M., Thornicroft G., Loftus L. et al. (1999), *CAN: Camberwell Assessment of Need. A Comprehensive Needs Assessment Tool for People with Severe Mental Illness*, Gaskell, London (Ed. it. a cura di Ruggeri M. & Tansella M., CIC Ed. Internazionali, Roma, 2000).

Stevens A. & Gabbay, J. (1991), *Needs assessment*, «Health Trends» 23: 20-23.

Tibaldi G., Munizza C., Bollini P. et al. (1997), *Utilization of neuroleptic drugs in italian mental health services. A survey in Piedmont*, «Psychiatric Services» 48: 213-217.

Tognoni G. (1999), *Pharmacoepidemiology of psychotropic drugs in patients with severe mental disorders in Italy. Italian Collaborative Study Group on the Outcome of Severe Mental disorders*, «European Journal of Clinical Pharmacology» 55: 685-690.

Venditelli N., Veltro F., Orecchio I. et al. (2003), *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*, Centro Scientifico Editore, Torino.

Wagner E.H. (2004), *Chronic Disease Care*, «British Medical Journal» 328: 177-178.

Wang R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. et al. (2007), *Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative*, «World Psychiatry» 6: 177-185.

## Allegato A - Elenco dei professionisti che hanno risposto all'indagine suddiviso per ASL

Arena	<b>ASL 1 di Massa</b>	Capone	Dario
Bianchini	Alba	Cappelletto	Tarcisio
Caputo	Elena	Cappuccio	Roberto
Fazzi	Francesca	Casini	Tamara
Guidi	Barbara	Ceragioli	Maria Rosa
Lazzerini	Alessandro	Dei	Neva
Panico	Fabrizio	Del Punta	Vincenza
Pitanti	Giuseppe	Di Nunzio	Consiglia
Ravani	Antonella	Fabiani	Rolando
Rondine	Roberto	Falco	Patrizia
Spagna	Paolino	Guidi	Donatella
	Francesca	Macchi	Elena
	<b>ASL 2 di Lucca</b>	Mori	Ondina
Belmonte	Anna	Oberti	Ilaria
Berti	Lola	Pieri	Maurizio
Bouanani	Siham	Poli	Paola
Carratori	Fausto	Pupi	Maria Irene
De Cesari	Antonella	Romolini	Elisabetta
Di Paco	Maria Cristina	Soldateschi	Franca
Favilla	Letizia	Sordi	Cecilia
Fulvio	Maria Ornella	Tinagli	Andrea
Giovannetti	Laura	Tognetti	Manuela
Luporini	Renza	Vallini	Andrea
Maltagliati	Mario		<b>ASL 6 di Livorno</b>
Marsili	Vincenzo	Albanesi	Giorgio
Masini	Annalisa	Ansaldi	Maria
Piagentini	Fabrizio	Brandini	Anna
Polieri	Maurizio	Casella	Cristina
Sarlo	Roberto	Catalucci	Tiziana
Sartini	Stefania	Coscarella	Claudio
Scarsini	Patrizia	Cotrozzi	Lucia
Simonetti	Beatrice	Fasano	Francesca
	<b>ASL 3 di Pistoia</b>	Floriani	Chiara
Bernazzani	Isabella	Grassini	Paola
Biagioni	Enrico	Guantini	Silvana
Cappellini	Claudio	Guglielmi	Paola
D'anza	Vito	Leuci	Maria Grazia
Devescovi	Pier Claudio	Martucci	Giuseppe
Falzin	Maria	Milanfranchi	Alessandro
Galli	Letizia	Papini	Francesco
Garofalo	Antonella	Piazzi	M. Laura
Giangrandi	Chiara	Pignero	Francesca
Giorgi	Simona	Puntoni	Umberto
Iapichino	Sonia	Santoro	Adolfo
Lari	Laretto	Sardi	Giacomo
Meschi	Marisa	Toler	Maria Teresa
Micheli	Carla	Tosi	Barbara
Raimondi	Francesco		<b>ASL 7 di Siena</b>
Teglia	Sergio	Calignano	Arturo
Torti	Carlo	Catocci	Paolo
Vannucchi	Lucia	Del Zanna	Maria
Vitali	Patrizia	Enriques	Fiammetta
Zampolini	Marina	Gervaso	Simonetta
	<b>ASL 4 di Prato</b>	Ghezzi	Paola
Ardito	Paolo	Giannini	Alessandra
Basile	Domenico	Innocenti	Elisabetta
Bello	Lucia	Lucii	Claudio
Bonetti	Silvana	Mariottini	Paola
Cardamone	Giuseppe	Mele	Natalio
Degli Innocenti	Dario	Migliorini	Paolo
Fossi	Luciano	Pedani	Pierangelo
Giorgi	Patrizia	Petrangeli	Luca
Graziani	Graziano	Puddori	Francesca
Lenzi	Lorenzo	Ragonesi	Salvo
Missio	Giuliana	Ricci	Francesco
Poignet	Odette	Tafi	Lucia
Polì	Enrico	Verutti	Simonetta
Sarchielli	Marco		<b>ASL 8 di Arezzo</b>
Serena	Andrea	Barbara	Leonardo
Succhielli	Laura	Batti	Anna
Ventura	Fausto	Belloni	Giovanna
Ventura	Sandro	Bevilacqua	Paola
Vocino	Vanna	Bianchi	Angelo
	<b>ASL 5 di Pisa</b>	Borghesi	Roberto
Cacciamano	Patrizia	Brogi	Raffaele
Camoni	Maurizio	Cavallo	Rosina

Cesari  
Cuculi  
Di Martino  
Gennaioli  
Giannelli  
Lazzeri  
Leonessi  
Mazzi  
Morandi  
Moschi  
Paionni  
Petrillo  
Piergiovanni  
Provenza  
Ricci  
Roggi  
Santini  
Sozzi  
Travi  
Valentini  
Vitale  
Zito

Giampiero  
Franca  
Daniela  
Norberto  
Annalisa  
Fiorenza  
Paolo  
Donatella  
Mariella  
Antonella  
Alessandra  
Maddalena  
Maria Grazia  
Marcella  
Luciana  
Daniela  
Sabrina  
Giuliana  
Michele  
Massimo  
Rossana  
Silvana

**ASL 9 di Grosseto**

Acchiappati  
Accolla  
Bardicchia  
Bonuccelli  
Bugiani  
Burgassi  
Caliari  
Camuffo  
Cernuto  
Cerretini  
Corpaccioli  
Cutolo  
Facchi  
Gasperini  
Luberti  
Luchini  
Magnani  
Papa  
Pezzullo  
Quattrocchi  
Riccetti  
Rossi  
Tortelli

Maria Maddalena  
Roberto  
Francesco  
Francesco  
Rodolfo  
Catia  
Benedetto  
Mauro  
Francesco  
Massimiliano  
Grazia  
Giovanni  
Edvige  
Mariangela  
Roberto  
Emilio  
Nadia  
Margherita  
Maria  
Italo  
Maurizio  
Vedia Maria  
Luciana

**ASL 10 di Firenze**

Archetti  
Asti  
Baer  
Barciulli  
Benassai  
Benedetti  
Berio  
Bertoni  
Bigozzi  
Birossi  
Bordoni  
Brandi  
Calamandrei  
Calosi  
Cantele  
Casapieri  
Castagnoli  
Catasta  
Cellini  
Comin  
Da Pelo  
De Lucia  
Degl'innocenti  
Di Francisca  
Di Sazio  
Di Volo  
Domenichetti  
Fiorenzoni  
Fiori

Bianca Stella  
Nadia  
Susanna  
Elisabetta  
Cristina  
Gianmaria  
Giuseppina  
Annamaria  
Marta  
Silvia  
Fabio  
Gemma  
Stefano  
Roberto  
Massimo  
Anna Rita  
Stefano  
Silvia  
Massimo  
Giuseppe Livio  
Annalisa  
Fabrizio  
Francesco  
Felicia  
Calogero  
Folco  
Sandro  
Silvio  
Afredina

Fissi  
Ghetti  
Giusti  
Guariento  
Iannucci  
Landi  
Landi  
Liedl  
Lo Parrino  
Losco  
Luchini  
Martini  
Masini  
Matas  
Materassi  
Matteini  
Miceli  
Montezemolo  
Paterniti  
Pecchioli  
Pecori  
Perone  
Picchi  
Pisa  
Porta  
Pucci  
Radice  
Raffuzzi  
Romagnoli  
Rosi  
Russo  
Sarao  
Serafini  
Sergi  
Spina  
Tafuro  
Tanini  
Travaglini  
Ulivelli  
Valtancoli  
Viani

Stefano  
Chiara  
Elena  
Morena  
Mario  
Mario  
Nerina  
Charles  
Riccardo  
Daniele  
Eralda  
Massimo  
Marina  
Marzenka  
Paolo  
Alessio  
Maurizio  
Marina  
Rolando  
Stefania  
Anna  
Rosanna  
Ciro  
Rosella  
Giuseppe  
Cristina  
Lucia  
Vanna  
Caterina  
Simone  
Silvana  
Giuseppe  
Pier Giovanni  
Sergio  
Angela Maria  
Francesco  
Andrea  
Rossana  
Cinzia  
Angela  
Giovanni

**ASL 11 di Empoli**

Bichisecchi  
Castro  
Casu  
Contrada  
Corsi Conticelli  
Falasca  
Giglioli  
Giustini  
Innocenti  
Luccherino  
Marziani  
Pola  
Quattrocchi  
Ricci  
Ugo

Giovanna  
Laura  
Giuliano Pio  
Monica  
Guida  
Maria Laura  
Donatella  
Daniela  
Luca  
Luciano  
Fabio  
Silvana  
Vincenza  
Mauro  
Giovanna

**ASL 12 di Viareggio**

Bani  
Canova  
Capecchi  
Ceru  
Crisci  
Di Fiorino  
Dicciotti  
Elia  
Forti  
Garuglieri  
Martini  
Miniati  
Nencioni  
Panzera  
Pini  
Rosi  
Spina  
Bini

Alessandro  
Luciano Massimo  
Emanuela  
Angelo  
Patrizia  
Mario  
Emanuela Cinzia  
Maria Lucia  
Antonella  
Manuela  
Maria Teresa  
Marina  
Massimo  
Vanni  
Giorgio  
Rossana  
Donata Maria  
Giulia

## Allegato B - Questionario

- NON COMPILARE -

IDENTIFICATIVO

### DATI DELLA STRUTTURA

Asl n° \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Nome della struttura \_\_\_\_\_  
U.F. salute mentale 1. Adulti 2. Infanzia-Adolescenza  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### DATI DEL COMPILATORE

1 Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
2 Data di nascita        
gg. mm. aaaa.  
3 Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
4 Professione  
1. Psicologo  
2. Psichiatra  
3. Neuropsichiatra infantile  
5 Sede di lavoro (% del tempo-lavoro settimanale)  
1.     % Reparto ospedaliero  
2.     % Centro Salute Mentale / presidio distrettuale  
3.     % Struttura semiresidenziale/residenziale  
4.     % Altro (specificare \_\_\_\_\_)

### SEZIONE A

**QUESTIONARIO RELATIVO ALLA PRIMA VISITA EFFETTUATA DI UN NUOVO CASO NEL GENNAIO 2006** (paziente che si presenta per la prima volta al servizio oppure che era già conosciuto con ultimo contatto precedente di almeno 2 anni. N.B. no consulenza, no certificazione)

### INFORMAZIONI SOCIO ANAGRAFICHE PAZIENTE

6 Codice fiscale   
*In alternativa inserire  
Il Codice Sanitario*  
7 Sesso 1.  Maschio 2.  Femmina  
8 Data di nascita        
gg. mm. aaaa.  
9 Nazionalità \_\_\_\_\_  
10 Residenza 1. Toscana ASL n.   2. Altra regione Italia 3. Paese Straniero

**11 Stato civile**

1. Celibe/nubile
2. Coniugato/convivente
3. Divorziato/separato
4. Vedovo
5. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**12 Titolo di studio**

1. Nessun titolo
2. Licenza elementare
3. Licenza media
4. Diploma di scuola superiore o professionale
5. Laurea breve
6. Laurea
7. Altro (specificare \_\_\_\_\_)
8. Non so

**13 Condizione professionale**

1. Operaio – Lavoratore agricolo
2. Casalinga
3. Impiegato pubblico/privato
4. Artigiano – Commerciante
5. Libero professionista – Imprenditore
6. Disoccupato
7. Pensionato
8. Militare
9. Scolaro/studente
10. Altro (specificare \_\_\_\_\_)
11. Non so

**14 Il paziente è già stato conosciuto in precedenza dal servizio?**

1. SI
2. NO

**15 Chi ha richiesto la visita? (indicare una sola risposta)**

1. Paziente
2. Familiari/amici
3. Medico di medicina generale/pediatra
4. Servizio sociale
5. Autorità giudiziaria/forze dell'ordine
6. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**16 Quanti giorni sono passati dalla richiesta alla effettuazione della visita?**

n. giorni

**17 Data di effettuazione della prima visita**

gg. mm. aaaa

**18 Descrizione del problema attuale (ciò che ha portato al contatto) - (indicare una sola risposta)**

1. Ritardo dello sviluppo/problemi cognitivi
2. Disturbi psicopatologici acuti (ansia, depressione, deliri, ecc).
3. Isolamento ed apatia
4. Comportamento autolesivo
5. Comportamento allarmante e/o disturbante
6. Disturbo del comportamento alimentare
7. Uso di sostanze/alcol
8. Disturbi del linguaggio/apprendimento/comunicazione
9. Maltrattamento/abuso
10. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**19 Agenzie già contattate per l' attuale problema (è possibile indicare più di una risposta)**

1. Nessuna
2. Medico di medicina generale/pediatra
3. Centro di Salute Mentale
4. Servizio Salute Mentale Infanzia/adolescenza
5. SPDC
6. Clinica universitaria (psichiatria/neuropsichiatria infantile)
7. Servizio per le tossicodipendenze
8. Altro specialista pubblico (specificare \_\_\_\_\_)
9. Psichiatra o psicologo privato
10. Casa di cura privata
11. Guaritore
12. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**STORIA CLINICA**

**20 A quale età il paziente ha mostrato le prime manifestazioni dell' attuale disturbo psichico?**

n. anni

**21 A quale età il paziente ha fatto per la prima volta un trattamento con psicofarmaci per l'attuale disturbo psichico?**

n. anni (se nessun trattamento precedente scrivere 99)

**22 A quale età il paziente è stato per la prima volta a visita da uno specialista della salute mentale?**

n. anni (se nessuna visita precedente scrivere 99)

**23 Negli ultimi 5 anni quanti ricoveri ha fatto in reparti specialistici?**   n. ricoveri  
(se nessun ricovero scrivere 99)

**24 Diagnosi principale attuale** [codice: **DSM IV/ ICD**]

(barrare il sistema utilizzato)

**25 Altra diagnosi attuale associata** [codice: **DSM IV/ ICD**]

(barrare il sistema utilizzato)



**26 In quali dei seguenti aspetti sono stati rilevati problemi in atto (negli ultimi 30 gg)?**  
 (0=nessun problema; 1=nessun/moderato problema grazie all'aiuto fornito; 2=grave problema; 8=non pertinente; 9=sconosciuto)

1	Alloggio	<input type="text"/>	12	Abuso di alcol	<input type="text"/>
2	Alimentazione	<input type="text"/>	13	Abuso di farmaci	<input type="text"/>
3	Cura della casa	<input type="text"/>	14	Vita di relazione	<input type="text"/>
4	Cura di sé	<input type="text"/>	15	Vita di coppia	<input type="text"/>
5	Attività quotidiane	<input type="text"/>	16	Vita sessuale	<input type="text"/>
6	Salute fisica	<input type="text"/>	17	Cura dei figli	<input type="text"/>
7	Sintomi psicotici	<input type="text"/>	18	Istruzione di base	<input type="text"/>
8	Informazioni mediche	<input type="text"/>	19	Telefono	<input type="text"/>
9	Disagio psicologico	<input type="text"/>	20	Trasporti	<input type="text"/>
10	Sicurezza personale	<input type="text"/>	21	Denaro	<input type="text"/>
11	Sicurezza per gli altri	<input type="text"/>	22	Sussidi	<input type="text"/>

**27 Esito della prima visita: Presa in carico?**

1. SI                      2. NO

**27.1 Se SI, motivi della presa in carico** (è possibile indicare più di una risposta).

1. Gravità psico-patologica
2. Funzionamento sociale ridotto e/o importanti necessità assistenziali
3. Supporto familiare/rete sociale inadeguate
4. Allarme sociale o comportamento autolesivo
5. Ordinanza giudiziale
6. Richiesta del paziente e/o familiari
7. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**27.2 Se NO, il paziente è stato inviato ad altra struttura o specialista?** (è possibile indicare più di una risposta).

1. Medico di medicina generale/pediatra
2. Altro medico specialista (specificare \_\_\_\_\_)
3. Servizio sociale
4. Nessun invio
5. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**27.3 Se NO, motivi della non presa in carico** (è possibile indicare più di una risposta).

1. Non necessità di alcun trattamento specialistico
2. Indicazione al trattamento del caso in un setting di medicina di base
3. Paziente già in trattamento da altro specialista della salute mentale
4. Indicazione al trattamento in altra specialità (specificare \_\_\_\_\_)
5. Mancato consenso al trattamento da parte del paziente e/o familiari
6. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**28 Quanti giorni sono passati dalla prima visita al successivo contatto programmato**  
 (con qualsiasi operatore del servizio salute mentale, se nessun contatto entro 30 gg. scrivere 99)?

n. giorni

**29 In totale quanti contatti sono avvenuti nei 30 gg. immediatamente successivi al 1° contatto**  
 (con qualsiasi operatore del servizio salute mentale, se nessun contatto entro 30 gg. scrivere 99)?

n. contatti

**INTERVENTI ATTUATI** (nel periodo indice)

**30 Valutazioni diagnostiche strutturate** (esclusa la compilazione del presente questionario) (è possibile indicare più di una risposta).

1. Interviste/scale diagnostiche strutturate (BPRS, SCID, ecc.)
2. Test proiettivi
3. Test efficienza mentale
4. Valutazione funzionamento/disabilità (DAS, SOFAS, ecc.)
5. Valutazione logopedia
6. Valutazione fisioterapica

**31 Psicofarmaci**

1. SI
2. NO

**31.1 Se SI, indicare molecole e dosaggi iniziali** (se Dépot, specificarlo e indicare il dosaggio iniziale)

Molecola	Dose mg/die	Non compilare	
		Cod. sost.	Dose eq.

**32 Terapie psicologiche** (almeno un intervento già effettuato)

1. SI
2. NO

**32.1 Se SI, indicare il tipo di terapia psicologica** (è possibile indicare più di una risposta).

1. Colloqui-psicoterapia di sostegno
2. Psicoterapia orientamento dinamico
3. Psicoterapia cognitivo comportamentale
4. Trattamento espressivo/educativo/occupazionale
5. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**32.2 Momento di inizio** (dalla data del contatto con il servizio)

1. Subito
2. Entro 1 settimana
3. Entro 2 o più settimane

**32.3 Modalità di effettuazione** (è possibile indicare più di una risposta).

1. Individuale
2. Di gruppo
3. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**33 Trattamenti fisio-riabilitativi**

1. SI
2. NO

**33.1 Se SI, specificare** (è possibile indicare più di una risposta):

1. Logopedici
2.  Fisioterapici
3. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**34 Sostegno alla cura di sé e alla quotidianità** (*igiene, abbigliamento, casa, accompagnamento, ecc*)

1. SI                      2. NO

**35 Coinvolgimento dei familiari** (*almeno 1 intervento già effettuato*)

1.  SI                      2.  NO

**35.1 Se SI, specificare** (*è possibile indicare più di una risposta*):

1. Informazioni/counselling
2. Intervento tipo psicoeducativo (con o senza il paziente)
3. Psicoterapia sistemica
4. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**36 Interventi sulla rete sociale** (*interventi già effettuati con vicini, parenti, ambiente di lavoro, scuola, ecc.*)

1. SI                      2. NO

**36.1 Se SI, specificare** (*è possibile indicare più di una risposta*):

1. Progetto Educativo Individuale (PEI)
2. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**37 Interventi socio-sanitari**

1. SI                      2. NO

**37.1 Se SI, specificare** (*almeno un intervento già effettuato, è possibile indicare più di una risposta*):

1. Ricerca-cambiamento alloggio
2. Inserimento in struttura educativa/terapeutica
3. Sussidi/richiesta pensione
4. Inserimento/sostegno occupazionale
5. Indirizzo ad agenzie di auto-muto aiuto
6. Segnalazione Autorità Giudiziaria (affidamento, adozione, amministrazione sostegno, ecc.)
7. Segnalazione ad altri servizi socio-sanitari (specificare \_\_\_\_\_)
8. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**38 Trattamento prioritario, fra quelli indicati** (*indicare una sola risposta*).

1. Psicofarmaci
2. Terapie psicologiche
3. Trattamenti fisio-riabilitativi
4. Sostegno alla cura di sé e alla quotidianità
5. Coinvolgimento familiari
6. Attivazione della rete sociale/PEI
7. Interventi socio-sanitari

**39 Luoghi in cui è stato attuato il trattamento** (*almeno un intervento già effettuato, è possibile indicare più di una risposta*).

1. Domicilio
2. CSM-ambulatorio distrettuale
3. Day hospital/Centro diurno
4. Centro residenziale/CSM-letti d'appoggio
5. SPDC, ricovero volontario
6. SPDC, ricovero TSO
7. Ricovero in altro reparto specialistico
8. Altro (specificare \_\_\_\_\_)



**47 Titolo di studio**

1. Nessun titolo
2. Licenza elementare
3. Licenza media
4. Diploma di scuola superiore o professionale
5. Laurea breve
6. Laurea
7. Altro (specificare \_\_\_\_\_)
8. Non so

**48 Condizione professionale**

1. Operaio – Lavoratore agricolo
2. Casalinga
3. Impiegato pubblico/privato
4. Artigiano – Commerciante
5. Libero professionista – Imprenditore
6. Disoccupato
7. Pensionato
8. Militare
9. Scolaro/studente
10. Altro (specificare \_\_\_\_\_)
11. Non so

**49 Chi ha richiesto la visita? (indicare una sola risposta)**

1. Paziente
2. Familiari/amici
3. Medico di medicina generale/pediatra
4. Servizio sociale
5. Autorità giudiziaria/forze dell'ordine
6. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**50 Il paziente era già stato conosciuto dal servizio intervenuto?**

1. SI
2. NO

**51 Il paziente era attualmente in trattamento psichiatrico/psicologico?**

1. SI
2. NO
3. Non so

**51.1 Se SI, specificare (indicare una sola risposta):**

1. Stesso servizio pubblico salute mentale
2. Altro servizio pubblico salute mentale adulti
3. Altro servizio pubblico salute mentale infanzia/adolescenza
4. Altro specialista (specificare \_\_\_\_\_)

**52 Luogo in cui è avvenuto il contatto (indicare una sola risposta).**

1. Domicilio del paziente
2. CSM- ambulatorio distrettuale
3. Day hospital/Centro diurno
4. Centro residenziale
5. SPDC
6. DEA/Altro reparto specialistico (specificare \_\_\_\_\_)
7. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**53 Sono state coinvolte altre agenzie per le emergenze? (è possibile indicare più di una risposta)**

1. No
2. Soccorso sanitario-118
3. DEA
4. Vigili del Fuoco
5. Forze dell'ordine (polizia, carabinieri, ecc.)

**54 Descrizione dell'attuale problema-emergenza (ciò che ha portato al contatto) – (indicare una sola risposta)**

1. Disturbi psicopatologici acuti (ansia, depressione, deliri, ecc.)
2. Uso di sostanze/alcol
3. Disturbo del comportamento alimentare
4. Isolamento ed apatia
5. Comportamento allarmante e/o disturbante
6. Comportamento autolesivo/violenze (subite)
7. Comportamento allarmante e/o disturbante
8. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**55 Diagnosi principale attuale** [codice: **DSM IV/ ICD**]

*(barrare il sistema utilizzato)*

**56 Altra diagnosi attuale associata** [codice: **DSM IV/ ICD**]

*(barrare il sistema utilizzato)*

**57 In quali dei seguenti aspetti sono stati rilevati problemi in atto (negli ultimi 30 gg)?**  
*(0=nessun problema; 1=nessun/moderato problema grazie all'aiuto fornito; 2=grave problema; 8=non pertinente; 9=sconosciuto)*

1	Alloggio	<input type="text"/>	12	Abuso di alcol	<input type="text"/>
2	Alimentazione	<input type="text"/>	13	Abuso di farmaci	<input type="text"/>
3	Cura della casa	<input type="text"/>	14	Vita di relazione	<input type="text"/>
4	Cura di sé	<input type="text"/>	15	Vita di coppia	<input type="text"/>
5	Attività quotidiane	<input type="text"/>	16	Vita sessuale	<input type="text"/>
6	Salute fisica	<input type="text"/>	17	Cura dei figli	<input type="text"/>
7	Sintomi psicotici	<input type="text"/>	18	Istruzione di base	<input type="text"/>
8	Informazioni mediche	<input type="text"/>	19	Telefono	<input type="text"/>
9	Disagio psicologico	<input type="text"/>	20	Trasporti	<input type="text"/>
10	Sicurezza personale	<input type="text"/>	21	Denaro	<input type="text"/>
11	Sicurezza per gli altri	<input type="text"/>	22	Sussidi	<input type="text"/>

**58 Quanto tempo è passato fra l'insorgenza del problema-emergenza e l'attuale contatto?**

giorni      ore

**TRATTAMENTI ATTUATI**

(entro le 24 ore successive al contatto)

**59 Psicofarmaci**

1. SI      2. NO

**59.1 Se SI, indicare molecole e dosaggi iniziali** (se Dépot, specificarlo e indicare il dosaggio iniziale)

Psicofarmaco	Dose mg/die	Non compilare	
		Cod. sost.	Dose eq.

**60 Interventi psicologici**

1. SI (specificare \_\_\_\_\_)  
2. NO

**61 Sostegno alla cura di sé e alla quotidianità** (igiene, abbigliamento, casa, accompagnamento)

1. SI      2. NO

**62 Coinvolgimento dei familiari**

1. SI      2. NO

**63 Interventi sulla rete sociale** (interventi coi vicini, parenti, ambiente di lavoro, scuola, ecc.)

1. SI      2. NO

**64 Interventi socio-sanitari**

1. SI      2. NO

**64.1 Se SI, specificare** (è possibile indicare più di una risposta):

1. Ricerca/cambiamento alloggio
2. Inserimento in struttura educativa/terapeutica
3. Sussidi/riciesta pensione
4. Inserimento/sostegno occupazionale
5. Indirizzo ad agenzie di auto-mutuo aiuto
6. Segnalazione ad altri servizi socio-sanitari (specificare \_\_\_\_\_)
7. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**65 Quali figure professionali del servizio di salute mentale sono intervenute nell' attuale emergenza?**  
(è possibile indicare più di una risposta).

1. Psichiatra
2. Neuropsichiatra infantile
3. Psicologo
4. Infermiere
5. Educatore professionale
6. Assistente sociale
7. Psicomotricista/fisioterapista
8. Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**66 Esito dell'intervento** (indicare una sola risposta)

1. Prosecuzione del trattamento presso lo specialista curante
2. Prosecuzione del trattamento presso il servizio intervenuto
3. Invio ad altro servizio salute mentale ( adulti  infanzia)
4. Ricovero SPDC, volontario
5. Ricovero SPDC, TSO
6. Ricovero altro reparto specialistico (specificare \_\_\_\_\_)
7. Invio al MMG/pediatra
8. Invio al servizio sociale
9. Invio al DEA
10. Interruzione del contatto da parte del paziente
11. Non è necessario alcun ulteriore intervento

ARS, ai sensi e per gli effetti della disciplina recata dalla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale) e successive modificazioni e, specificatamente delle disposizioni recate dal Tit. VII, Capo I della medesima, è ente pubblico dipendente della Regione, autorizzato al trattamento di dati sensibili per scopi di studio e ricerca. L'attività, di cui sopra, rientra, pertanto, nelle finalità istitutive dell'ente in quanto l'Agenzia, nel caso di cui trattasi, opera per scopi di ricerca scientifica ed epidemiologica.

ARS dichiara che i dati saranno trattati nel rispetto dei principi e delle disposizioni, di cui al d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché nel rispetto dei codici di deontologia e di buona condotta, di cui agli articoli 105, comma 4, e 106 del richiamato "Codice".

Il trattamento è finalizzato alla ricerca scientifica ed epidemiologica ex artt. 68 e ss. l.r. 22/2000 e ss.mm ed avverrà sotto la responsabilità del Coordinatore dell'Osservatorio di Epidemiologia, Dott.ssa Eva Buiatti1.con la seguente modalità: manuale / informatizzato.

Ogni interessato potrà rivolgersi al responsabile del trattamento per far valere i propri diritti ex art. 7 del Codice inviando una e-mail a fabio.voller@arsanita.toscana.it, un fax al numero 0554624345 o una lettera raccomandata all'indirizzo Agenzia Regionale di sanità della Toscana, Viale Milton 7, 50129 Firenze.

<sup>1</sup> La Dott.ssa Eva Buiatti è responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'ARS, ai sensi dell'art. 87, comma 2, l.r. n. 22/2000 e successive modificazioni ed è stata nominata in detto incarico con deliberazione CdA n. 18 del 28.06.2004 e successive integrazioni.



