

IL SISTEMA DI SALUTE MENTALE DI REGIONE LOMBARDIA

Direzione Generale Sanità

Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Terme

A cura di Antonio Lora

INDICE

Introduzione	Pag. 4
Materiale e metodo	Pag. 6
Il Sistema Informativo Psichiatrico di Regione Lombardia	Pag. 12
Il personale in servizio nelle Unità Operative di Psichiatria pubbliche e nelle Strutture Private accreditate	Pag. 18
Prevalenza trattata	Pag. 26
Incidenza trattata	Pag. 42
Centri Psicosociali e Ambulatori	Pag. 56
Centri Diurni	Pag. 86
Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura	Pag. 106
I Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche	Pag. 132
Le Comunità Protette	Pag. 156
Conclusioni	Pag. 180
Appendice	Pag. 190

INTRODUZIONE

In questo rapporto sono valutati, in chiave epidemiologica e nell'arco di sette anni (dal 1999 al 2005), i pazienti trattati e le attività erogate nei Dipartimenti di Salute Mentale pubblici e nelle Strutture Residenziali e Semiresidenziali private accreditate di Regione Lombardia.

Lo scopo è quello di descrivere il funzionamento del sistema psichiatrico lombardo non più su un singolo anno come nei report precedenti, ma su un periodo più ampio in modo tale da cogliere le linee di sviluppo più significative. Come punto di inizio dell'analisi è stato scelto il 1999, in quanto rappresenta il primo anno in cui i dati sono stati raccolti sulla totalità delle Unità Operative di Psichiatria lombarde. Questa analisi è resa possibile non solo dalla presenza di una serie storica relativamente ampia (sette anni), ma soprattutto dalla disponibilità di dati orientati in senso epidemiologico, cioè incentrati sui pazienti e sulle attività loro rivolte.

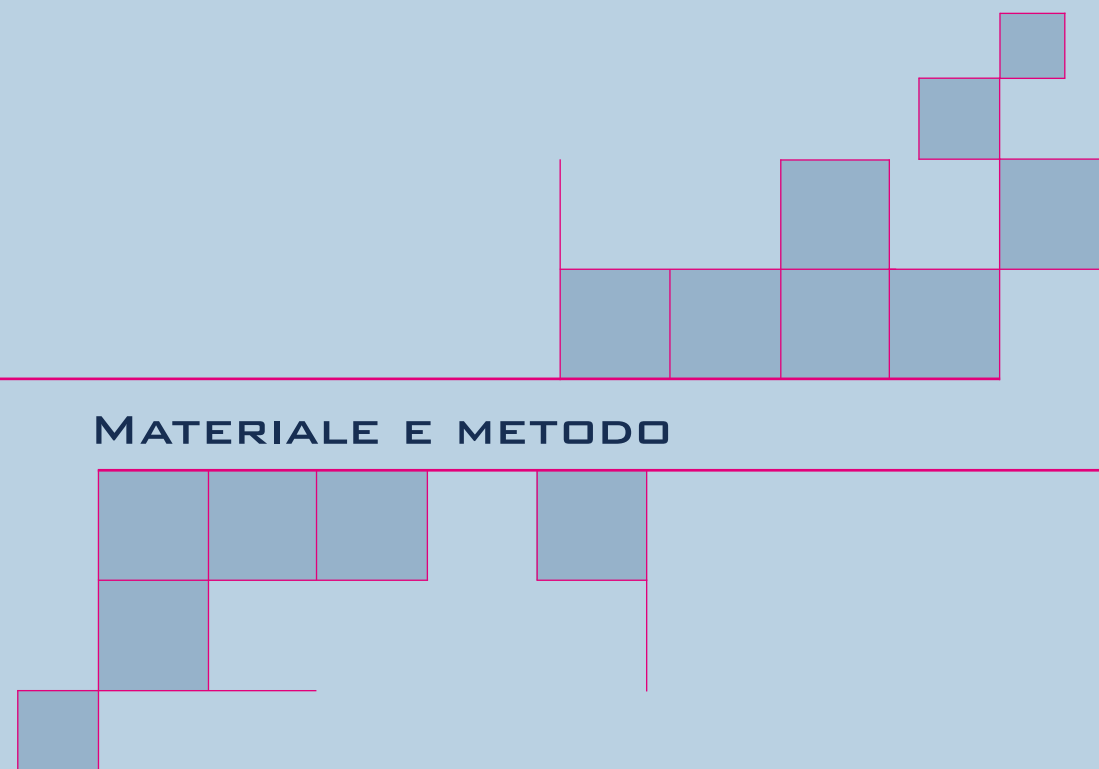
Oltre ad analizzare il trend regionale, questa relazione permette un confronto tra i Dipartimenti di Salute Mentale e le diverse tipologie di Strutture in termini di pazienti trattati, attività erogate e pattern di trattamento, fornendo una fotografia di Regione che può essere utilizzata come strumento di confronto e *benchmarking* per le realtà locali.

Solo osservando i cambiamenti del sistema nel medio periodo è possibile rispondere alla domanda: come sta evolvendo il sistema delle cure psichiatriche in Lombardia? Si tratta di rendere manifesto agli utenti, ai loro familiari e alle associazioni del terzo settore e più in generale alla popolazione di questa Regione in che direzione si sta muovendo il sistema di salute mentale lombardo. Questa domanda non ha importanza solo in una prospettiva programmatica e gestionale interna al governo regionale o alla Direzione delle Aziende Sanitarie.

Essa riflette una necessità più profonda, legata al concetto di *accountability*, la responsabilità di "rendere conto" ad altri delle proprie azioni e dei risultati ottenuti. Nel settore pubblico questo implica la responsabilità da parte di chi gestisce di dimostrare in che misura le politiche e le risorse utilizzate ottengono i risultati voluti. L'*accountability* è una componente chiave del sistema di salute mentale: i dati elaborati dal sistema informativo permettono in modo trasparente e verificabile a tutti gli *stakeholders*, a tutti coloro cioè che sono interessati al funzionamento dei servizi di salute mentale, sia di valutare i risultati ottenuti che di identificare le criticità.

L'analisi del sistema regionale di salute mentale è incentrata sulle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e sui pazienti in trattamento presso queste strutture. Lo scopo è quello di delineare un ritratto del sistema di cura lombardo, evidenziando i principali trend evolutivi. Nella prima parte sono presentati i dati relativi alla prevalenza ed incidenza trattata a livello dei Dipartimenti di Salute Mentale pubblici e delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali private accreditate di Regione Lombardia, mentre nella seconda parte l'analisi interessa in modo specifico le diverse tipologie di struttura (Centri Psicosociali e Ambulatori, Centri Diurni, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e Comunità Protette).

MATERIALE E METODO



MATERIALE E METODO

L'analisi è stata condotta su un **periodo** di sette anni dal 1/1/1999 al 31/12/2005. Sono stati analizzati unicamente i dati relativi ai pazienti di cui fosse disponibile il **Codice Sanitario Individuale**, in quanto tale codice consente di contare una sola volta lo stesso paziente, anche qualora questi si rivolga a più Unità Operative di Psichiatria.

Le **diagnosi** sono state formulate in base alla 10ª Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, più una ulteriore classe (nessun disturbo psichiatrico) nel caso di assenza di disturbi psichiatrici.

Le **tipologie di interventi** erogati nelle strutture sono individuati in base al Glossario delle Attività Territoriali delle Unità Operative di Psichiatria (Assessorato alla Sanità, Regione Lombardia, 1996), che individua 22 tipologie di interventi erogati nei Centri Psicosociali, nei Centri Diurni, nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e nelle Comunità Protette. Questo Glossario riflette in buona misura il Glossario delle Attività Territoriali, individuato all'interno dell'accordo Stato-Regioni del 2001 ed incluso nel Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale.

Gli interventi erogati sono stati raccolti successivamente in 9 **attività** (Tabella 1) per permettere una maggiore sintesi e chiarezza di analisi.

TABELLA 1: ATTIVITÀ ED INTERVENTI	
Attività psichiatrica	Visita del medico, visita per accertamento medico legale, visita parere in Ospedale Generale
Attività psicologica psicoterapica	Colloquio dello psicologo, psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, valutazione
Attività infermieristica	Colloquio dell'infermiere, somministrazione di farmaci
Attività rivolta alla famiglia	Colloquio con i familiari, intervento psicoeducativi, gruppo di familiari
Attività di coordinamento	Riunione/incontro sui casi interni alla UOP, con altre strutture sanitarie, con persone - gruppi non istituzionali
Attività di riabilitazione	Intervento sulle abilità di base (individuale e di gruppo), inserimento lavorativo, colloquio dell'educatore
Attività di risocializzazione	Intervento di risocializzazione (individuale e di gruppo), attività espressiva e motoria (di gruppo), colloquio dell'educatore, colloquio di altra figura professionale
Attività di supporto sociale	Colloquio dell'assistente sociale - intervento di supporto sociale
Attività di supporto alla vita quotidiana	Intervento di supporto alla vita quotidiana

La **popolazione maggiore di 14 anni** utilizzata per la costruzione dei tassi per 10.000 residenti è stata ricavata dai dati di popolazione relativi ai singoli anni nel periodo 1999-2005, rilevati dal Servizio Statistico di Regione Lombardia (vedi Appendice). La **spesa psichiatrica** è relativa alla valorizzazione degli interventi territoriali, delle presenze semiresidenziali e dei ricoveri residenziali e ospedalieri operata dalla Regione Lombardia tramite il proprio sistema tariffario. Sono stati esclusi sia i ricoveri ospedalieri nelle Case di Cura private che i ricoveri residenziali pagati in regime di convenzione, in quanto tali attività non vengono rilevate dal Sistema Informativo Psichiatrico regionale. I dati sono ricavati dai Rapporti Economici sulla spesa psichiatrica elaborati dalla Direzione Generale Sanità. In questo tipo di analisi l'anno 2000 è stato utilizzato come primo anno di riferimento, in quanto la completezza dei dati era maggiore rispetto al 1999.

Il **personale** dei Dipartimenti di Salute Mentale pubblici e delle Strutture Private Accreditate è stato analizzato, integrando i dati del flusso informativo FLUPER (il sistema informativo della Direzione Generale Sanità relativo al personale operante nelle strutture sanitarie) con quelli del Sistema Informativo Psichiatrico che rileva le ore di personale erogate annualmente a livello di singola struttura.

La **percentuale di incremento** nei sette anni è stata calcolata nel seguente modo:

$$\text{Incremento nel periodo 1999 - 2005} = \frac{(\text{dato relativo al 2005} - \text{dato relativo al 1999})}{\text{dato relativo al 1999}} \times 100$$

La percentuale di incremento di ciascuna categoria (ad esempio la singola fascia di età o il gruppo diagnostico ICD 10) è confrontata con la percentuale di incremento complessivo della variabile in questione (età, diagnosi, ecc.), al fine di valutare se l'incremento di quella particolare categoria è stato superiore o inferiore all'incremento complessivo della variabile. L'incremento complessivo è stato valutato separatamente per i due sessi, ove l'analisi lo richiedesse.

Ad esempio, per quanto riguarda l'incremento dei pazienti trattati nei Centri Psicosociali dal 1999 al 2005 nelle diverse fasce di età, la percentuale di incremento per la fascia di età 35/44 anni nelle pazienti di sesso femminile (+34%) è stata confrontata con l'incremento complessivo lungo i sette anni delle pazienti di sesso femminile trattate nei Centri Psicosociali (+37%). In questo caso l'incremento della fascia di età 35/44 è stato inferiore di 3 punti percentuali rispetto all'incremento complessivo delle utenti di sesso femminile e quindi nel testo tale incremento è stato segnalato come "*minore*" rispetto all'incremento complessivo. Viceversa l'incremento della fascia 45/54 è stato nel periodo pari al 45%, superiore di 8 punti percentuali all'incremento complessivo del tasso di utenti di sesso femminile trattate (+37%) e quindi è segnalato nel testo come "*maggiore*".

LA DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DEI CASI TRATTATI E DEGLI INTERVENTI EROGATI

L'approccio geografico rappresenta un valido strumento nello studio dell'utilizzo dei servizi di salute mentale. I dati a disposizione, anche se non permettono di inferire relazioni causali o fattori di rischio geografico, inducono però a riflettere sul rapporto esistente tra bisogni psichiatrici della popolazione e offerta di cure psichiatriche nel territorio regionale.

I tassi per 10.000 abitanti maggiori di 14 anni, che sono all'origine delle mappe geografiche presentate, sono stati calcolati per singolo Comune e sono stati standardizzati per età, impiegando il metodo della standardizzazione indiretta. I valori delle mappe sono espressi in Rapporti Standardizzati (RS), relativi alla prevalenza e incidenza dei casi trattati e all'utilizzazione dei servizi di salute mentale. Il RS esprime, in percentuale, il rapporto tra il rischio medio di occorrenza in ogni Comune e quello medio generale di Regione Lombardia, al netto delle influenze esercitate dalla diversa composizione per età delle due popolazioni. I RS stimati, per convenzione, vengono moltiplicati per 100; in tal modo un RS di 100 in un determinato Comune indica una frequenza di casi trattati/utilizzazione dei servizi pari in media a quello dell'intera Regione, mentre un RS di 200 rappresenta una frequenza doppia e un RS di 50 una frequenza dimezzata. Per facilità di lettura le mappe sono monocromatiche e costruite in modo tale che a colori più scuri corrispondano valori di RS più elevati. Per interpretare i valori quantitativi di ogni indicatore occorre fare riferimento alla scala cromatica riportata accanto ad ogni mappa. I confini sulle mappe delimitano i Comuni e le ASL. Non essendo stata adottata in questa analisi alcuna procedura di *smoothing*, è necessario esercitare una certa cautela nella lettura delle mappe ed in particolare nell'analisi dei valori dei singoli comuni, poiché la piccola dimensione di molti comuni (quanto a numerosità della popolazione) da una parte fa in modo che siano sufficienti pochi eventi per determinare valori particolarmente elevati degli indicatori e dall'altra può portare facilmente alla assenza di casi.

GLI EROGATORI

Nel 2005 nell'ambito delle Aziende Ospedaliere 64 Unità Operative di Psichiatria afferivano ai 28 Dipartimenti di Salute Mentale pubblici. Ogni Dipartimento è formato da più Unità Operative di Psichiatria; ciascuna Unità Operativa comprende al proprio interno le strutture previste dalla programmazione regionale (Centri Psicosociali, Centri Diurni, Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e Comunità Protette). Gli Enti privati accreditati erano 70 (di cui 51 con solo strutture residenziali, 15 con solo strutture semiresidenziali e 4 con ambedue le tipologie di strutture).

**IL SISTEMA INFORMATIVO
PSICHIATRICO DELLA
REGIONE LOMBARDIA**

IL SISTEMA INFORMATIVO PSICHIATRICO DELLA REGIONE LOMBARDIA

Il Sistema Informativo Psichiatrico di Regione Lombardia, sul modello del registro dei casi, raccoglie a livello regionale i dati relativi ai pazienti e ai loro contatti con le strutture psichiatriche. Il sistema informativo psichiatrico regionale comprende sia i Dipartimenti di Salute Mentale pubblici che le Strutture Private accreditate Residenziali e Semiresidenziali. Sono esclusi dalla rilevazione i pazienti che hanno avuto solo contatti con le Strutture Private accreditate di Ricovero (Case di Cura), i pazienti che hanno avuto solo contatti ambulatoriali con Strutture Private accreditate e quelli residenti in Strutture Psichiatriche Residenziali accreditate ma non a contratto.

Il flusso informativo rileva da un lato le caratteristiche socio-demografiche, diagnostiche e di contatto con i servizi psichiatrici dei pazienti trattati dalle Unità Operative di Psichiatria di Regione, Strutture Private e pubbliche accreditate, e dall'altro l'attività erogata dalle strutture (contatti territoriali, presenze semiresidenziali, ricoveri ospedalieri e residenziali). È merito dell'architettura del sistema la possibilità di identificare in maniera univoca attraverso il Codice Sanitario Individuale i pazienti trattati e di attribuire loro l'intera gamma di interventi erogati. La struttura del Sistema Informativo Psichiatrico di Regione Lombardia riflette da vicino l'architettura del nuovo Sistema Informativo della Salute Mentale nazionale, stabilito in base all'Accordo Stato Regioni del 2001.

Nato nel 1982 e sviluppato inizialmente a partire da dati aggregati raccolti su base cartacea, negli anni novanta si è progressivamente informatizzato attraverso il software regionale *Psiche*, che attualmente rappresenta il software in rete utilizzato da tutti gli erogatori pubblici e privati in Lombardia. Il sistema informativo svolge oggi non solo le funzioni di monitoraggio epidemiologico e valorizzazione delle prestazioni psichiatriche, ma garantisce anche la continuità informativa e gestionale tra le diverse Strutture dell'Unità Operativa di Psichiatria, favorendo il coordinamento delle attività di cura.

A livello di singola Struttura i dati vengono raccolti tramite il software *Psiche*, che collega in rete tutte le Strutture dell'Unità Operativa e che contiene al suo interno strumenti di analisi dei pazienti in contatto e delle attività erogate. Ne deriva la possibilità per ciascuna Struttura collegata in rete di analizzare i dati propri e quelli dell'Unità Operativa cui appartiene, monitorando sia i pazienti che le attività erogate. Dal server centrale dell'Unità Operativa di Psichiatria, dove i dati delle singole Strutture vengono raccolti, i dati sono trasmessi mensilmente e per via telematica dall'Azienda

Ospedaliera alla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia. In Regione i dati sono utilizzati per la valorizzazione delle prestazioni, per il monitoraggio delle attività delle Unità Operative e per la valutazione di carattere epidemiologico. In questi anni il sistema informativo è diventato una sorta di linguaggio comune tra le Strutture Psichiatriche, i Dipartimenti di Salute Mentale, le Aziende Sanitarie e la Regione, favorendo l'integrazione gestionale dei diversi attori del sistema.

I punti di forza del Sistema Informativo lombardo sono:

- *il modello di Sistema Informativo* centrato sul registro dei casi, nella versione del registro di servizio. Questo modello si è rivelato un modello al tempo stesso sostenibile per i servizi e ricco di potenzialità amministrative e valutative;
- *la doppia valenza del Sistema Informativo*, in quanto sistema finalizzato al monitoraggio dei servizi e alla valorizzazione delle prestazioni, che permette sinergie positive tra le due funzioni, favorendo la qualità e la tempestività dei dati raccolti;
- *l'estensione del Sistema Informativo*, che copre sia le Unità Operative di Psichiatria pubbliche che le Strutture Residenziali e Semiresidenziali private;
- *la tempestività dei flussi informativi*, che rispettano le scadenze mensili stabilite a livello regionale e concordate con le Aziende Sanitarie;
- *la completezza dei dati raccolti*, in quanto il flusso informativo non copre solo i dati di attività (contatti territoriali e semiresidenziali, ricoveri in Strutture Residenziali e ospedaliere), ma anche quelli relativi alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti (diagnosi ICD 10, anno del primo contatto psichiatrico in assoluto e anno del primo contatto con le strutture dell'Unità Operativa). Questo permette con relativa facilità di effettuare approfondite analisi di carattere epidemiologico e valutativo, impossibili con altri data base regionali privi di tali caratteristiche;
- *l'omogeneità e la completezza del software distribuito agli erogatori pubblici e privati*. Questo software, oltre ad essere diventato sempre più stabile e affidabile nel corso degli anni, permette un elevato livello di sofisticazione nel monitoraggio delle attività, nell'analisi epidemiologica e nella valorizzazione delle prestazioni.

Le criticità emerse nella gestione del Sistema Informativo lombardo sono da collegare a:

- *maggiore attenzione posta* dagli utilizzatori del S.I. (Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie Locali, Erogatori Privati) *alle funzioni di valorizzazione delle prestazioni* rispetto a quelle di monitoraggio e valutazione. Questo ha portato ad un limitato utilizzo in chiave valutativa delle informazioni raccolte a livello dei Dipartimenti di Salute Mentale a fronte delle potenzialità del Sistema Informativo, che può diventare uno strumento per il miglioramento continuo di qualità e per il governo clinico dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- *qualità non ottimale delle informazioni raccolte*, in particolare di quelle non direttamente legate al processo di valorizzazione. Ad esempio per quanto riguarda

il 2005, le informazioni necessarie alla valorizzazione (come il Codice Sanitario Individuale) erano pressoché complete, mentre mancava circa l'8.2% delle codifiche relative alle diagnosi e il 7.7% di quelle relative allo stato civile dei pazienti trattati. Questi problemi non sono ugualmente diffusi in tutte le strutture, ma sono concentrati in alcuni erogatori e necessitano di interventi migliorativi. In Appendice è descritta la percentuale di dati mancanti per singola area;

- *assenza di alcuni erogatori privati accreditati*, non ancora inclusi nel sistema per quanto riguarda l'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera (Case di Cura) e residenziale (Strutture accreditate ma non a contratto).

**IL PERSONALE IN SERVIZIO NELLE
UNITÀ OPERATIVE DI PSICHIATRIA
PUBBLICHE E NELLE STRUTTURE
PRIVATE ACCREDITATE**

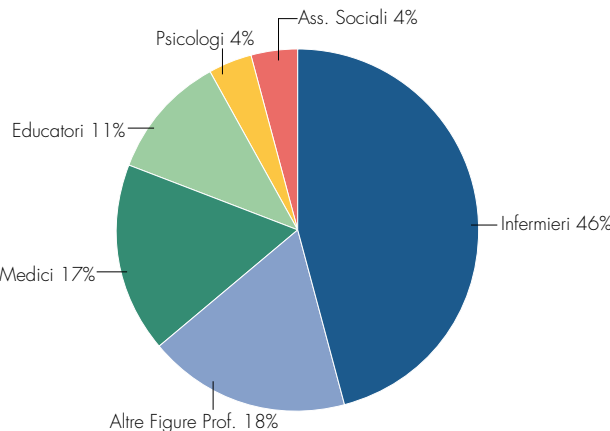
IL PERSONALE IN SERVIZIO NELLE UNITÀ OPERATIVE DI PSICHIATRIA PUBBLICHE E NELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

1) IL SETTORE PUBBLICO

TABELLA 1: PERSONALE DIPENDENTE, CONVENZIONATO E A CONTRATTO NEL 2005 OPERANTE NEL SETTORE PUBBLICO		
	DIPENDENTE	CONVENZIONATO/ A CONTRATTO
Medici	747	34
Infermieri /coordinatori pers. Infermieristico /ass. Sanitarie	2374	30
Ausiliari/ota	779	7
Psicologi	176	59
Assistenti sociali	155	6
Educatori professionali	397	49
Personale amministrativo/altro personale	94	23
TOTALE	4722	208

TABELLA 2: PERSONALE DIPENDENTE OPERANTE NEL SETTORE PUBBLICO NEL 1999 E NEL 2005		
	1999	2005
Medici	737	747
Infermieri /coordinatori pers. Infermieristico /ass. Sanitarie	2609	2374
Ausiliari/ota	744	779
Psicologi	179	176
Assistenti sociali	176	155
Educatori professionali	295	397
Personale amministrativo/altro personale	n.r.	94
TOTALE	4740	4722

Figura 1 - Ore di lavoro erogate nel 2005 nelle strutture pubbliche per figura professionale (%).

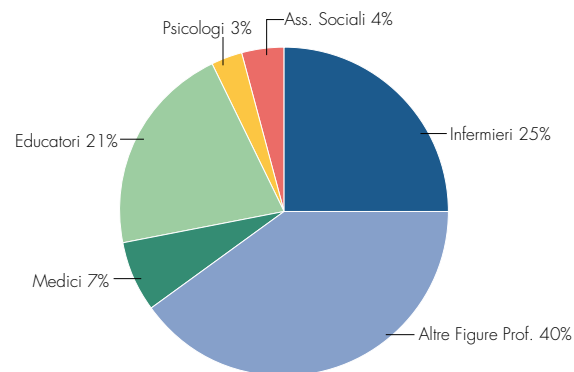


La dotazione complessiva di personale dipendente all'interno delle UOP pubbliche non si è modificata sostanzialmente tra il 1999 ed il 2005 (Tabelle 1, 2 e Figura 1). Se analizziamo i dati relativi alle figure professionali, si osserva nel periodo 1999-2005 una riduzione del personale infermieristico (-9%) e degli assistenti sociali (-12%), un incremento della dotazione di educatori professionali (+35%) e degli ausiliari socio-sanitari - operatori tecnici dell'assistenza (+5%), una relativa stabilità per quanto riguarda le altre figure professionali (medici e psicologi). In termini di ore di lavoro, le figure predominanti nei servizi pubblici nel 2005 sono gli infermieri professionali (46%), le altre figure professionali (OSA,OTA, addetti alla riabilitazione) (18%) e i medici (17%).

2) IL SETTORE PRIVATO ACCREDITATO

TABELLA 3: PERSONALE OPERANTE NEL 2005 NEL SETTORE PRIVATO	
Medici	105
Infermieri /coordinatori pers. Infermieristico /ass. Sanitarie	415
Ausiliari/ota	661
Psicologi	45
Assistenti sociali	70
Educatori professionali	344
Personale amministrativo/altro personale	n.r.
TOTALE	1640

Figura 2 - Ore di lavoro erogate nel 2005 nelle strutture private accreditate per figura professionale (%).



Il settore privato include unicamente Strutture Residenziali e Semiresidenziali ed è stato coperto dal Sistema Informativo solo negli ultimi anni, in parallelo al processo di accreditamento di queste Strutture. Per questo motivo non è possibile un confronto rispetto al 1999. Questo non significa che anche prima del 2000 non esistessero nel settore della salute mentale strutture private, ma queste operando in regime di convenzione non erano rilevate dal Sistema Informativo. In termini di ore di lavoro, le figure predominanti nei servizi privati accreditati nel 2005 sono le altre figure professionali (OSA, OTA, addetti alla riabilitazione) (40%), gli infermieri professionali (25%) e gli educatori (21%) (Tabella 3 e Figura 2). Complessivamente nel 2005 nelle strutture pubbliche il tasso di operatori, sia dipendenti che convenzionati e a contratto, era pari a 6 operatori per 10.000 abitanti, mentre in quelle private (operando la trasformazione di ore di lavoro in operatori a tempo pieno) operavano 2 operatori per 10.000. Per un confronto relativo al 1999, nel settore pubblico nel 1999 operavano 6.2 operatori per 10.000.

3) LE ORE DI LAVORO EROGATE NELLE DIVERSE STRUTTURE

Figura 3 - Ore di lavoro erogate nel 2005 nelle strutture pubbliche e private (%).

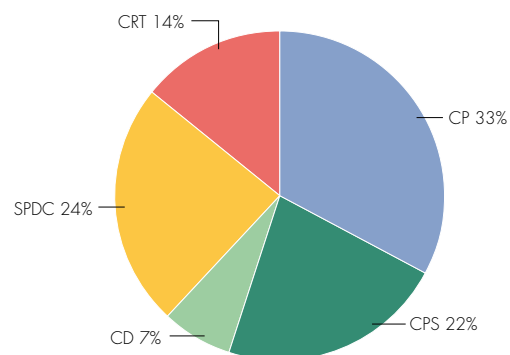
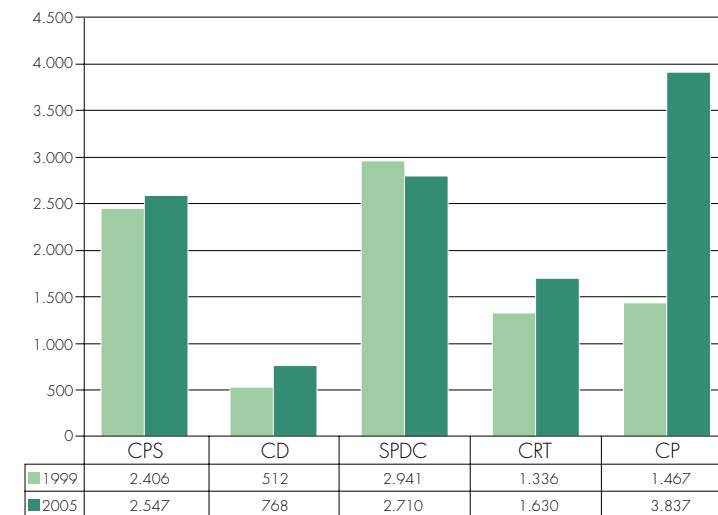


Figura 4 - Ore di lavoro erogate nel 2005 nelle strutture pubbliche e private (tassi per 10.000).



Nel 1999 erano state erogate complessivamente 6.828.833 ore operatore (pari ad un tasso di 8.662 per 10.000 abitanti), mentre 2005 le ore di lavoro sono state 9.404.064 (11.492 ore per 10.000). Nel periodo 1999-2005 un incremento sostenuto è stato rilevato nelle Strutture Residenziali e Semiresidenziali, mentre le ore operatore relative ai Centri Psicosociali hanno mostrato solo un modesto incremento e quelle relative ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono diminuite. In termini percentuali nel 2005 la maggioranza veniva erogata nelle Comunità Protette, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e nei Centri Psicosociali (Figura 4).

4) LE ORE DI LAVORO EROGATE PER FIGURA PROFESSIONALE

Figura 5 - Ore di lavoro erogate nel 2005 nelle strutture pubbliche e private per figura professionale (%).

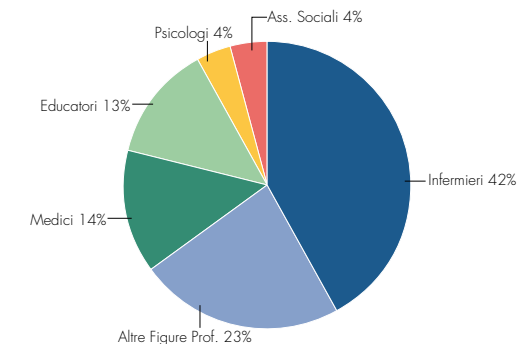


Figura 6 - Ore di lavoro erogate nel 1999 e 2005 nelle strutture pubbliche e private per figura professionale (tassi per 10.000).

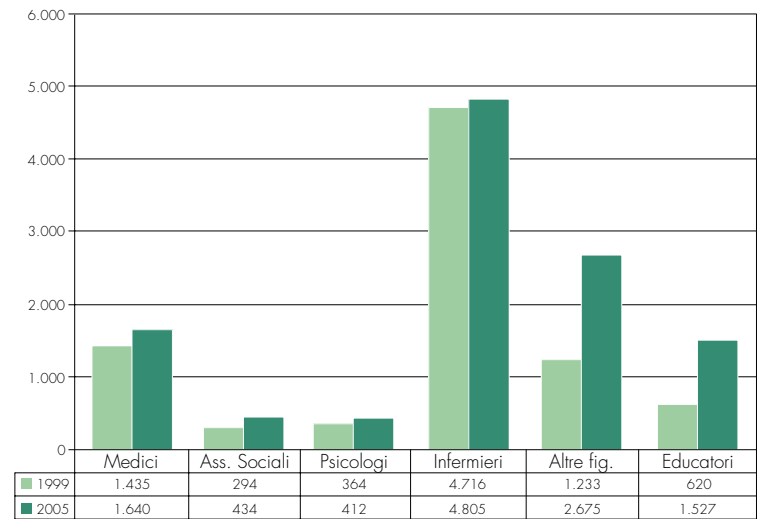


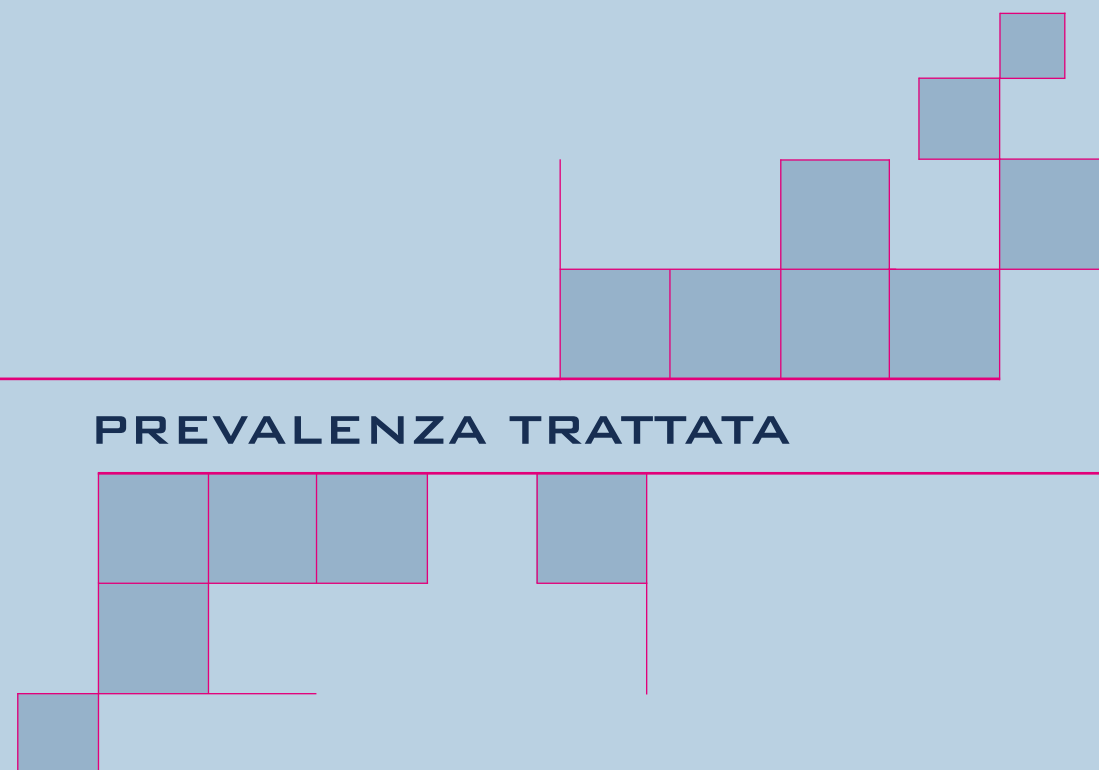
TABELLA 4: ORE DI LAVORO EROGATE NEL 2005 NEL SETTORE PUBBLICO E PRIVATO PER FIGURA PROFESSIONALE (TASSI PER 10.000)		
	PRIVATO	PUBBLICO
Medici	192	1448
Psicologi	76	336
Educatori	589	938
Assistenti Sociali	120	314
Infermieri	710	4094
Altre figure professionali	1132	1544

La maggior parte delle ore di lavoro sono state erogate nel 2005 da infermieri, personale di assistenza (OTA, OSA), medici ed educatori (Figura 5 e 6, Tabella 4). Il personale operante nelle Strutture Private accreditate rappresenta un quarto del totale del personale operante nei servizi di salute mentale. Nel periodo 1999-2005 le figure professionali che hanno mostrato un incremento superiore a quello complessivo come ore di lavoro sono stati gli educatori (+156%), gli OSA, OTA, gli addetti alla riabilitazione (+125%) e gli assistenti sociali (+53%). Hanno mostrato un incremento inferiore a quello complessivo medici (19%), psicologi (+17%) e infermieri (+6%).

5) OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

All'interno del sistema di salute mentale regionale le ore di lavoro erogate sono aumentate del 38% nel periodo 1999-2005. Questo incremento non si è distribuito in maniera omogenea tra i diversi settori. Il personale che lavora nei Dipartimenti di Salute Mentale pubblici non si è modificato sostanzialmente in questi anni, mentre è cresciuto il personale operante nelle Strutture Private accreditate. Data l'attivazione in ambito privato accreditato solo di Strutture Residenziali e Semiresidenziali, questo ha significato che solo queste tipologie di strutture hanno beneficiato delle nuove risorse entrate nel sistema, mentre si è osservata una modesta riduzione di personale nel comparto "storico" del sistema (Centri Psicosociali e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura).

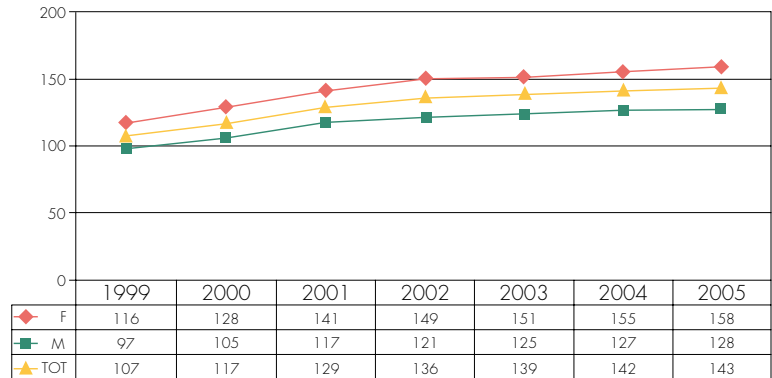
PREVALENZA TRATTATA



PREVALENZA TRATTATA

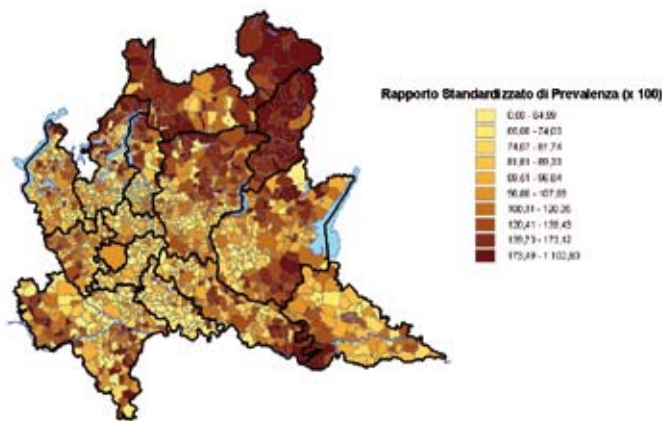
La prevalenza trattata un anno è data dal numero di pazienti con almeno un contatto nell'anno con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e le Strutture Private accreditate.

Figura 1 - Prevalenza per sesso (tassi per 10.000).



Il tasso dei pazienti trattati è aumentato consistentemente dal 1999 al 2005 (+35 %), con incrementi maggiori nel periodo 1999-2002 e minori negli anni successivi. I tassi relativi al sesso femminile sono rimasti costantemente superiori a quelli dei maschi, con un rapporto M/F in media pari a 0.8 e con percentuali di incremento simili tra i due sessi (Figura 1). Il rapporto standardizzato di prevalenza individua aree con tassi più elevati a nord (nelle aree montane nelle Aziende Sanitarie Locali di Lecco, Como, Sondrio, Bergamo e della Valcamonica), a sud (nella zona meridionale dell'ASL di Brescia e nelle aree a cavallo tra la ASL di Mantova e Cremona) e a ovest (nelle aree montane e nella zona occidentale della ASL di Pavia) (Cartina 1).

Cartina 1 - Prevalenza 1 anno (rapporto standardizzato X 100).



Nel periodo 1999-2005 la prevalenza 1 anno è cresciuta di circa un terzo, con incrementi maggiori nel periodo 1999-2002. Tassi elevati si rilevano tra l'utenza di sesso femminile e a livello geografico nella ASL di Sondrio e della Valcamonica.

Figura 2 - Prevalenza 1 anno per età - maschi (tassi per 10.000).

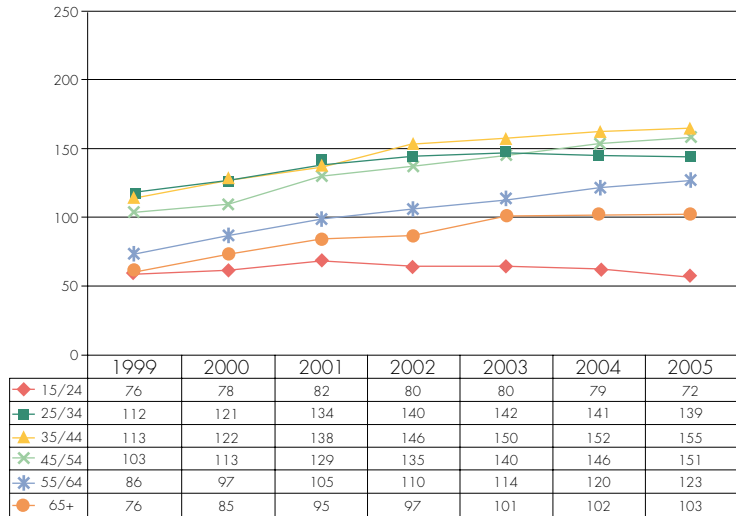


Figura 3 - Prevalenza 1 anno per età - femmine (tassi per 10.000).



Le fasce di età più giovani mostrano non solo tassi minori, ma anche un minore incremento nel periodo. L'età media dei pazienti in trattamento è aumentata.

In ambedue i sessi, i tassi relativi ai pazienti di età più giovane, al di sotto dei 25 anni, presentano i valori minori, mentre quelli relativi ai pazienti di età media (le fasce 35/44 anni e 45/54 anni) hanno valori elevati (Figure 2-3). Sia nei maschi che nelle femmine le fasce di età più giovani (15/24 anni e 25/34 anni) mostrano tra il 1999 ed il 2005 un incremento minore, ed in particolare si osserva una riduzione dei tassi relativi ai giovani maschi al di sotto dei 24 anni. In ambedue i sessi, le fasce di età 45/54 e 55/64 anni presentano un incremento maggiore o pari all'incremento complessivo. Complessivamente l'età degli utenti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale è cresciuta: mentre nel 1999 il 49% era al di sotto dei 45 anni, nel 2005 questa percentuale scende al 45%, con una età media che passa da 47,1 anni a 48,8 anni.

Figura 4 - Prevalenza per stato civile - maschi (%).

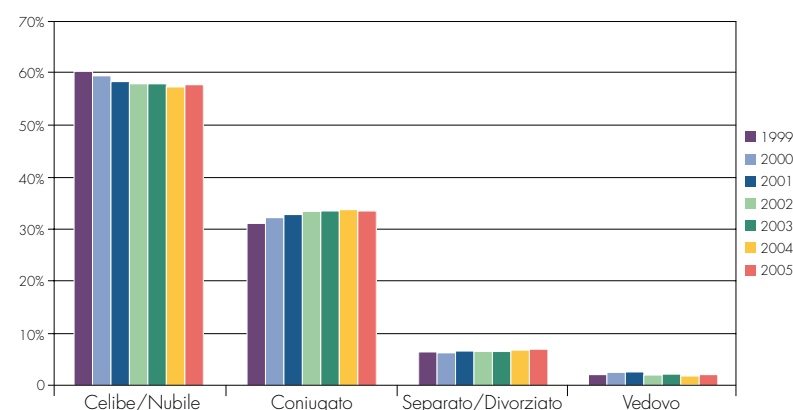
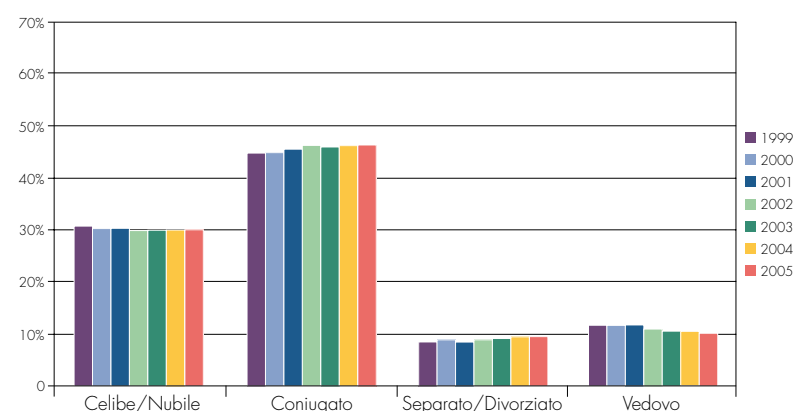


Figura 5 - Prevalenza per stato civile - femmine (%).



La condizione di stato civile differenzia i due sessi: la maggioranza dei maschi è celibe, mentre la maggioranza delle femmine è coniugata (Figure 4 e 5). Non si osservano modificazioni sostanziali nella composizione percentuale dei singoli anni: solo per

gli utenti di sesso maschile si assiste ad un modesto incremento dei soggetti coniugati (che passano dal 31% nel 1999 al 34% nel 2005) e ad una parallela riduzione dei soggetti celibi (dal 61% del 1999 al 58% del 2005). Il maggior incremento riguarda sia i soggetti separati-divorziati (nei maschi +49%, nelle femmine +54%) che quelli coniugati (nei maschi +46%, nelle femmine +42%).

Figura 6 - Prevalenza 1 anno per collocazione socioamb. - maschi (%).

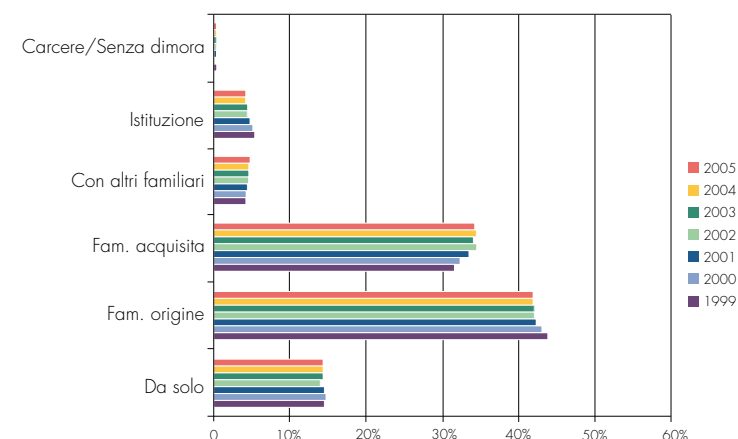
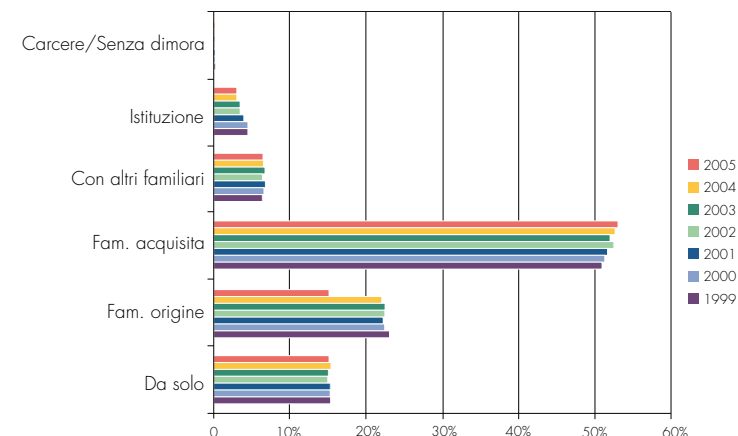


Figura 7 - Prevalenza 1 anno per collocazione socioamb. - femmine (%).



La maggioranza dei maschi è celibe e vive nella famiglia di origine, mentre la maggioranza delle femmine è coniugata e vive con il partner. Tra il 1999 ed il 2005 si osserva un modesto incremento dei pazienti di sesso maschile coniugati.

Anche la collocazione socio-ambientale differenzia i due sessi: la maggioranza dei maschi vive nella famiglia di origine e la maggioranza delle femmine vive con un partner; simile è invece la percentuale di coloro che vivono da soli e in istituzione

(Figure 6 e 7). In ambedue i sessi è estremamente ridotta la quota di persone che vivono in carcere o sono senza fissa dimora (nel 2005 solo 0.4% nei maschi e 0.1% nelle femmine), mentre meno del 5% vive in istituzioni sia di carattere psichiatrico che non psichiatrico (come ad esempio le Case di Riposo). Tra i maschi si osserva una modesta riduzione della percentuale di coloro che vivono nella famiglia di origine (dal 44% del 1999 al 42% del 2005) ed un parallelo aumento dei pazienti che vivono nella famiglia acquisita (dal 32% del 1999 al 34% del 2005); tra le femmine si evidenzia un aumento delle pazienti che vivono nella famiglia acquisita (dal 51% del 1999 al 53% del 2005). Sia tra i maschi che tra le femmine, i soggetti che vivono in famiglia acquisita, con altri familiari e in carcere mostrano un incremento superiore all'incremento complessivo, mentre un incremento inferiore riguarda nei due sessi coloro che vivono in istituzione.

Figura 8 - Prevalenza 1 anno per titolo di studio - maschi (%).

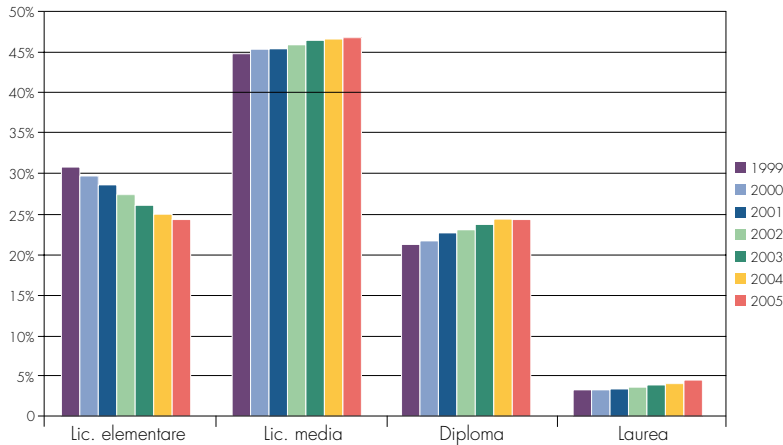
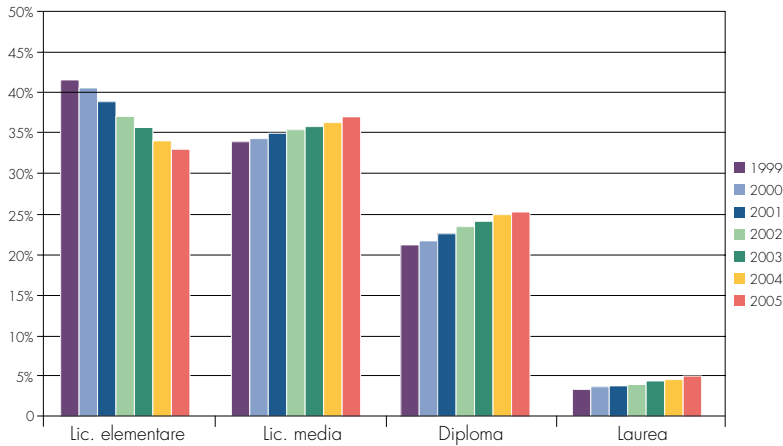


Figura 9 - Prevalenza 1 anno per titolo di studio - femmine (%).



Si riducono in maniera significativa i soggetti con livello scolastico pari o inferiore alla licenza elementare. Non ci sono differenze significative tra i due sessi nella percentuale di diplomati - laureati, che rappresentano circa il 30% dell'utenza e che mostrano un netto incremento nel periodo.

Per quanto riguarda il titolo di studio, è maggiore la percentuale di maschi con il diploma di terza media e di femmine che hanno raggiunto solo la licenza elementare, mentre non si osservano differenze significative tra i due sessi nella percentuale di laureati - diplomati (Figure 8 e 9). Il peso percentuale dei soggetti diplomati-laureati aumenta negli anni (nei maschi: dal 24% del 1999 al 29% del 2005; nelle femmine: dal 25% del 1999 al 30% del 2005), mentre si riduce quello dei soggetti con una scolarità pari o inferiore alla licenza elementare (nei maschi: dal 31% del 1999 al 24% del 2005; nelle femmine: dal 42% del 1999 al 33% del 2005). Presentano un incremento superiore a quello complessivo sia il numero di soggetti laureati-diplomati (nei maschi: +61%; nelle femmine +73%) che di soggetti con diploma di licenza media (nei maschi: +42%; nelle femmine +51%), mentre è nettamente minore l'incremento degli utenti con un livello scolastico pari alla licenza elementare (nei maschi: 7+%; nelle femmine +11%).

I maschi hanno una percentuale di occupati di 10 punti percentuali superiore al sesso femminile, mentre l'incremento di soggetti occupati è maggiore nel sesso femminile.

La percentuale di occupati in età lavorativa (vale a dire al di sotto dei 65 anni) è costantemente maggiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile, con uno scarto percentuale di circa 10 punti. L'incremento di soggetti con un'occupazione è maggiore nelle femmine che nei maschi, pur osservandosi in ambedue i sessi un incremento della percentuale di occupati (nei maschi: dal 45% del 1999 al 50% del 2005; nelle femmine: dal 34% del 1999 al 42% del 2005).

Figura 10 - Prevalenza 1 anno per anno di primo contatto con il DSM (%).

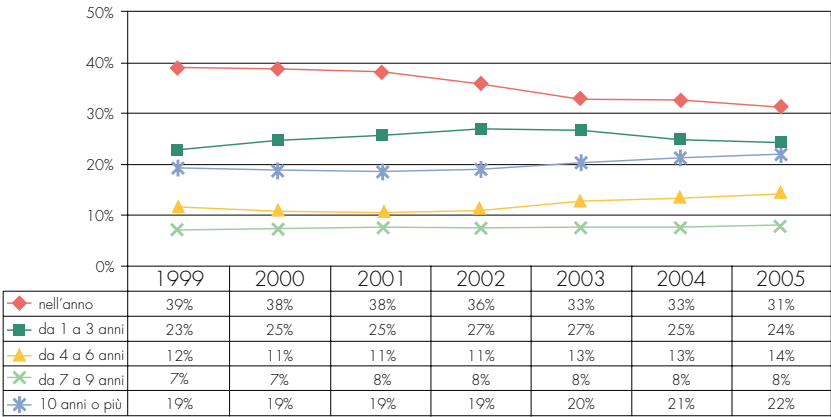
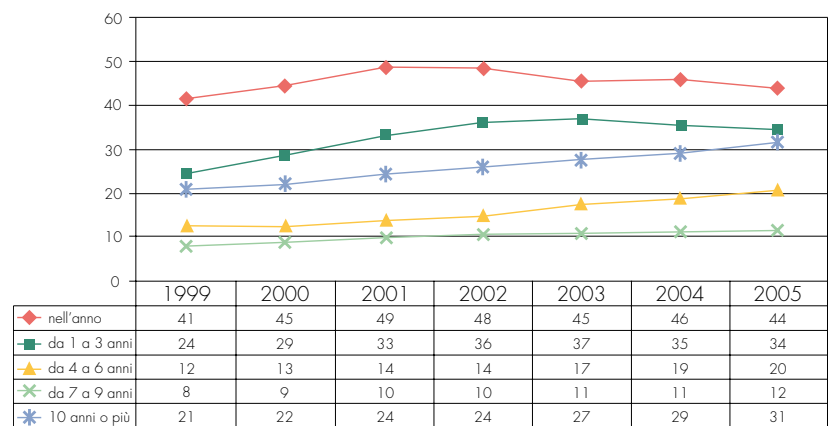


Figura 11 - Prevalenza 1 anno per anno di primo contatto con il DSM (tassi per 10.000).



Ogni anno circa un terzo dei pazienti entra per la prima volta in contatto con le strutture del DSM. La percentuale di "nuovi" pazienti si è ridotta nel periodo 1999-2005, mentre aumenta quella dei pazienti in contatto da più di 4 anni.

Ogni anno su dieci pazienti trattati nei Dipartimenti di Salute Mentale, tre sono entrati in contatto per la prima volta durante l'anno, quattro in un periodo compreso tra 1 e 6 anni e tre da più di 7 anni. La percentuale di pazienti in carico da meno di quattro anni si riduce dal 62% del 1999 al 55% del 2005, mentre quella relativa ai pazienti in carico da più di 4 anni passa dal 38% del 1999 al 45% del 2005. (Figure 10 e 11). Dal 1999 al 2005 il maggiore incremento riguarda tutte le classi di pazienti in trattamento da più di un anno, mentre sono proprio i pazienti entrati in contatto nell'anno a mostrare l'incremento minore.

TABELLA 1: PREVALENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	3,8%	4,0%	4,0%	4,0%	4,1%	3,8%	3,5%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	3,8%	3,8%	3,9%	3,7%	2,8%	2,7%	2,6%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	29,9%	28,1%	25,8%	24,9%	25,0%	25,0%	25,5%
F3 Sindromi affettive	24,7%	25,3%	25,3%	25,5%	25,1%	25,9%	26,2%
F4 Sindromi nevrotiche	20,8%	22,0%	23,8%	24,4%	24,2%	24,7%	24,7%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	1,3%	1,5%	1,6%	1,8%	1,6%	1,5%	1,7%
F6 Disturbi della personalità	10,6%	10,3%	10,3%	10,1%	9,7%	9,6%	9,6%
F7 Ritardo mentale	4,0%	3,7%	3,5%	3,5%	3,1%	3,0%	3,1%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,6%	0,9%	1,3%	1,5%	1,4%	1,2%	1,0%
Nessun disturbo psichiatrico	0,2%	0,3%	0,3%	0,5%	2,8%	2,4%	1,9%

TABELLA 2: PREVALENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	3,6	4,3	4,9	5,1	5,3	5,1	4,6
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	3,6	4,0	4,7	4,7	3,7	3,6	3,4
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	28,4	29,9	31,4	31,7	32,5	33,0	33,6
F3 Sindromi affettive	23,4	26,9	30,7	32,4	32,7	34,1	34,5
F4 Sindromi nevrotiche	19,7	23,4	28,9	31,1	31,4	32,6	32,5
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	1,2	1,6	2,0	2,3	2,0	2,0	2,2
F6 Disturbi della personalità	10,0	11,0	12,5	12,9	12,6	12,6	12,6
F7 Ritardo mentale	3,8	3,9	4,3	4,4	4,1	4,0	4,1
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,6	0,9	1,5	2,0	1,8	1,6	1,4
Nessun disturbo psichiatrico	0,2	0,3	0,4	0,6	3,7	3,1	2,4

Ognuna delle tre diagnosi principali (schizofrenia, disturbi affettivi e nevrosi) copre circa un quarto dell'utenza, con un incremento che è minore per la schizofrenia rispetto alle altre due.

Quattro diagnosi (schizofrenia, disturbi affettivi, nevrosi e disturbi di personalità) coprono da sole più del 85% dei casi: le prime tre ammontano ciascuna a circa un quarto dell'utenza, mentre i disturbi di personalità a circa un decimo (Tabella 1). Analizzando i singoli anni, il peso percentuale della schizofrenia si riduce di quattro punti e quello relativo ai disturbi di personalità di un punto, mentre aumenta di quattro punti quello relativo ai disturbi nevrotici e di un punto quello relativo ai disturbi affettivi.

I tassi più elevati riguardano la schizofrenia (in media nei sette anni 31.5 per 10.000), i disturbi affettivi (30.7 per 10.000), i disturbi nevrotici (28.5 per 10.000) e a distanza i disturbi di personalità (12 per 10.000), i disturbi mentali organici (4.7 per 10.000), il ritardo mentale (4.1 per 10.000) e i disturbi dovuti ad abuso di sostanze (4 per 10.000) (Tabella 2). Le diagnosi che hanno registrato un incremento maggiore dell'incremento complessivo sono i disturbi nevrotici (+71%) e i disturbi affettivi (+53%), mentre hanno mostrato un incremento minore i tassi relativi alla schizofrenia (+23%) e ai disturbi di personalità (+30%).

TABELLA 3: PREVALENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 - MASCHI (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	4,8%	4,9%	4,9%	5,0%	4,2%	4,0%	3,7%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	5,5%	5,3%	5,6%	5,4%	4,7%	4,5%	4,4%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	35,1%	33,1%	30,8%	29,8%	29,7%	29,8%	30,7%
F3 Sindromi affettive	18,5%	19,2%	19,5%	19,6%	19,5%	20,2%	20,7%
F4 Sindromi nevrotiche	16,7%	18,0%	19,5%	20,1%	19,8%	20,6%	20,6%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,7%
F6 Disturbi della personalità	12,6%	12,5%	12,4%	12,3%	11,8%	11,5%	11,6%
F7 Ritardo mentale	5,0%	4,8%	4,5%	4,6%	4,1%	4,0%	4,1%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,7%	0,9%	1,2%	1,5%	1,5%	1,4%	1,1%
Nessun disturbo psichiatrico	0,3%	0,4%	0,5%	0,6%	4,0%	3,0%	2,0%

TABELLA 4: PREVALENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 - MASCHI (TASSI PER 10.000 PER SESSO)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	4,1	4,7	5,4	5,7	4,9	4,7	4,3
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	4,8	5,1	6,1	6,1	5,5	5,4	5,2
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	30,4	31,9	33,9	34,1	34,8	35,3	36,0
F3 Sindromi affettive	16,0	18,5	21,4	22,3	22,9	24,0	24,3
F4 Sindromi nevrotiche	14,5	17,3	21,4	22,9	23,2	24,5	24,2
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,4	0,6	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8
F6 Disturbi della personalità	10,9	12,0	13,6	14,1	13,8	13,7	13,6
F7 Ritardo mentale	4,4	4,6	5,0	5,3	4,8	4,7	4,8
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,6	0,9	1,3	1,8	1,7	1,7	1,3
Nessun disturbo psichiatrico	0,3	0,4	0,6	0,7	4,7	3,6	2,4

TABELLA 5: PREVALENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 - FEMMINE (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	3,1%	3,3%	3,4%	3,2%	4,0%	3,7%	3,4%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	2,5%	2,6%	2,6%	2,4%	1,4%	1,3%	1,2%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	25,9%	24,2%	22,0%	21,1%	21,4%	21,3%	21,6%
F3 Sindromi affettive	29,5%	29,9%	29,6%	29,9%	29,5%	30,2%	30,4%
F4 Sindromi nevrotiche	24,0%	25,1%	27,0%	27,7%	27,5%	27,8%	27,8%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	2,0%	2,2%	2,4%	2,6%	2,3%	2,2%	2,4%
F6 Disturbi della personalità	9,0%	8,7%	8,7%	8,4%	8,1%	8,1%	8,0%
F7 Ritardo mentale	3,2%	2,9%	2,8%	2,6%	2,4%	2,3%	2,4%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,6%	0,8%	1,3%	1,5%	1,3%	1,1%	1,0%
Nessun disturbo psichiatrico	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	1,9%	1,9%	1,7%

TABELLA 6: PREVALENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 - FEMMINE (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	3,2	3,8	4,5	4,5	5,7	5,4	4,9
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	2,5	3,0	3,5	3,4	2,0	1,9	1,7
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	26,5	28,1	29,1	29,5	30,4	30,8	31,2
F3 Sindromi affettive	30,2	34,7	39,2	41,8	41,8	43,5	44,0
F4 Sindromi nevrotiche	24,6	29,1	25,7	38,7	39,1	40,1	40,2
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	2,0	2,5	3,2	3,6	3,3	3,1	3,5
F6 Disturbi della personalità	9,3	10,0	11,5	11,8	11,5	11,6	11,6
F7 Ritardo mentale	3,3	3,3	3,6	3,6	3,4	3,3	3,4
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,6	1,0	1,7	2,1	1,8	1,6	1,4
Nessun disturbo psichiatrico	0,2	0,2	0,2	0,4	2,8	2,7	2,5

I disturbi schizofrenici e di personalità sono più frequenti nel sesso maschile, i disturbi affettivi e nevrotici nel sesso femminile.

Analizzando per sesso la distribuzione diagnostica vediamo importanti differenze legate al genere (Tabelle 3, 4, 5 e 6). Il tasso relativo ai disturbi schizofrenici, ai disturbi di personalità, ai disturbi da abuso di sostanze e al ritardo mentale è maggiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile, mentre l'opposto avviene per i disturbi affettivi e nevrotici dove il tasso relativo al sesso femminile è quasi doppio rispetto a quello del sesso maschile.

TABELLA 7: PREVALENZA 1 ANNO PER PATTERN DI TRATTAMENTO (PERCENTUALI DI PAZIENTI SUL TOTALE DELLA PREVALENZA 1 ANNO CHE HANNO AVUTO CONTATTO CON LA SINGOLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CPS	92%	91%	91%	90%	92%	92%	93%
CD	3%	3%	4%	4%	4%	4%	4%
SPDC	13%	13%	12%	13%	12%	12%	12%
CP	1%	1%	2%	2%	2%	2%	3%
CRT	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%

La quasi totalità dei pazienti entra in contatto con i CPS, mentre solo uno su dieci è ricoverato in SPDC e uno su venti ricoverato in Struttura Residenziale o seguito dai Centri Diurni. Nel periodo 1999-2005 solo le Strutture Residenziali mostrano un incremento netto della loro utenza.

Le strutture del Dipartimento di Salute Mentale con cui i pazienti hanno più frequentemente contatto nell'anno sono i Centri Psicosociali. In media nel corso dell'anno nove pazienti su dieci hanno contatti con i CPS, uno su dieci è ricoverato in SPDC, uno su venti è stato trattato nei Centri Diurni o ammesso nelle Strutture Residenziali (CRT e CP) (Tabella 7). In termini percentuali, i CPS, SPDC e CD rimangono sostanzialmente inalterati nella percentuale di utilizzo, mentre le Strutture Residenziali (CRT e CP) la incrementano in modo netto, passando dal 2% al 5%.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il numero degli utenti trattati nei Dipartimenti di Salute Mentale e nelle Strutture Private accreditate è andato crescendo negli ultimi sette anni, in misura più vivace fino al 2002 e più lenta negli anni successivi. Nel 2005 in Lombardia un cittadino su settanta ha avuto almeno un contatto nell'anno con i servizi psichiatrici, mentre nel 1999 era in contatto un cittadino su novanta.

Dal punto di vista demografico gli utenti sono prevalentemente di sesso femminile, mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni. La ridotta accessibilità dei Dipartimenti di Salute Mentale alle fasce più giovani di popolazione è testimoniata dal minore incremento dei soggetti con meno di 35 anni. Questo dato dovrebbe indurre a riflettere su quanto queste strutture siano ancora percepite come stigmatizzanti dalle persone giovani, nonostante le indagini di popolazione, condotte anche recentemente in Italia, confermino una significativa presenza di disturbi mentali in età giovanile e quindi un bisogno di cure non soddisfatto.

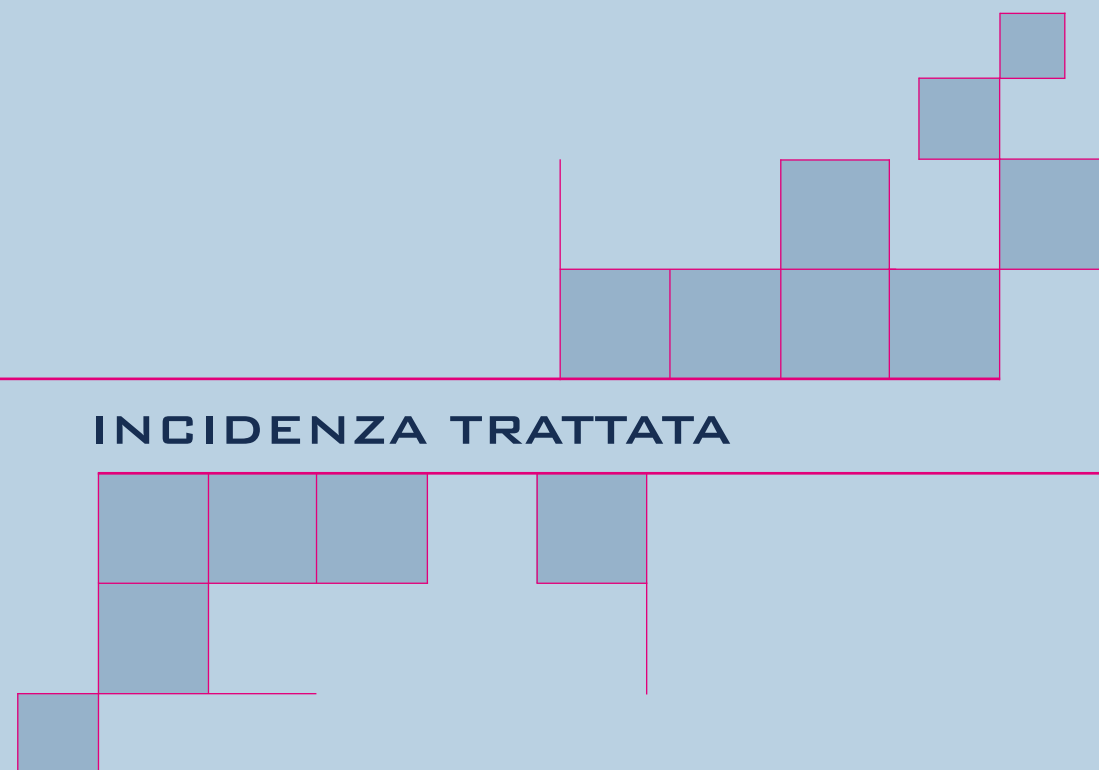
Alcuni indicatori socio-demografici danno indicazioni interessanti per la valutazione del sistema di salute mentale lombardo. Il maggiore livello di scolarità degli utenti, la più alta percentuale di occupati tra gli utenti in età lavorativa e il deciso incremento di soggetti coniugati in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale indicano che negli ultimi anni i Dipartimenti di Salute Mentale intercettano in misura maggiore la domanda delle fasce di popolazione con un maggior livello di integrazione sociale e non si limitano a trattare utenti socialmente svantaggiati. Una considerazione opposta può essere fatta in relazione alle condizioni socio-ambientali più marginali, come il vivere in istituzioni psichiatriche, o in carcere o senza fissa dimora, la cui ridotta rappresentazione nei servizi può significare sia una minore presenza di condizioni di questo tipo nella popolazione generale, sia una non ottimale accessibilità per questi utenti.

Nove utenti su dieci presentano la diagnosi di schizofrenia, disturbi affettivi, nevrosi o disturbi di personalità. I rapporti tra queste diagnosi non sono statici in quanto il profilo diagnostico degli utenti va cambiando: è diventato minore il peso percentuale della schizofrenia e dei disturbi di personalità, mentre è cresciuto il peso dei disturbi affettivi e delle nevrosi. Rispetto a sette anni fa i Dipartimenti di Salute Mentale lombardi non trattano esclusivamente disturbi mentali gravi, ma almeno in un terzo dei casi anche pazienti con disturbi psichiatrici di minore gravità.

Se nel 1999 un paziente su tre era al primo contatto con le strutture del Dipartimenti di Salute Mentale, nel 2005 un paziente su quattro è nella stessa condizione, mentre aumenta di sei punti la percentuale di pazienti entrati in contatto da più di quattro anni. Il sistema da un lato ha ridotto il proprio turnover, dall'altro mantiene più a lungo i pazienti in trattamento. Sono necessarie ulteriori analisi relative ai singoli disturbi psichiatrici per capire se la maggiore durata del trattamento interessi soprattutto i disturbi mentali gravi o anche quelli emotivi comuni.

Il sistema deve la sua accessibilità ai Centri Psicosociali: a fronte dei Centri Psicosociali che trattano la quasi totalità dei pazienti, tutte le altre strutture insieme trattano meno di un quinto dell'utenza totale. Nel periodo 1999-2005 si osserva, accanto ad un minore utilizzo in termini percentuali dei SPDC, un netto incremento in termini di pazienti trattati delle Strutture Residenziali (Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e Comunità Protette). L'incremento o la stabilizzazione dei tassi di prevalenza e incidenza quindi deve essere valutato soprattutto alla luce del funzionamento dei Centri Psicosociali, che rappresentano le strutture di maggiore accessibilità nel sistema.

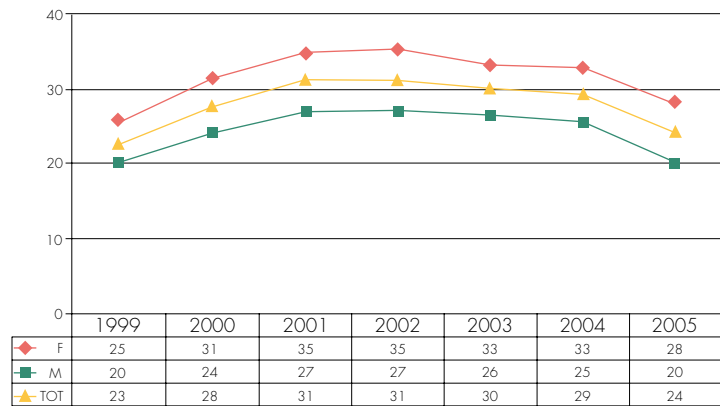
INCIDENZA TRATTATA



INCIDENZA TRATTATA

L'incidenza trattata è relativa ai pazienti che per la prima volta in assoluto hanno avuto un contatto nell'anno con strutture psichiatriche, siano esse pubbliche o private.

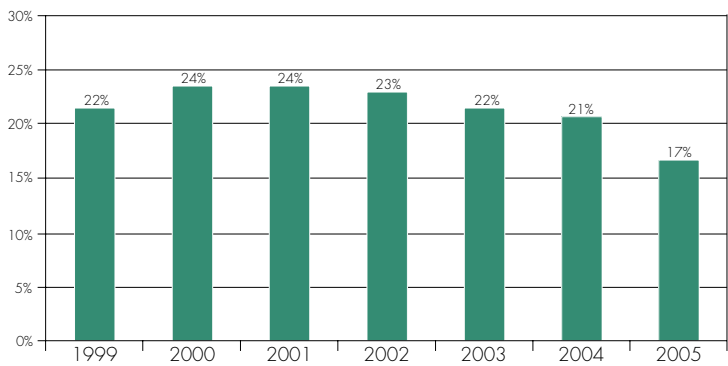
Figura 1: Incidenza trattata per sesso (tassi per 10.000).



Nel periodo 1999-2005 l'incidenza è prima cresciuta, per poi tornare nel 2005 ai valori iniziali. I nuovi casi rappresentano una percentuale che varia tra il 17% ed il 24% del totale dei casi. I tassi più elevati si rilevano tra l'utenza di sesso femminile e a livello geografico nelle fasce settentrionali e meridionali di Regione.

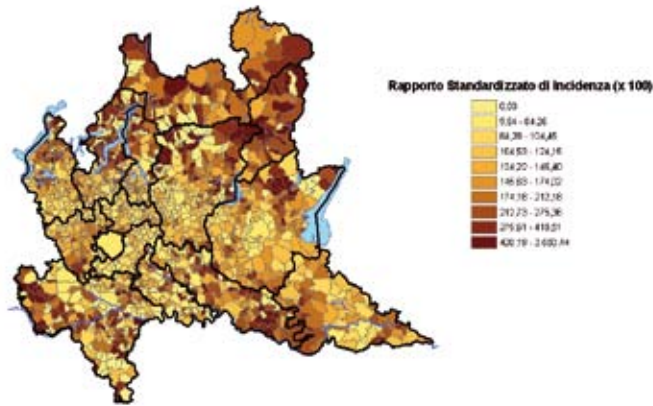
L'incidenza trattata è aumentata in modo netto tra il 1999 ed il 2002, si è mantenuta su valori relativamente stabili nei due anni seguenti ed è diminuita nel 2005, tornando ai valori del 1999 (Figura 1). I tassi relativi al sesso femminile sono costantemente superiori a quelli dei maschi, con un rapporto M/F pari a 0.8 e con percentuali di incremento maggiori nelle femmine.

Figura 2 - Casi incidenti sul totale dei casi prevalenti (%).



La percentuale di casi incidenti sulla prevalenza 1 anno rimane su valori stabili fino al 2004, per poi scendere nel 2005 ai valori più bassi del periodo (Figura 2).

Cartina 1 - Incidenza (rapporto standardizzato x 100).



La cartina 1 mostra i tassi dei casi incidenti nel 2005, espressi in rapporto standardizzato di incidenza. Nel territorio regionale i tassi più elevati sono concentrati nelle fasce settentrionali e meridionali. Più in particolare nelle ASL della Valcamonica e di Sondrio, in quelle di Lecco e Como, nell'ASL di Cremona, nelle zone orientali dell'ASL di Pavia e nell'ASL Milano 1.

Figura 3 - Incidenza trattata per età - maschi (tassi per 10.000).

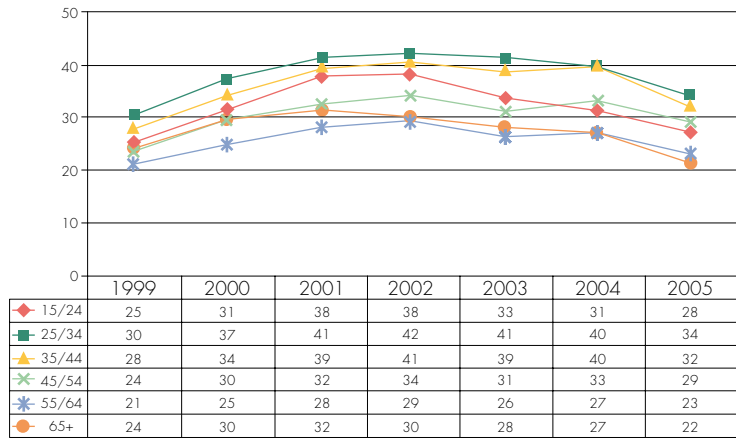
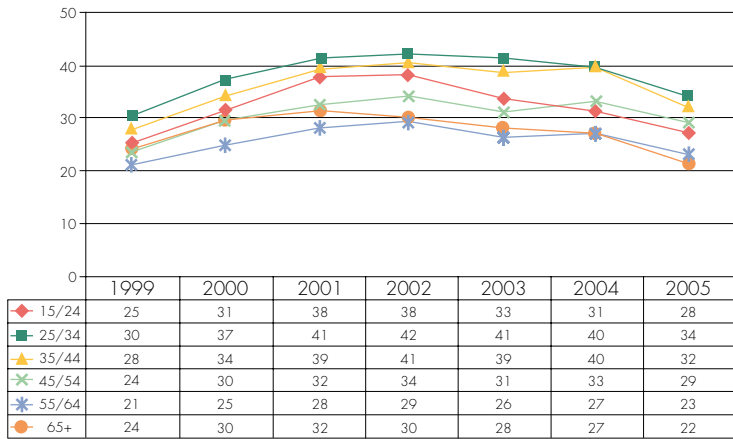


Figura 4 - Incidenza trattata per età - femmine (tassi per 10.000).



I tassi più elevati sono nelle fasce di età centrali, mentre sono le fasce di età più giovani a mostrare il minore incremento nel periodo.

In ambedue i sessi i pazienti di età compresa tra i 25/34 anni ed i 35/44 anni presentano i tassi più elevati, mentre quelli tra i 55/64 anni i tassi minori (Figure 3 - 4). Le classi di età che hanno mostrato un incremento maggiore di quello complessivo sono state le fasce centrali (35-44 anni e 45-54 anni), mentre le fasce più giovani di età presentano incrementi minori.

Figura 5 - Incidenza per stato civile - maschi (%).

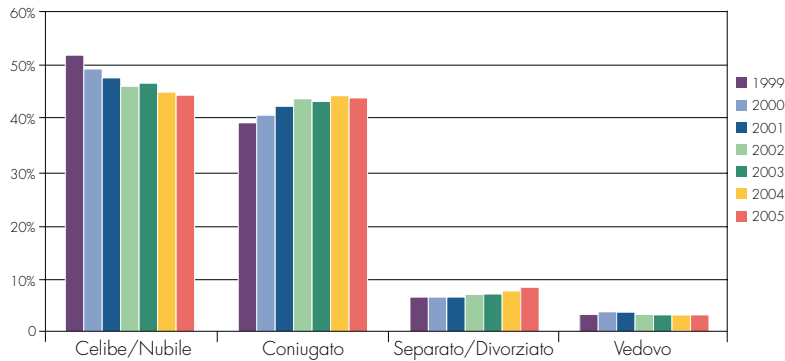
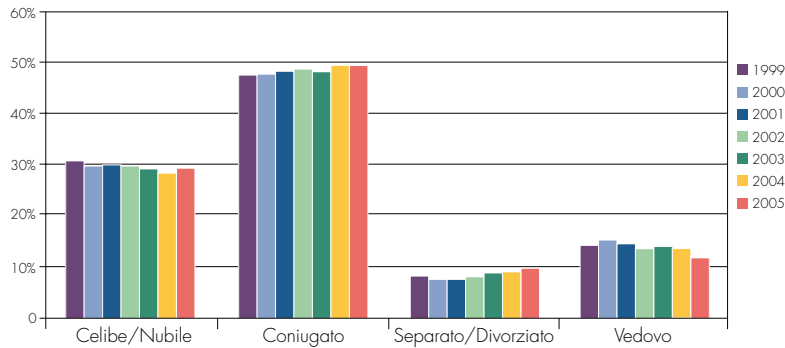


Figura 6 - Incidenza per stato civile - femmine (%).



Differentemente dalla prevalenza, tra i casi incidenti la condizione di stato civile differenzia in misura minore i due sessi: la maggioranza delle femmine è coniugata, mentre tra i maschi la percentuale di celibi e di coniugati è equivalente (Figure 5 e 6). Nel periodo i cambiamenti più significativi hanno riguardato gli utenti di sesso maschile, dove si osserva un aumento del peso percentuale dei soggetti coniugati (dal 39% nel 1999 al 44% nel 2005) ed una parallela riduzione dei soggetti celibi (dal 52% nel 1999 al 44% nel 2005), mentre per le utenti di sesso femminile gli stessi cambiamenti hanno avuto un carattere più modesto (le donne nubili passano dal 31% nel 1999 al 29% nel 2005, le coniugate dal 47% nel 1999 al 49% nel 2005).

Figura 7 - Incidenza per collocazione socioambientale - maschi (%).

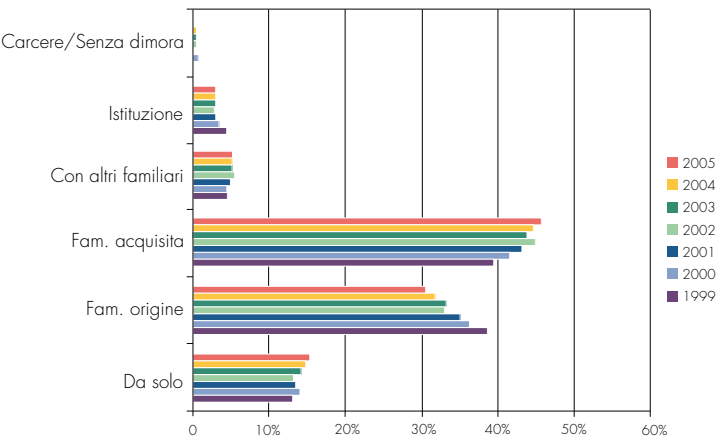
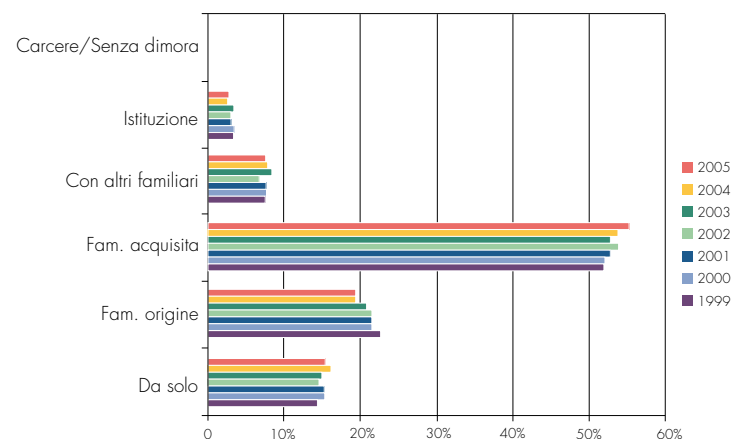


Figura 8 - Incidenza per collocazione socioambientale - femmine (%).



Nel 2005 la maggioranza dei soggetti sia di sesso maschile che di sesso femminile sono coniugati e vivono con un partner in una famiglia acquisita. Tra il 1999 ed il 2005 si osserva un incremento dei pazienti di sesso maschile coniugati e che vivono in una famiglia acquisita.

Sia la maggioranza dei soggetti di sesso maschile che di sesso femminile vivono con un partner in una famiglia acquisita, anche se esiste una differenza di otto punti percentuali a favore delle utenti di sesso femminile (Figure 7 e 8). È decisamente superiore la percentuale di maschi che vivono nella famiglia di origine, mentre è simile la percentuale di coloro che vivono da soli e in istituzione. In termini di peso percentuale si osserva in ambedue i sessi una riduzione della percentuale di coloro che vivono nella famiglia di origine (nei maschi: dal 38% del 1999 al 31% del 2005; nelle femmine dal 23% del 1999 al 19% del 2005) ed un aumento di coloro che vivono in una famiglia propria (nei maschi: dal 39% del 1999 al 46% del 2005; nelle femmine: dal 52% del 1999 al 55% del 2005).

Figura 9 - Incidenza per titolo di studio - maschi (%).

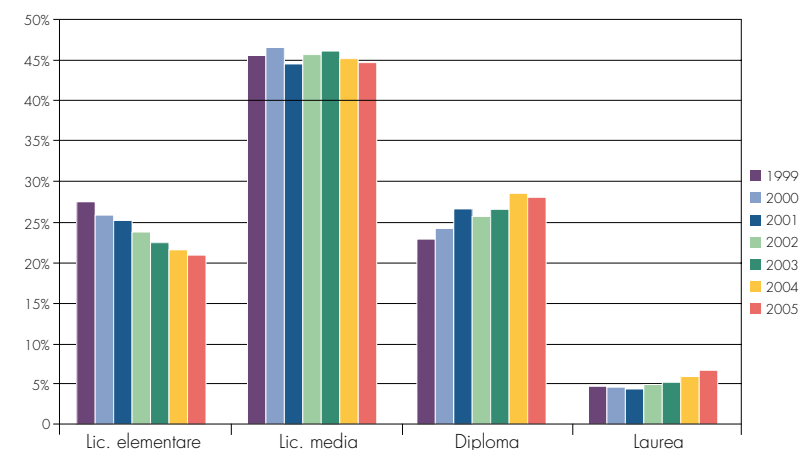
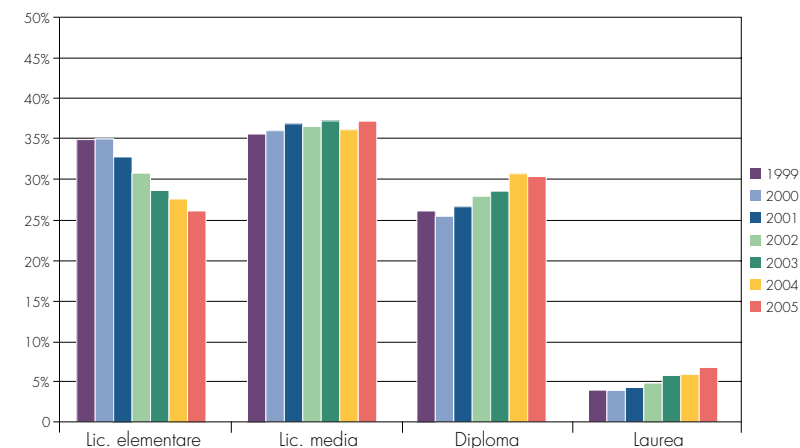


Figura 10 - Incidenza per titolo di studio - femmine (%).



Si riducono in maniera significativa i soggetti con livello scolastico pari o inferiore alla licenza elementare, mentre aumenta parallelamente la percentuale di diplomati - laureati, in particolare nel sesso femminile. Complessivamente più della metà dei casi incidenti è occupata: i maschi hanno una percentuale di occupati di dieci punti percentuali superiore al sesso femminile.

Il livello di scolarità è differente nei due sessi: nei maschi è più alta la percentuale di soggetti che raggiungono la licenza media, mentre nelle femmine è maggiore sia la percentuale di pazienti con licenza elementare che diplomate-laureate (Figure 9 e 10). In ambedue i sessi si riduce in modo sensibile il peso percentuale di coloro che raggiungono solo la licenza elementare (nelle femmine dal 35% del 1999 al 26% del 2005; nei maschi dal 27% del 1999 al 21% del 2005) e parallelamente aumenta la percentuale dei soggetti laureati - diplomati (nelle femmine dal 29% del 1999 al 37% del 2005; nei maschi dal 27% del 1999 al 34% del 2005).

La percentuale di occupati tra i soggetti in età lavorativa è maggiore di dieci punti nel sesso maschile rispetto a quello femminile. Sei pazienti su dieci tra i maschi e cinque su dieci tra le femmine hanno un'occupazione. Sia tra gli uomini che tra le donne si osserva dal 1999 al 2005 un incremento di circa cinque punti percentuali nella direzione di una maggiore quota di occupati (per i maschi dal 56% del 1999 al 61% del 2005; per le femmine dal 45% del 1999 al 51% del 2003).

TABELLA 1: INCIDENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	7,1%	8,1%	7,6%	8,2%	6,9%	6,2%	5,3%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	6,1%	5,9%	6,0%	5,0%	3,4%	3,1%	2,8%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	12,1%	9,3%	8,3%	8,1%	8,2%	8,3%	9,2%
F3 Sindromi affettive	25,7%	25,3%	24,5%	24,1%	22,8%	25,3%	26,3%
F4 Sindromi nevrotiche	31,9%	35,0%	36,7%	37,8%	36,8%	37,8%	38,8%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	2,1%	2,6%	2,8%	2,8%	2,5%	2,2%	3,4%
F6 Disturbi della personalità	10,1%	9,3%	9,1%	8,5%	7,6%	7,0%	6,9%
F7 Ritardo mentale	3,5%	2,7%	2,6%	2,3%	2,0%	1,9%	2,0%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,8%	1,2%	1,8%	2,1%	1,7%	1,4%	1,1%
Nessun disturbo psichiatrico	0,4%	0,5%	0,6%	1,0%	8,0%	6,7%	3,9%

TABELLA 2: INCIDENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,4	2,0	2,1	2,3	1,9	1,6	1,1
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,2	1,4	1,6	1,4	0,9	0,8	0,6
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	1,9
F3 Sindromi affettive	4,9	6,2	6,7	6,7	6,2	6,6	5,4
F4 Sindromi nevrotiche	6,1	8,5	10,1	10,5	9,9	9,9	7,9
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,4	0,6	0,8	0,8	0,7	0,6	0,7
F6 Disturbi della personalità	1,9	2,3	2,5	2,3	2,0	1,8	1,4
F7 Ritardo mentale	0,7	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,2	0,3	0,5	0,6	0,5	0,4	0,2
Nessun disturbo psichiatrico	0,1	0,1	0,2	0,3	2,2	1,8	0,8

Tra i casi incidenti, sei pazienti su dieci presentano un disturbo nevrotico e affettivo e sono queste diagnosi a presentare un incremento maggiore nel periodo. I disturbi schizofrenici e di personalità sono più frequenti nel sesso maschile, i disturbi affettivi e nevrotici nel sesso femminile.

Tra i casi incidenti, sei pazienti su dieci presentano un disturbo nevrotico e affettivo; seguono come frequenza la schizofrenia, i disturbi di personalità e i disturbi mentali organici (Tabelle 1 e 2). Tra i nuovi casi aumenta, ma rimane contenuta, la percentuale di utenti che non presentano alcun disturbo di carattere psichiatrico. Le diagnosi che hanno registrato un incremento maggiore del tasso complessivo di incidenza sono i disturbi nevrotici e la classe di utenti senza disturbi psichiatrici, mentre i tassi relativi alla schizofrenia e ai disturbi di personalità mostrano un incremento inferiore a quello complessivo o addirittura una riduzione. In termini percentuali si osserva una riduzione del peso percentuale della schizofrenia e dei disturbi di personalità, mentre aumenta quello dei disturbi affettivi e nevrotici. Analizzando la distribuzione diagnostica per genere, osserviamo importanti differenze (Tabelle 3,4,5 e 6). Il tasso relativo ai disturbi di personalità e ai disturbi da abuso di sostanze è maggiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile, quello relativo ai disturbi schizofrenici è uguale nei due sessi, mentre il tasso nel sesso femminile relativo ai disturbi organici, affettivi e nevrotici è quasi doppio rispetto a quello maschile.

TABELLA 3: INCIDENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 - MASCHI (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	9,3%	9,7%	9,1%	10,4%	6,4%	6,0%	5,3%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	8,7%	7,7%	8,3%	7,1%	5,7%	5,4%	5,3%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	14,8%	11,9%	10,0%	10,1%	9,8%	9,8%	11,3%
F3 Sindromi affettive	20,4%	20,4%	20,8%	19,5%	19,1%	21,7%	23,6%
F4 Sindromi nevrotiche	27,1%	31,2%	32,6%	33,4%	31,9%	33,7%	34,4%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,8%	1,2%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,7%
F6 Disturbi della personalità	12,5%	12,0%	11,6%	11,1%	9,6%	8,4%	9,4%
F7 Ritardo mentale	4,7%	3,7%	3,4%	3,2%	2,6%	2,7%	2,8%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	1,0%	1,2%	1,7%	2,2%	2,0%	1,8%	1,4%
Nessun disturbo psichiatrico	0,5%	0,8%	1,2%	1,5%	11,5%	9,0%	4,6%

TABELLA 4: INCIDENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 - MASCHI (TASSI PER 10.000)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,6	2,1	2,2	2,5	1,5	1,3	0,9
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,5	1,6	2,0	1,7	1,3	1,2	0,9
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	1,9
F3 Sindromi affettive	3,5	4,3	5,0	4,7	4,5	4,8	4,0
F4 Sindromi nevrotiche	4,6	6,6	7,9	8,1	7,5	7,5	5,8
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
F6 Disturbi della personalità	2,1	2,5	2,8	2,7	2,3	1,9	1,6
F7 Ritardo mentale	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6	0,5
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,2	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,2
Nessun disturbo psichiatrico	0,1	0,2	0,3	0,4	2,7	2,0	0,8

TABELLA 5: INCIDENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 - FEMMINE (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	5,6%	6,9%	6,5%	6,7%	7,2%	6,3%	5,3%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	4,1%	4,6%	4,4%	3,5%	1,6%	1,4%	1,1%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	10,1%	7,5%	7,0%	6,6%	7,0%	7,2%	7,8%
F3 Sindromi affettive	29,7%	28,8%	27,1%	27,3%	25,6%	27,9%	28,2%
F4 Sindromi nevrotiche	35,4%	37,7%	39,6%	40,9%	40,4%	40,8%	41,8%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	3,0%	3,6%	4,0%	4,0%	3,5%	2,9%	4,6%
F6 Disturbi della personalità	8,4%	7,3%	7,3%	6,6%	6,1%	6,0%	5,2%
F7 Ritardo mentale	2,7%	2,0%	2,0%	1,6%	1,5%	1,3%	1,5%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,7%	1,2%	1,8%	2,0%	1,5%	1,2%	0,9%
Nessun disturbo psichiatrico	0,3%	0,4%	0,2%	0,7%	5,4%	5,0%	3,5%

TABELLA 6: INCIDENZA 1 ANNO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 - FEMMINE (TASSI PER 10.000)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,2	1,9	2,0	2,1	2,1	1,8	1,3
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,9	1,3	1,4	1,1	0,5	0,4	0,3
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	2,1	2,0	2,2	2,1	2,1	2,1	1,9
F3 Sindromi affettive	6,3	7,9	8,4	8,5	7,5	8,0	6,7
F4 Sindromi nevrotiche	7,5	10,3	12,3	12,8	11,9	11,7	10,0
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,6	1,0	1,3	1,2	1,0	0,8	1,1
F6 Disturbi della personalità	1,8	2,0	2,3	2,1	1,8	1,7	1,3
F7 Ritardo mentale	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,2	0,3	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2
Nessun disturbo psichiatrico	0,1	0,1	0,1	0,2	1,6	1,4	0,8

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

L'incidenza è un indicatore chiave per comprendere l'accessibilità dei servizi di salute mentale. Essa è legata non solo alle risorse strutturali dei Dipartimenti di Salute Mentale, ma anche alla loro capacità attrattiva. Un incremento nei tassi di incidenza significa che i cittadini lombardi vedono nei Dipartimenti di Salute Mentale le strutture di prima scelta nel trattamento dei disturbi psichici e questo rappresenta una *proxy* della fiducia di cui godono. L'affidabilità di questo indicatore dipende però in modo stretto dalla qualità delle informazioni, ed in particolare di quelle relative all'anno del primo contatto e alla presenza di contatti psichiatrici precedenti al primo contatto con l'Unità Operativa. Ne deriva che modificazioni nella qualità dei dati raccolti (ad esempio nel numero di dati non rilevati) possono ridurre artificiosamente i tassi di incidenza.

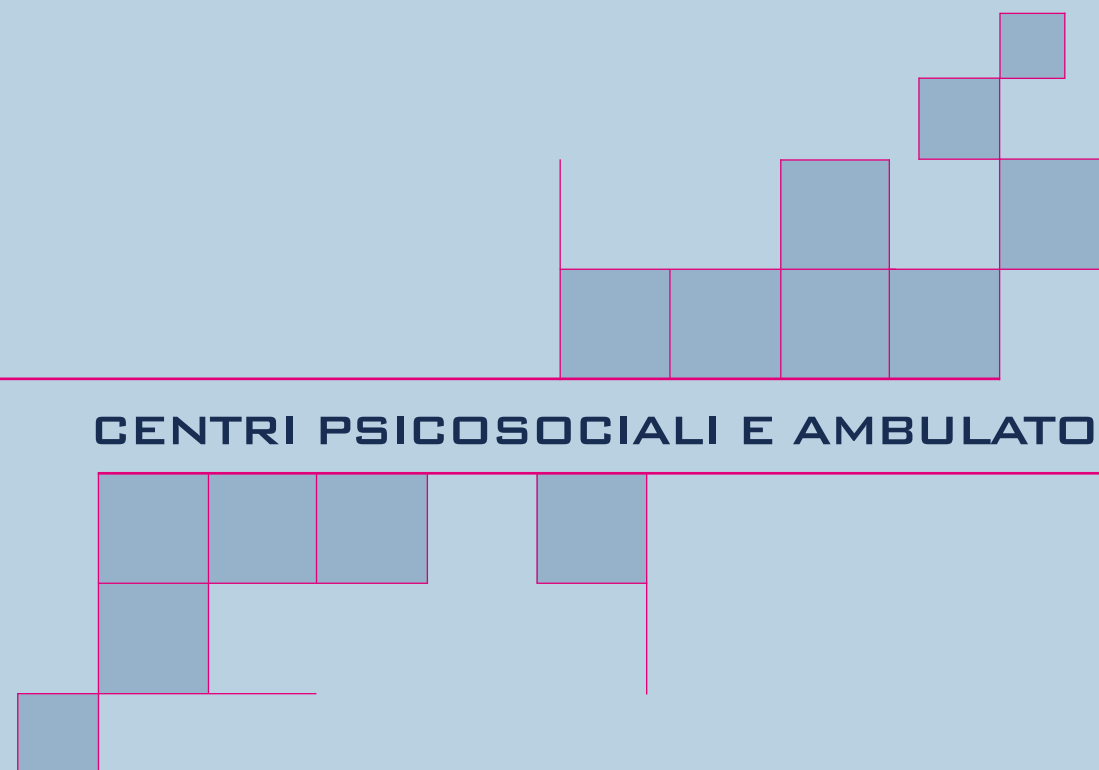
Oggi in Lombardia in media 3 pazienti su 1000 arrivano per la prima volta in contatto con i servizi psichiatrici: il numero di nuovi casi trattati nei DSM ha subito un rapido incremento nel periodo 1999-2001 per poi stabilizzarsi intorno ai 23.000-24.000 pazienti negli anni successivi fino al 2005, quando il numero di nuovi pazienti è tornato sui valori del biennio 1999-2000. Come detto precedentemente, la spiegazione di tale andamento non va probabilmente ricercata solo nell'accessibilità dei servizi ma anche nella qualità dei dati raccolti. Come dimostra la rappresentazione geografica, l'accessibilità non è uniforme sul territorio regionale e non c'è motivo di credere che la ridotta incidenza sia legata ad una minore diffusione di disturbi mentali nella popolazione piuttosto che ad una ridotta accessibilità.

I "nuovi" pazienti sono più frequentemente di sesso femminile, in più della metà dei casi hanno meno di 45 anni e presentano prevalentemente disturbi di carattere nevrotico o affettivo. L'incremento più rapido si osserva nelle fasce di età comprese tra 35 e 54 anni, mentre è decisamente inferiore nelle fasce più giovani. Il minore accesso di utenti al primo contatto di età giovane rappresenta una questione importante, in quanto non solo alcuni disturbi mentali gravi insorgono in età giovanile, ma anche perché l'incidenza dei disturbi emotivi comuni è significativa anche in queste fasce di età.

I nuovi utenti dei servizi sono in un terzo dei casi diplomati o laureati, nella metà dei casi vivono con il partner e in sei casi su dieci lavorano. Questo profilo sociodemografico indica che l'accessibilità dei servizi di salute mentale lombardi è migliorata in questi anni e che ad essi non si rivolgono unicamente fasce marginali della popolazione.

Il profilo diagnostico dei casi incidenti è nettamente diverso da quello dei casi prevalenti: i disturbi nevrotici e affettivi rappresentano circa due terzi dell'utenza, mentre disturbi schizofrenici, disturbi di personalità e disturbi mentali organici rappresentano ciascuno una quota compresa tra il 6-8%. L'incremento della percentuale di soggetti senza disturbi psichiatrici inviati per valutazione ai servizi di salute mentale appare fisiologico, anche se un loro incremento eccessivo indicherebbe un'assenza di filtri efficaci tra servizi di salute mentale e gli altri servizi sanitari.

CENTRI PSICOSOCIALI E AMBULATORI



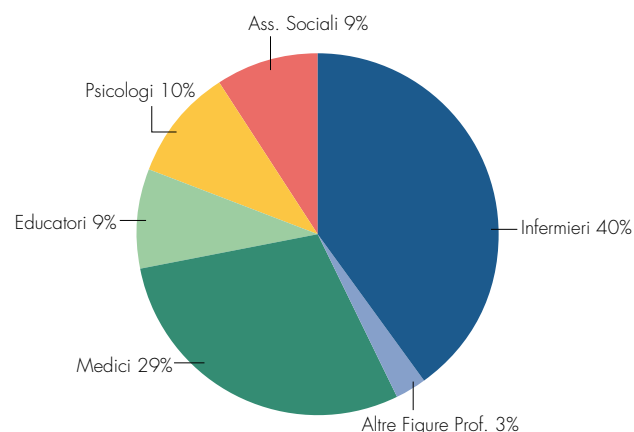
1) STRUTTURE, PERSONALE E VALORIZZAZIONE

I Centri Psicosociali (CPS) sono le strutture territoriali in cui vengono realizzate e coordinate le attività ambulatoriali di carattere psichiatrico, gli interventi psicoterapici individuali e di gruppo, le attività rivolte alla famiglia, le attività di riabilitazione e di risocializzazione, le attività domiciliari e gli interventi nelle situazioni di crisi. Inoltre il Centro Psicosociale è la sede in cui vengono formulati i programmi terapeutico-riabilitativi e di risocializzazione del singolo paziente, interagendo con le altre strutture dell'Unità Operativa e con le agenzie sociali del territorio.

La rete dei Centri Psicosociali era già stata completata negli anni '90, raggiungendo lo standard, posto dal secondo Progetto Obiettivo regionale, di un Centro Psicosociale ogni 100.000 abitanti.

Nel periodo 1999-2005 il numero di Centri Psicosociali si è ridotto, passando da 110 nel 1999 a 104 nel 2005: questa riduzione è probabilmente effetto delle procedure di accreditamento che hanno portato alla chiusura di alcuni Centri Psicosociali che non soddisfacevano i criteri previsti, ad esempio per quanto riguarda le ore di apertura. Si riduce anche il numero di Ambulatori (da 109 unità del 1999 a 93 del 2005). Le ore di apertura settimanali dei Centri Psicosociali e degli Ambulatori sono cresciute del 10%, passando da 6.056 nel 1999 a 6.682 nel 2005. Questo incremento è dovuto probabilmente all'adeguamento dell'orario di apertura agli standard previsti dal processo di accreditamento.

Figura 1 - Ore annuali di lavoro erogate nel 2005 per figura professionale (%).



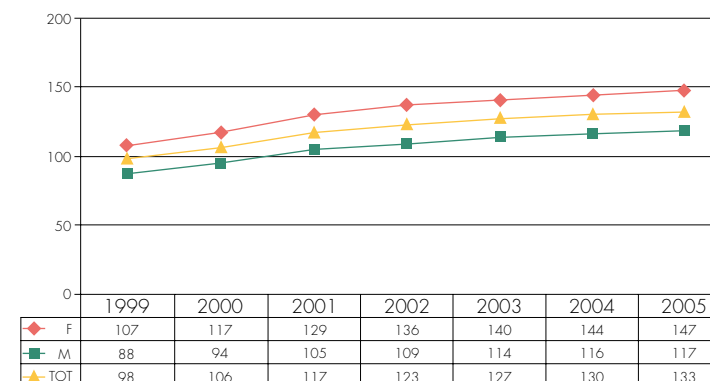
La rete dei Centri Psicosociali era già completa negli anni '90. Nel periodo 1999-2005 l'incremento in queste strutture sia del personale che della valorizzazione è risultato contenuto.

Anche le ore di lavoro erogate da tutte le figure professionali a livello di Centri Psicosociali e degli Ambulatori sono cresciute del 10%, passando da 1.896.887 nel 1999 a 2.083.895 nel 2005. Il lavoro in queste strutture è incentrato prevalentemente su infermieri e medici, anche se un ruolo significativo è svolto dal personale psicosociale (psicologi, educatori e assistenti sociali) (Figura 1). La valorizzazione operata dalla Regione Lombardia sull'attività erogata dai Centri Psicosociali e dagli Ambulatori comprende sia le prestazioni ambulatoriali (le prestazioni "28 SAN") che quelle territoriali (le prestazioni "46 SAN"). Per quanto riguarda la valorizzazione operata dalla 28/SAN è stato utilizzato come valore iniziale di confronto il valore del 2001, in quanto più affidabile di quello rilevato nel 2000. Complessivamente la valorizzazione dei Centri Psicosociali è cresciuta del 32% nel periodo 2000-2005, passando da 31.219.552 euro nel 2000 a 41.196.451 euro nel 2005. Nonostante sia avvenuto un aumento complessivo della spesa per queste strutture, l'incremento è inferiore a quello registrato in media dalla spesa psichiatrica (+69% nel periodo). In tal modo il peso percentuale dei Centri Psicosociali nel quadro della spesa generale è diminuito, passando dal 18% del 2000 al 14% nel 2005.

2) PAZIENTI TRATTATI

2.1 Caratteristiche socio-demografiche

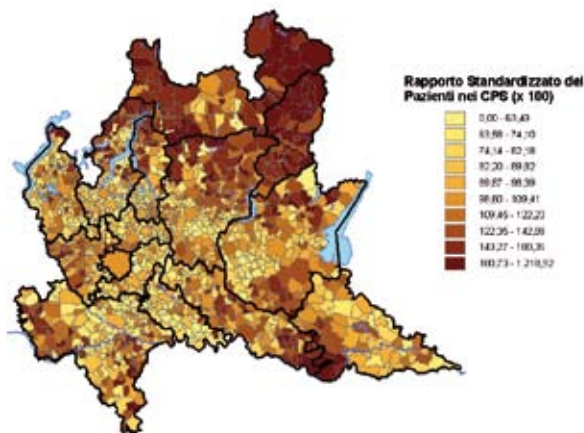
Figura 2 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per sesso (tassi per 10.000).



Il tasso dei pazienti trattati nei Centri Psicosociali è andato progressivamente crescendo dal 1999 al 2005 (+36%), in maniera più vivace fino al 2001 e più lentamente negli anni successivi (Figura 2). La quasi totalità dei pazienti (in media nei sette anni il 92%) in trattamento presso le Unità Operative di Psichiatria è entrata in contatto con i Centri Psicosociali, che si confermano come le strutture a maggiore accessibilità. I tassi relativi al sesso femminile sono costantemente superiori a quelli dei maschi, con un rapporto F/M mediamente pari a 1.2 e con percentuali di incremento simili tra i due sessi (nei maschi +36%; nelle femmine +38%).

Per quanto riguarda i tassi standardizzati di pazienti in contatto con i Centri Psicosociali (Cartina 1), i valori più elevati sono evidenziati nelle aree delle ASL di Sondrio e della Valcamonica. Altre aree con tassi elevati, anche se in misura non così uniforme, sono l'ASL di Cremona e più in particolare le zone meridionali al confine tra le ASL di Mantova e Cremona, la parte meridionale dell'ASL di Brescia, la parte occidentale dell'ASL di Pavia e l'ASL Milano 2 ad occidente di Milano.

Cartina 1 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori (rapporto standardizzato x 100).



I Centri Psicosociali sono le strutture con maggiore accessibilità e il numero di pazienti trattati è cresciuto nel periodo di osservazione di circa un terzo, in particolare tra il 1999 e il 2001. Le aree regionali con tassi più elevati sono site nelle ASL di Sondrio e della Valcamonica.

Figura 3 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per età - maschi (tassi per 10.000).

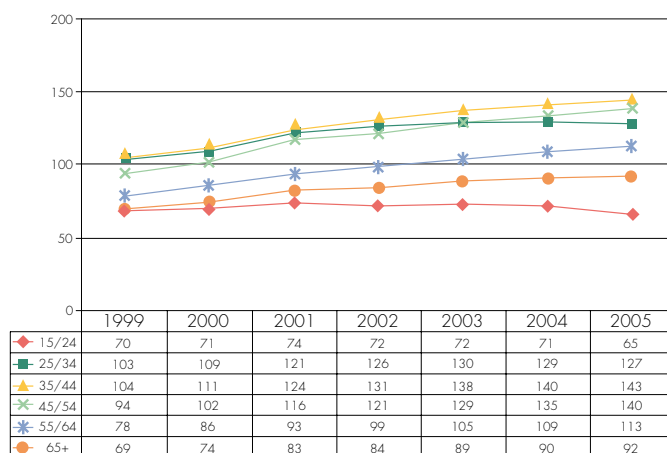
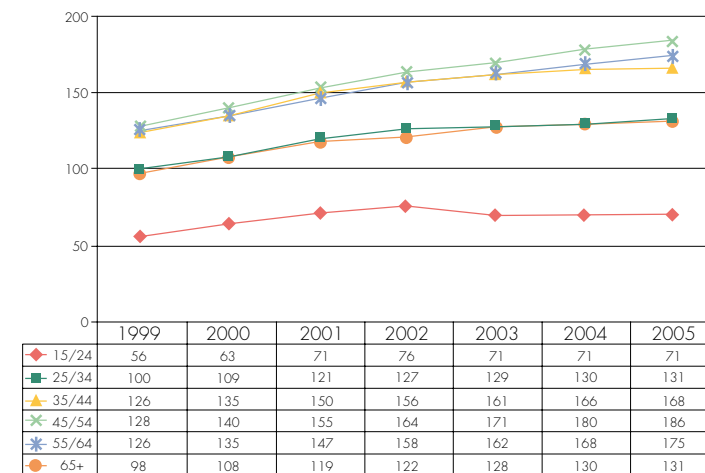


Figura 4 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per età - femmine (tassi per 10.000).



L'età media degli utenti dei Centri Psicosociali si sta elevando e nel 2005 più della metà degli utenti aveva un'età superiore ai 45 anni. Le fasce centrali di età mostrano il maggior incremento percentuale nel periodo.

In ambedue i sessi è la fascia di età più giovane, al di sotto dei 25 anni, a presentare i tassi minori; nei maschi presentano i valori più elevati le fasce 35/44 anni e 45/54 anni, mentre nelle femmine le fasce 45/54 anni e 55/64 anni (Figure 3 e 4). Sia nei maschi che nelle femmine le fasce di età più giovani (15/24 anni e 25/34 anni) mostrano un incremento minore, mentre un incremento maggiore si osserva nelle fasce di età centrali (45/54 e 55/64 anni). L'età degli utenti dei CPS è cresciuta in questi anni: la percentuale di soggetti con età superiore ai 45 anni è passata nei maschi dal 43% del 1999 al 48% del 2005 e nelle femmine dal 57% del 1999 al 60% del 2005. L'età media degli utenti nel 2005 era 46 anni per i maschi e 50 anni per le femmine.

Figura 5 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per stato civile - maschi (%).

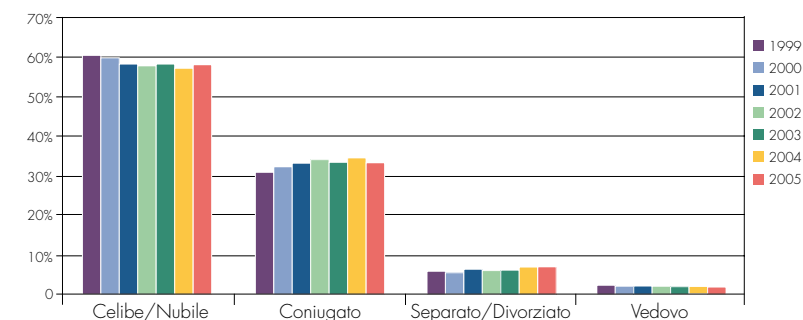
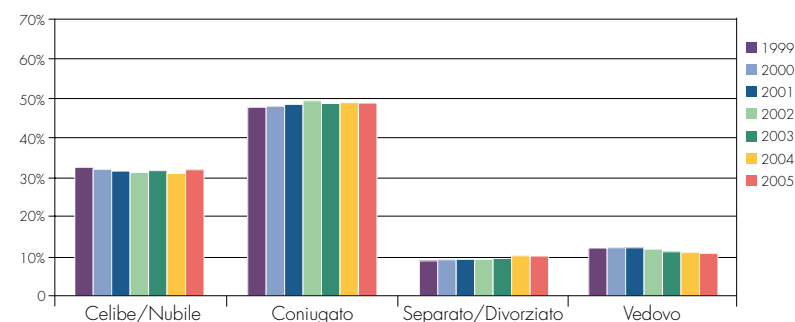


Figura 6 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per stato civile - femmine (%).



I dati relativi allo stato civile dei pazienti trattati nei Centri Psicosociali riflettono i dati di prevalenza (Figure 5 e 6): la maggioranza dei maschi è celibe, mentre la maggioranza delle femmine è coniugata. Lo stato civile non è soggetto a modificazioni sostanziali nel corso dei sette anni: solo per gli utenti di sesso maschile si osserva un modesto incremento dei soggetti coniugati (dal 31% nel 1999 al 34% nel 2005) ed una parallela riduzione dei soggetti celibi (dal 61% del 1999 al 58% del 2004).

Figura 7 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per collocazione socio-ambientale - maschi (%).

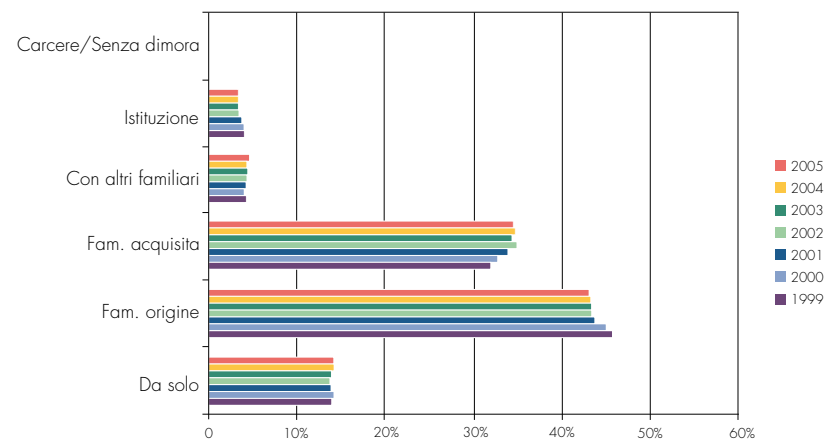
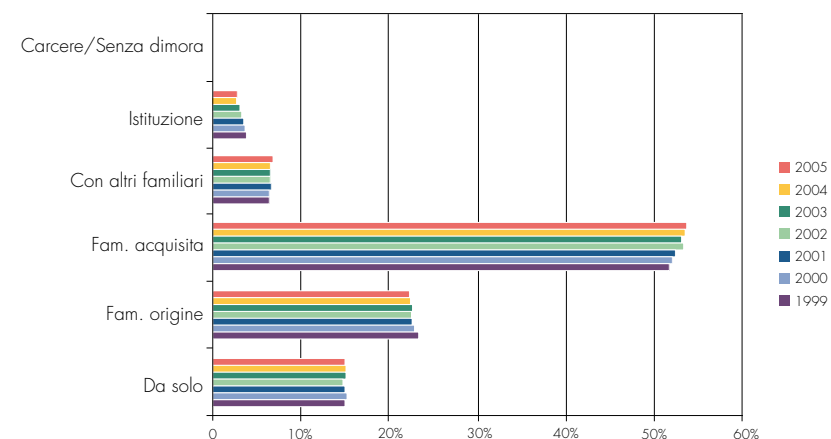


Figura 8 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per collocazione socio-ambientale - femmine (%).



La maggioranza dei maschi è celibe e vive nella famiglia di origine, mentre la maggioranza delle femmine è coniugata e vive con il partner. Tra il 1999 ed il 2005 non si osservano modificazioni sostanziali dello stato civile o della condizione socio-ambientale.

Per quanto riguarda la collocazione socio-ambientale (Figure 7 e 8), la maggioranza dei maschi vive nella famiglia di origine e la maggioranza delle femmine nella famiglia acquisita. Nei due sessi è simile la percentuale di coloro che vivono da soli e in istituzione: una persona su sei vive da sola e meno di una persona su venti vive in istituzioni, sia di carattere psichiatrico che non psichiatrico (ad esempio le Case di Riposo). È anche estremamente ridotta la quota di persone che vivono in carcere o sono senza fissa dimora (nel 2005 0.2% nei maschi, 0.1% nelle femmine). Anche nel caso della collocazione socio-ambientale non si osservano modificazioni sostanziali, se si eccettua una riduzione tra i maschi della percentuale di coloro che vivono nella famiglia di origine (dal 46% del 1999 al 43% del 2005) ed un parallelo aumento dei pazienti che vivono nella famiglia acquisita (dal 32% del 1999 al 34% del 2005).

Figura 9 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per scolarità - maschi (%).

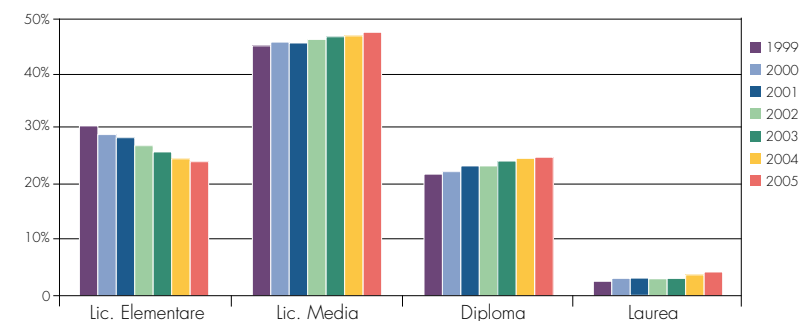
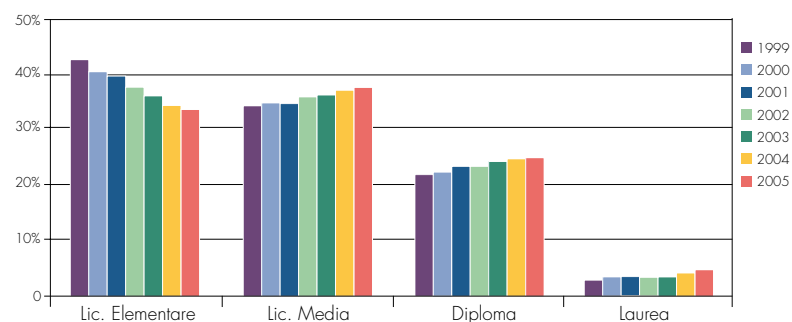


Figura 10 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per scolarità - femmine (%).



Il livello di scolarità e la percentuale di occupati è maggiore nei maschi rispetto alle femmine. In questi anni è aumentato tra gli utenti dei CPS sia il livello di scolarità che quello di occupazione, in particolare tra le utenti di sesso femminile.

Per quanto riguarda il titolo di studio (Figura 9 e 10), non si osservano differenze significative tra i due sessi nella percentuale di laureati - diplomati, mentre è maggiore la percentuale di maschi in possesso della licenza media e di femmine in possesso della licenza elementare. In termini percentuali, si osserva un incremento dei soggetti diplomati-laureati (nei maschi: dal 25% del 1999 al 29% del 2005; nelle femmine dal 25% del 1999 al 30% del 2005) e una riduzione, particolarmente netta nelle femmine, dei soggetti con una scolarità pari o inferiore alla licenza elementare (nei maschi: dal 30% del 1999 al 24% del 2005; nelle femmine dal 42% del 1999 al 33% del 2005).

La percentuale di occupati è costantemente maggiore nel sesso maschile. L'incremento maggiore nel numero di occupati si osserva tra le femmine (+67%) rispetto ai maschi (+51%), mentre in termini percentuali si osserva un incremento di circa cinque punti percentuali nella direzione di una maggiore percentuale di occupati tra i maschi (dal 46% del 1999 al 51% del 2005) e di ben sette punti tra le femmine (dal 35% del 1999 al 42% del 2005).

2.2 Diagnosi

TABELLA 1: PAZIENTI TRATTATI NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	3,0	3,5	4,1	4,5	4,4	3,6	3,8
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	2,9	3,2	3,7	3,6	2,7	2,5	2,5
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	25,8	27,4	28,9	29,3	30,1	30,1	31,6
F3 Sindromi affettive	21,0	24,7	28,1	29,4	30,0	30,0	32,2
F4 Sindromi nevrotiche	18,0	21,7	26,5	28,3	28,9	27,6	30,2
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	1,1	1,4	1,8	2,0	1,9	1,7	2,1
F6 Disturbi della personalità	9,3	10,3	11,6	11,7	11,4	11,0	11,6
F7 Ritardo mentale	3,6	3,7	4,0	4,1	3,8	3,6	3,9
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,5	0,8	1,1	1,3	1,3	1,1	1,0
Nessun disturbo psichiatrico	0,1	0,1	0,3	0,5	3,3	2,3	2,2

TABELLA 2: PAZIENTI TRATTATI NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	3,5%	3,7%	3,7%	3,9%	3,7%	3,2%	3,1%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	3,4%	3,3%	3,4%	3,2%	2,3%	2,2%	2,1%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	30,2%	28,2%	26,2%	25,5%	25,5%	26,5%	26,1%
F3 Sindromi affettive	24,6%	25,4%	25,5%	25,6%	25,4%	26,3%	26,6%
F4 Sindromi nevrotiche	21,1%	22,3%	24,0%	24,6%	24,5%	24,3%	24,9%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	1,3%	1,5%	1,6%	1,7%	1,6%	1,5%	1,7%
F6 Disturbi della personalità	10,8%	10,6%	10,5%	10,2%	9,6%	9,7%	9,5%
F7 Ritardo mentale	4,2%	3,8%	3,7%	3,5%	3,2%	3,2%	3,2%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,6%	0,9%	1,0%	1,2%	1,1%	1,0%	0,8%
Nessun disturbo psichiatrico	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%	2,8%	2,1%	1,8%

I disturbi nevrotici, quelli affettivi e la schizofrenia rappresentano complessivamente circa tre quarti dell'utenza, ma i primi due hanno mostrato un incremento molto superiore a quello dei disturbi schizofrenici.

Quattro diagnosi (schizofrenia, disturbi affettivi, nevrosi e disturbi di personalità) coprono da sole più dell'85% del totale: le prime tre ammontano a circa un quarto ciascuno dell'utenza, mentre i disturbi di personalità a circa un decimo. All'interno dei singoli anni il peso percentuale della schizofrenia va incontro ad una significativa riduzione, come pure quello dei disturbi di personalità; aumenta quello relativo ai disturbi nevrotici e affettivi. I tassi più elevati riguardano la schizofrenia, i disturbi affettivi e i disturbi nevrotici; presentano tassi minori i disturbi di personalità e i disturbi mentali organici. (Tabella 2). Le diagnosi che hanno registrato un incremento maggiore dell'incremento complessivo sono i disturbi nevrotici (+68%) e i disturbi affettivi (+53%), mentre hanno mostrato un incremento minore i tassi relativi ai disturbi schizofrenia (+22%) e ai disturbi di personalità (+25%).

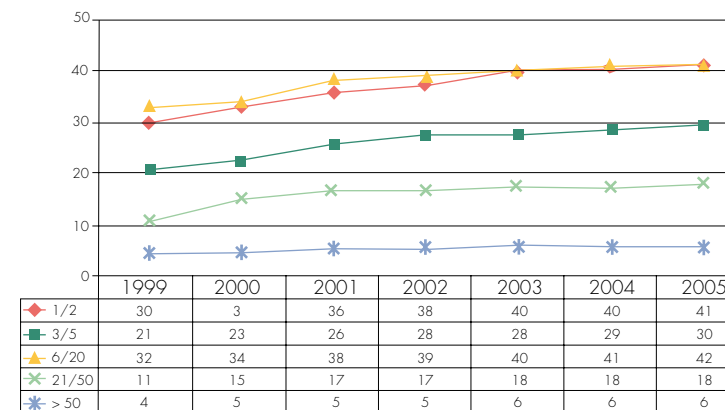
2.3 Pattern di trattamento

Il Centro Psicosociale è una struttura che eroga in genere pattern di trattamento non intensivi: solo un paziente su sei riceve più di venti interventi in un anno, mentre un terzo riceve solo uno - due contatti in un anno (Figura 11). Tale quadro rimane stabile negli anni in termini di peso percentuale, con incrementi ridotti dei pazienti nelle classi con meno di 6 interventi e in quella compresa tra 6 e 10. In termini di tassi per 10.000 (Figura 12), i pazienti con pattern di trattamento a bassa e medio-bassa intensità (1/2 contatti: +39%; 3/5 contatti: +43%; 6/20 contatti: +29%) o ad intensità elevata (>50 contatti: +27%) mostrano un incremento inferiore, mentre i pazienti i cui pattern sono di intensità medio-alta mostrano un incremento superiore (21/50 contatti: +68%).

Figura 11 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per numero di interventi nell'anno (%).



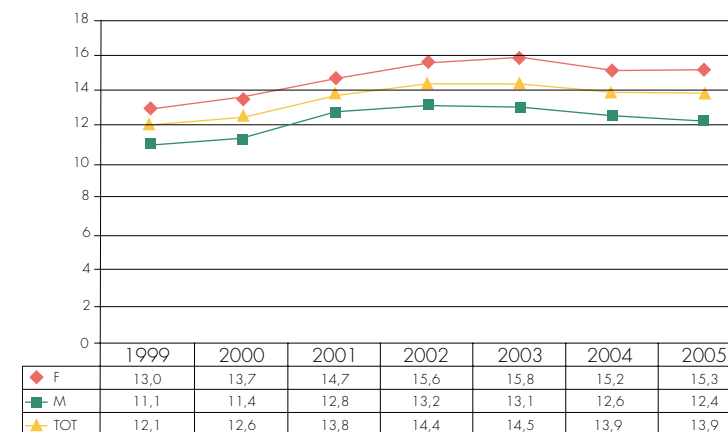
Figura 12 - Pazienti trattati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per numero di interventi nell'anno (tassi per 10.000).



Prevalgono pattern di trattamento non intensivi (un paziente su tre riceve solo uno-due contatti in un anno), senza modificazioni di rilievo nel periodo. L'incremento maggiore riguarda i pattern di trattamento di moderata intensità rispetto a quelli con intensità bassa o elevata.

2.4 Pazienti trattati al domicilio

Figura 13 - Pazienti trattati al domicilio nei Centri Psicosociali e Ambulatori per sesso (tassi per 10.000).



L'attività domiciliare ha mostrato un incremento modesto in questi anni, rivestendo un ruolo di minore centralità all'interno del Centro Psicosociale. Essa si rivolge prevalentemente a utenti di sesso femminile, meno giovani e affetti da disturbo schizofrenico.

L'attività domiciliare ha sempre rappresentato un elemento caratteristico dell'attività territoriale dei Centri Psicosociali e questo ne giustifica un'analisi specifica. Il tasso di pazienti con interventi domiciliari (Figura 13) è aumentato del 15%, con una crescita però nettamente inferiore a quella relativa al numero totale di pazienti trattati nei Centri Psicosociali (+36%). La percentuale di pazienti trattati al domicilio sul totale dei pazienti trattati ha subito una riduzione, passando dal 12.3% del 1999 al 10.4% del 2005. I pazienti con interventi domiciliari sono prevalentemente di sesso femminile (in media il 56% del totale, senza modificazioni negli anni) ed i tassi di incremento sono maggiori nelle femmine (+17%) rispetto ai maschi (+11%).

Figura 14 - Pazienti trattati al domicilio nei Centri Psicosociali e Ambulatori per età - maschi (tassi per 10.000).

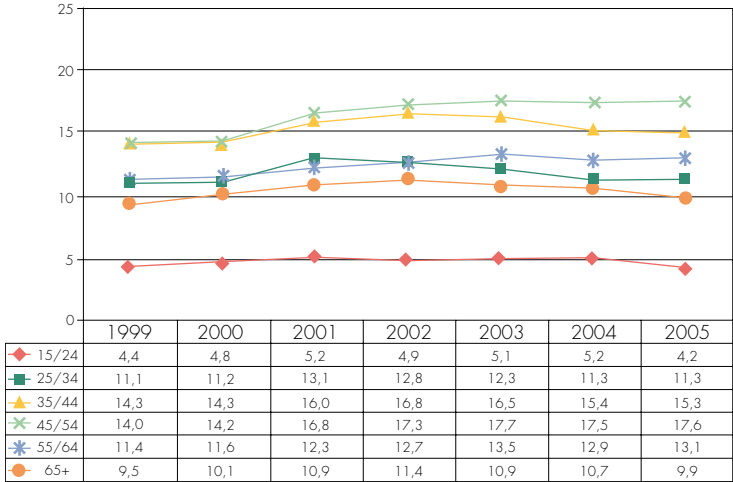
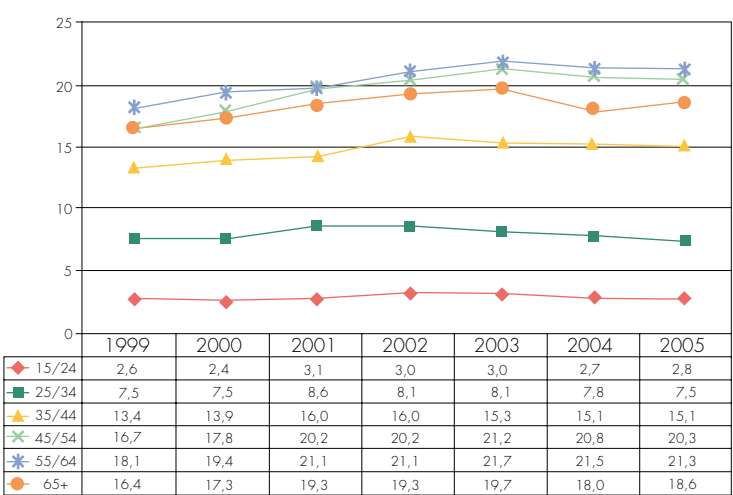


Figura 15 - Pazienti trattati al domicilio nei Centri Psicosociali e Ambulatori per età - femmine (tassi per 10.000).



Per quanto riguarda i pazienti trattati a domicilio, i tassi più elevati si trovano nei maschi nelle fasce di età centrali (35/44 e 45/54 anni) e nelle femmine nelle fasce al di sopra dei 45 anni; in ambedue i sessi sono le fasce di età più giovani al di sotto dei 35 anni a presentare i tassi minori (Figure 14 e 15). In ambedue i sessi la percentuale di soggetti al di sotto dei 45 anni si riduce in misura modesta (nelle femmine dal 30% del 1999 al 28% del 2005; nei maschi dal 50% del 1999 al 47% del 2005). L'età media dei soggetti in trattamento domiciliare è più elevata di quella del resto dell'utenza dei Centri Psicosociali (48 anni nei maschi, 55 nelle femmine).

TABELLA 3: PAZIENTI TRATTATI IN AMBITO DOMICILIARE NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	2,2%	2,5%	2,3%	2,3%	4,2%	3,4%	4,1%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	3,4%	3,5%	3,5%	3,3%	2,1%	2,2%	1,8%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	57,2%	55,9%	54,0%	52,2%	53,2%	53,6%	54,3%
F3 Sindromi affettive	17,3%	17,7%	17,4%	18,5%	17,7%	17,6%	17,3%
F4 Sindromi nevrotiche	5,6%	5,7%	6,8%	7,7%	7,4%	7,6%	7,8%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,4%	0,3%	0,4%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%
F6 Disturbi della personalità	9,1%	9,3%	10,2%	10,2%	10,0%	10,2%	10,0%
F7 Ritardo mentale	4,1%	4,1%	4,3%	3,9%	3,6%	3,4%	3,1%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,5%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,8%	0,6%
Nessun disturbo psichiatrico	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%

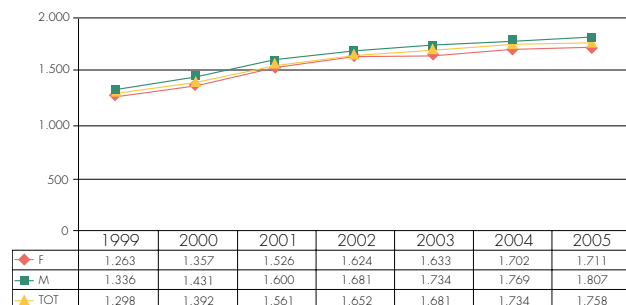
TABELLA 4: PAZIENTI TRATTATI IN AMBITO DOMICILIARE NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,2	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,5
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,4	0,4	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	6,5	6,8	7,3	7,3	7,4	7,1	7,3
F3 Sindromi affettive	2,0	2,2	2,3	2,6	2,5	2,3	2,3
F4 Sindromi nevrotiche	0,6	0,7	0,9	1,1	1,0	1,0	1,1
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F6 Disturbi della personalità	1,0	1,1	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3
F7 Ritardo mentale	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Nessun disturbo psichiatrico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0

Dal punto di vista diagnostico (Tabella 3), più della metà dei pazienti soffre di un disturbo schizofrenico, un sesto di disturbi affettivi e un decimo di disturbi di personalità. Anche in questo caso la percentuale di pazienti con disturbi schizofrenici tende a ridursi negli anni, mentre rimane stabile quella relativa ai pazienti con disturbi affettivi e subiscono incrementi modesti quelle relative ai disturbi di personalità e nevrotici. I tassi più elevati riguardano la schizofrenia e i disturbi affettivi; presentano invece tassi di gran lunga minori i disturbi di personalità e i disturbi nevrotici (Tabella 4).

3) INTERVENTI EROGATI

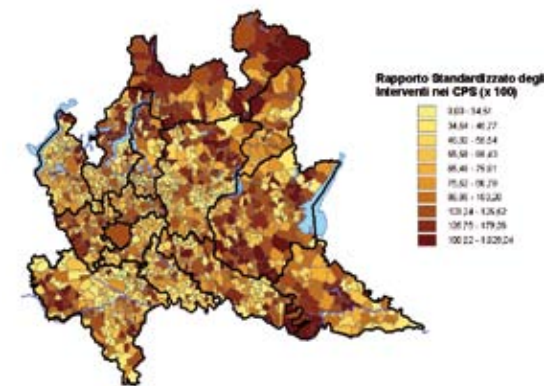
Figura 16 - Interventi erogati nei Centri Psicosociali e Ambulatori per sesso (tassi per 10.000).



L'attività complessiva dei CPS è aumentata nel periodo 1999-2005 di circa un terzo, senza differenze tra i due sessi e con valori più elevati nell'ASL di Sondrio e nelle aree orientali della Lombardia.

I tassi di interventi erogati nei Centri Psicosociali sono aumentati di un terzo (+35%) dal 1999 al 2005, senza differenze sostanziali nei due sessi. Per quanto riguarda i tassi standardizzati di interventi erogati dai Centri Psicosociali (Cartina 2), i valori più omogeneamente elevati sono evidenziati nelle aree delle ASL di Sondrio. Altre aree con tassi elevati, anche se in misura non così uniforme, sono la parte settentrionale dell'ASL di Bergamo, la ASL di Brescia, le zone meridionali al confine tra le ASL di Mantova e Cremona, la parte occidentale dell'ASL di Pavia, ASL Milano 2 ad occidente di Milano e la città di Milano.

Cartina 2 - Interventi erogati nei Centri Psicosociali e Ambulatori (rapporto standardizzato x 100).



3.1 Caratteristiche sociodemografiche

Figura 17 - Interventi nei Centri Psicosociali e Ambulatori per fasce di età nei maschi (tassi per 10.000).

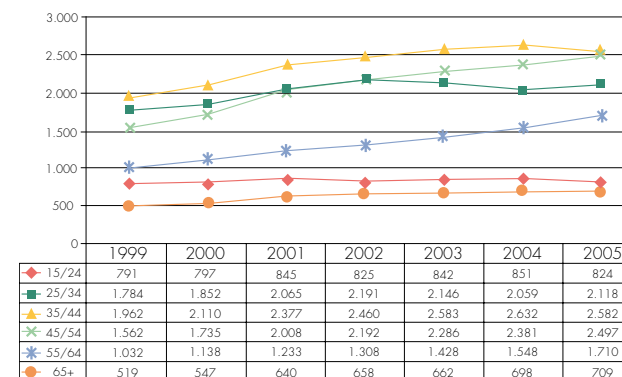
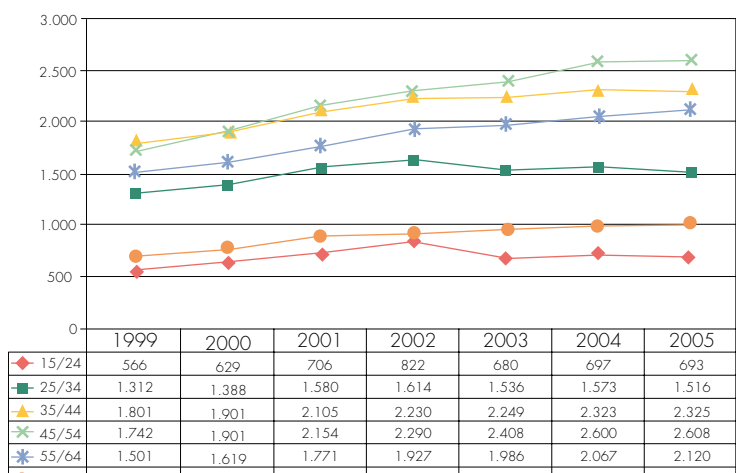


Figura 18 - Interventi nei Centri Psicosociali e Ambulatori per fasce di età nelle femmine (tassi per 10.000).



L'utenza di età compresa tra i 35/54 anni presenta tassi di utilizzo più elevati. La metà degli interventi è rivolta a persone con più di 44 anni e l'incremento maggiore riguarda proprio queste fasce di età.

Per quanto riguarda i tassi di interventi erogati, in ambedue i sessi le fasce di età centrali (35/44 anni e 45/54 anni) presentano i tassi più elevati, mentre le fasce estreme (sotto i 24 anni e sopra i 65 anni) i tassi minori. In ambedue i sessi a fronte di una riduzione o di un incremento minore di quello complessivo nelle fasce al di sotto dei 45 anni (15/24 anni: +4% nei maschi e +22% nelle femmine; 25/34 anni: +19% nei maschi e +16% nelle femmine; 35/44 anni +32% nei maschi e +29% nelle femmine), si osserva invece un maggiore incremento degli interventi erogati nelle fasce di età superiori ai 45 anni (45/54 anni: +60% nei maschi e +50% nelle femmine; 55/64 anni: +66% nei maschi e +41% nelle femmine; più di 65 anni: +36% nei maschi e +42% nelle femmine). La percentuale di interventi erogati nei confronti dei pazienti più giovani, di età inferiore ai 44 anni, dal 1999 al 2005 si riduce: nei maschi passa dal 63% del 1999 al 57% del 2005, mentre nelle femmine dal 48% del 1999 al 44% del 2005.

3.2 Diagnosi

TABELLA 5: INTERVENTI EROGATI NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%	1,5%	1,3%	1,5%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	2,1%	2,1%	2,0%	2,0%	1,9%	1,7%	1,8%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	51,0%	49,2%	47,7%	46,9%	47,3%	47,4%	47,3%
F3 Sindromi affettive	17,8%	18,5%	18,9%	19,0%	18,7%	19,5%	19,8%
F4 Sindromi nevrotiche	10,5%	11,2%	12,1%	12,6%	12,5%	12,2%	12,5%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%
F6 Disturbi della personalità	11,9%	12,1%	12,3%	12,4%	12,2%	12,2%	11,9%
F7 Ritardo mentale	3,5%	3,6%	3,6%	3,6%	3,4%	3,1%	2,6%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,6%	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	0,7%	0,6%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,5%	0,4%	0,4%

TABELLA 6: INTERVENTI EROGATI NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	16	17	20	22	25	21	25
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	26	29	31	32	30	29	30
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	628	663	726	754	768	782	801
F3 Sindromi affettive	219	249	288	305	304	322	335
F4 Sindromi nevrotiche	129	151	185	202	203	202	212
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	13	15	17	19	20	19	22
F6 Disturbi della personalità	147	163	187	199	198	202	202
F7 Ritardo mentale	44	49	55	58	55	51	44
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	2	2	3	3	3	3	4
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	8	9	10	12	11	11	11
Nessun disturbo psichiatrico	1	1	1	2	9	7	7

Anche se i disturbi schizofrenici assorbono metà dell'attività, il loro peso percentuale si è ridotto. I disturbi affettivi, di personalità e nevrotici mostrano invece percentuali di incremento maggiore in termini di attività erogata.

Gli interventi rivolti ai pazienti affetti da schizofrenia rappresentano costantemente circa la metà degli interventi erogati, quelli ai rivolti ai disturbi affettivi un quinto, mentre gli interventi rivolti ai pazienti con disturbi nevrotici e di personalità poco più di un decimo (Tabella 5). Tra il 1999 ed il 2005 il peso percentuale degli interventi erogati ai pazienti con disturbi schizofrenici si riduce, mentre aumenta quello relativo alle sindromi affettive, alle sindromi nevrotiche e ai disturbi di personalità. Gli interventi rivolti ai pazienti con disturbi affettivi (+58%), di personalità (+42%) e nevrotici (+61%) hanno subito un incremento maggiore di quello complessivo, mentre sono aumentati in misura inferiore quelli rivolti ai pazienti con schizofrenia (+28%) (Tabella 6).

3.3 Attività e tipi di intervento

TABELLA 7 : INTERVENTI EROGATI NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER TIPO DI INTERVENTO (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Visita colloquio (tutte le figure prof.)	50,1%	50,6%	49,6%	48,6%	48,0%	47,6%	47,3%
Somministrazione di farmaci	15,3%	15,1%	14,7%	13,8%	14,0%	15,2%	15,1%
Valutazione	0,6%	0,6%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Visita medico legale	0,6%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%
Psicoterapia individuale	6,0%	6,0%	6,0%	5,4%	5,3%	5,2%	5,0%
Psicoterapia della famiglia	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Presenze in gruppo di psicoterapia	0,6%	0,5%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%	0,7%
Colloquio con i familiari	4,6%	5,0%	5,3%	5,6%	5,9%	5,8%	6,1%
Intervento psicoeducativo	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%
Presenze in gruppo di familiari	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Riunioni sui casi interne alle UOP	3,8%	4,2%	4,3%	4,8%	5,0%	4,9%	5,0%
Riunioni con altre strutt.Sanitarie	2,2%	2,4%	2,4%	2,4%	2,5%	2,5%	2,4%
Riunioni con gruppi non istituzionali	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	0,6%
Intervento individuale sulle abilità di base, sociali, etc.	1,8%	1,9%	1,7%	1,7%	2,0%	2,2%	2,5%
Presenze in gruppo incentrato sulle abilità di base, sociali, etc.	1,1%	0,9%	1,0%	1,3%	1,0%	0,9%	0,9%
Intervento individuale di risocializzazione	2,2%	1,7%	1,7%	1,9%	2,1%	2,1%	2,2%
Presenze in gruppo di risocializzazione	3,1%	2,4%	3,1%	3,7%	3,2%	2,9%	3,1%

Presenze in gruppo di attività espressive	1,0%	1,1%	1,1%	1,3%	1,2%	1,1%	1,1%
Presenze in gruppo di attività corporea	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%
Inserimenti lavorativi	0,5%	0,5%	0,5%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%
Intervento di supporto alle attività quotidiane	1,4%	1,7%	2,0%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%
Intervento di supporto sociale	3,2%	3,0%	3,1%	3,1%	3,1%	3,3%	3,1%

La visita colloquio erogata dalle diverse figure professionali e la somministrazione di farmaci rappresentano gli interventi più frequenti. Le diverse tipologie di intervento riconoscono incrementi molto differenziati, senza che sia possibile evidenziare uno specifico trend.

L'intervento più utilizzato nei CPS è la visita colloquio erogata dalle diverse figure professionali, che rappresenta da sola circa la metà del totale (Tabella 7). Vista la prevalenza di questo intervento sulle altre tipologie di intervento e vista la eterogeneità della sua natura (a cui concorrono tutte le figure professionali) è stato scelto di scomporlo, rilevando separatamente le figure professionali che lo erogano. Nel 2005 il 60% delle visite colloquio è erogato dagli psichiatri, il 27% dagli infermieri (circa un terzo di questi interventi sono al domicilio del paziente), il 4% da assistenti sociali, il 6% da psicologi, il 2% da educatori e il restante 1% da altre figure professionali. Seguono in ordine di frequenza la somministrazione di farmaci, i colloqui con i familiari, la psicoterapia individuale e le riunioni interne alla UOP, gli interventi di supporto sociale e le presenze nei gruppi di risocializzazione. Gli altri interventi hanno valori inferiori al 3% del totale. Alcuni interventi (le psicoterapie familiari, le attività di valutazione, le visite medico legali) tra il 1999 e il 2005 si riducono. Altri vedono un incremento contenuto, compreso tra il 10% e il 20% (psicoterapia individuale, riunioni con gruppi non istituzionali, gruppo di familiari, presenze di gruppo sulle abilità di base) e tra il 20% ed il 40% (visite colloquio, somministrazione diretta di farmaci, intervento individuale di risocializzazione, supporto sociale e presenze nei gruppi di risocializzazione). Altri interventi infine riconoscono un incremento deciso, maggiore dell'incremento complessivo con valori compresi tra il 40%-70% (presenze nei gruppi di attività corporea, riunioni sui casi con altre strutture sanitarie, interventi individuali sulle abilità di base, presenze nei gruppi di attività espressive) o addirittura superiori al 70% (colloqui con i familiari, presenze nelle psicoterapie di gruppo, riunioni sui casi interne alla UOP, inserimenti lavorativi, interventi di supporto alle attività quotidiane, interventi psicoeducativi). Per quanto riguarda le visite colloquio erogate dalle diverse figure professionali, quelle erogate da assistenti sociali si riducono in termini assoluti rispetto al 1999 del 14%, quelle dei medici e degli infermieri mostrano un incremento pari a quello complessivo (rispettivamente +23% e +25%), mentre hanno un incremento maggiore le visite colloquio degli educatori (+30%), degli psicologi (+64%) e delle altre figure professionali (+100%).

TABELLA 8: PROFILI DI ATTIVITÀ DEI CENTRI PSICOSOCIALI E NEGLI AMBULATORI (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Attività psichiatrica	33%	33%	33%	32%	31%	31%	30%
Attività psicologica-psicoterapica	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
Attività infermieristica	28%	28%	27%	26%	26%	28%	28%
Attività rivolta alla famiglia	5%	5%	6%	6%	6%	6%	7%
Attività di coordinamento	6%	7%	7%	7%	8%	8%	8%
Attività di riabilitazione	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
Attività di risocializzazione	7%	6%	7%	8%	7%	7%	7%
Attività di supporto sociale	6%	6%	5%	5%	5%	5%	5%
Attività di supporto alla vita quotidiana	2%	2%	3%	3%	3%	3%	3%

TABELLA 9: PROFILI DI ATTIVITÀ DEI CENTRI PSICOSOCIALI E NEGLI AMBULATORI (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Attività psichiatrica	455	483	529	538	534	540	536
Attività psicologica-psicoterapica	128	137	152	153	156	162	156
Attività infermieristica	392	405	436	439	451	488	499
Attività rivolta alla famiglia	65	75	90	102	108	111	118
Attività di coordinamento	86	99	111	125	133	135	138
Attività di riabilitazione	50	52	57	66	69	71	77
Attività di risocializzazione	95	85	108	128	124	122	130
Attività di supporto sociale	82	80	84	86	88	90	88
Attività di supporto alla vita quotidiana	24	29	46	44	45	48	52

Circa il 40% dell'attività erogata dal Centro Psicosociale ha un profilo ambulatoriale, incentrato sulle visite erogate da parte di psicologi e psichiatri. Le attività che mostrano il maggiore incremento nel periodo 1999-2005 sono le attività di supporto alla vita quotidiana, quelle rivolte alla famiglia, le attività di coordinamento e quelle di riabilitazione - risocializzazione.

I profili di attività erogati più frequentemente dai Centri Psicosociali e dagli Ambulatori (Tabella 8) riguardano l'attività clinica degli psichiatri e l'attività erogata dagli infermieri, che rappresentano rispettivamente circa un terzo ed un quarto del totale. Seguono con valori compresi tra il 6% e il 9% l'attività psicologica - psicoterapica, l'attività di

coordinamento e l'attività di risocializzazione. L'attività rivolta alla famiglia, le attività di supporto sociale e alla vita quotidiana, l'attività di riabilitazione rientrano all'interno di un range compreso tra il 3% e il 6%. Non sorprende che le attività di riabilitazione e risocializzazione svolgano un ruolo tutto sommato secondario nei Centri Psicosociali (rappresentano poco più di un decimo dell'attività), in quanto nella rete dei servizi lombardi è prevalentemente il Centro Diurno a erogare tale attività.

Ragionando in termini di tassi di attività (Tabella 9), tra il 1999 e il 2005 alle attività di supporto alla vita quotidiana (+123%), all'attività rivolta alla famiglia (+89%), all'attività di coordinamento (+67%) e a quelle di riabilitazione (+61%) e risocializzazione (+42%) è da attribuire un netto incremento, superiore a quello complessivo. Le attività che invece si sono più radicate a partire dagli anni ottanta nell'operatività delle strutture territoriali (attività di supporto sociale, attività clinica psichiatrica, attività psicologica-psicoterapica e attività infermieristica) riconoscono un incremento inferiore o pari all'incremento complessivo (rispettivamente +11%, +22%, +27% e +32%).

3.4 Sede di intervento

Figura 19 - Interventi erogati per sede di intervento nei Centri Psicosociali e Ambulatori (tassi per 10.000).

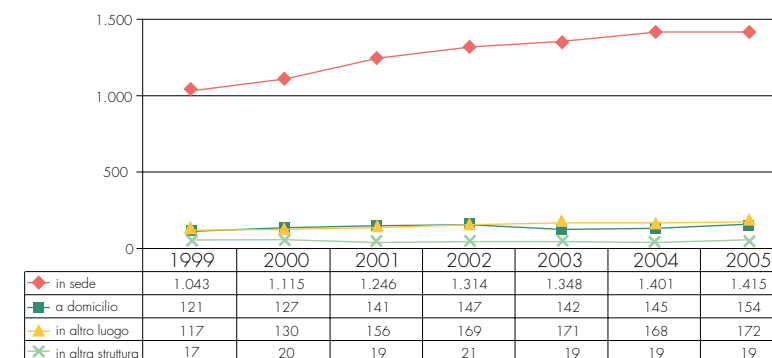
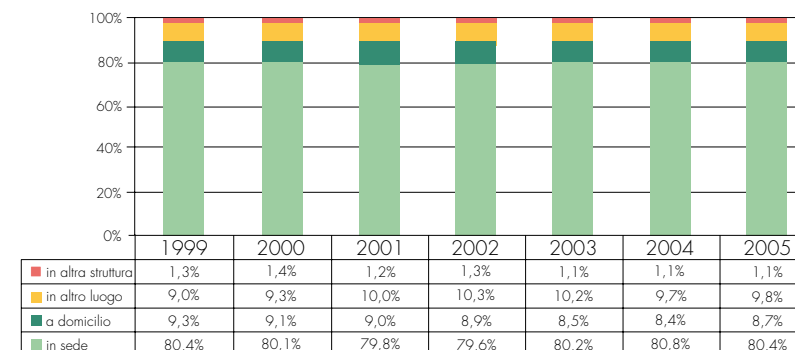


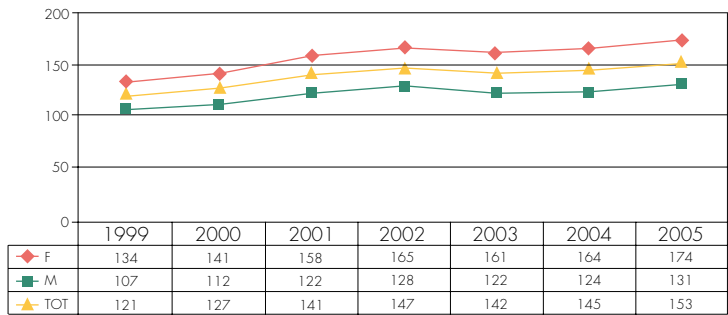
Figura 20 - Sede di intervento nei Centri Psicosociali e Ambulatori (%).



L'attività dei CPS è erogata prevalentemente in sede. Mentre l'attività in altro luogo cresce in misura significativa, quella domiciliare mostra incrementi modesti.

L'attività dei Centri Psicosociali e degli Ambulatori (Figura 19) viene erogata prevalentemente nella sede della struttura (otto interventi su dieci vengono erogati in sede). Gli interventi domiciliari e quelli in altro luogo rappresentano circa un decimo del totale, mentre è trascurabile la quota relativa agli interventi erogati in altre strutture sanitarie (sia altre strutture del DSM che l'Ospedale Generale). In termini di peso percentuale, le attività in sede non subiscono modificazioni significative, come pure quelle erogate in altre strutture, mentre si riducono in misura limitata quelle a domicilio ed aumentano quelle erogate in altro luogo. Solo i tassi degli interventi erogati in altro luogo aumentano in misura maggiore dell'incremento complessivo (+48%), gli interventi in sede hanno un incremento pari a quello complessivo (+36%), gli interventi al domicilio ed in altra struttura (Ospedale Generale e altre strutture della Unità Operativa di Psichiatria) mostrano un incremento minore (figura 20).

Figura 21 - Interventi erogati al domicilio nei Centri Psicosociali e Ambulatori per sesso (tassi per 10.000).



I tassi relativi agli interventi domiciliari sono costantemente maggiori nelle femmine con un rapporto pari a 1,2 - 1,3 interventi al domicilio rivolti a pazienti di sesso femminile, per ogni intervento rivolto a pazienti di sesso maschile (Figura 21). Anche l'incremento è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi (30% contro 22%).

Figura 22 - Interventi erogati al domicilio nei Centri Psicosociali e Ambulatori per età - maschi (tassi per 10.000).

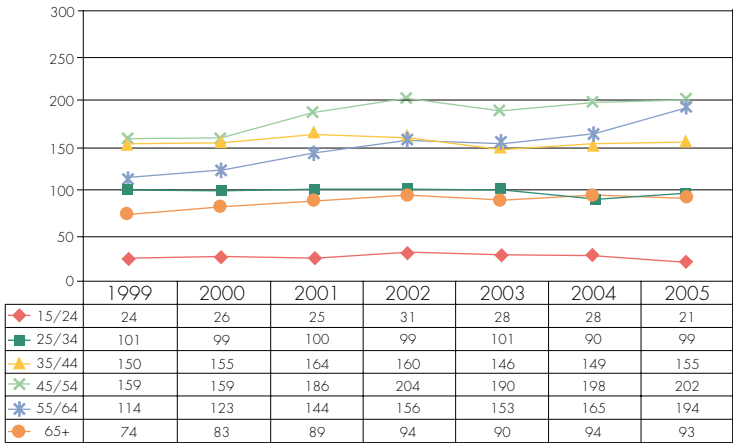
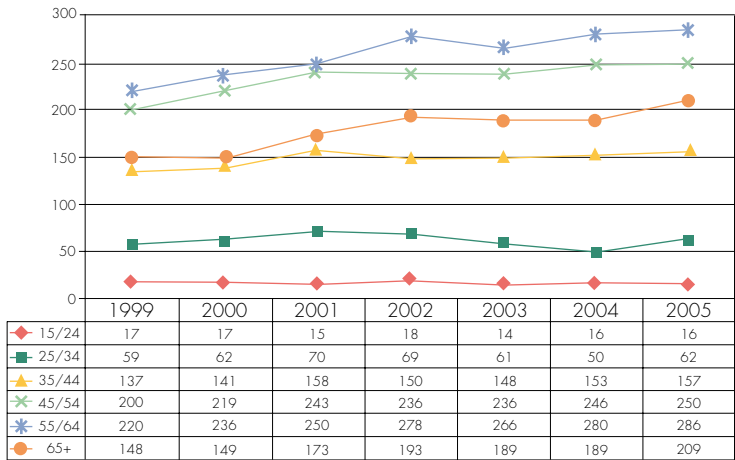


Figura 23 - Interventi erogati al domicilio nei Centri Psicosociali e Ambulatori per età - femmine (tassi per 10.000).



Tassi elevati di interventi domiciliari sono rivolti alle persone di sesso femminile, a quelle con più di 45 anni e a quelle affette da disturbo schizofrenico.

I tassi più elevati li troviamo tra i maschi nelle fasce di età 45/54 e 55/64 anni e tra le femmine nelle fasce di età al di sopra dei 45 anni (Figure 22 e 23). Un incremento superiore a quello complessivo si osserva nelle femmine solo nella fascia superiore ai 65 anni e nei maschi nelle fasce di età superiori ai 45 anni. In ambedue i sessi le fasce al di sotto dei 24 anni mostrano un decremento maggiore nei maschi (-14%) rispetto alle femmine (-3%).

TABELLA 10: INTERVENTI EROGATI A DOMICILIO NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,2%	1,6%	1,6%	1,6%	2,0%	1,4%	1,9%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	2,0%	2,1%	2,0%	2,5%	1,7%	1,4%	1,4%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	68,3%	67,6%	66,8%	64,6%	66,1%	68,0%	66,8%
F3 Sindromi affettive	14,0%	14,3%	14,7%	15,0%	14,3%	13,8%	14,4%
F4 Sindromi nevrotiche	3,4%	3,4%	3,6%	4,1%	4,0%	3,8%	3,9%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%
F6 Disturbi della personalità	6,5%	6,2%	6,6%	7,4%	7,1%	7,2%	7,7%
F7 Ritardo mentale	3,7%	3,6%	3,8%	3,9%	3,7%	3,3%	2,7%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,4%	0,6%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,7%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%

TABELLA 11: INTERVENTI EROGATI A DOMICILIO NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1	2	2	2	3	2	3
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	2	3	3	4	2	2	2
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	80	85	93	94	93	96	99
F3 Sindromi affettive	16	18	21	22	20	20	21
F4 Sindromi nevrotiche	4	4	5	6	6	5	6
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0	0	0	0	0	0	0
F6 Disturbi della personalità	8	8	9	11	10	10	11
F7 Ritardo mentale	4	5	5	6	5	5	4
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0	0	0	0	0	0	0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0	1	1	1	1	1	1
Nessun disturbo psichiatrico	0	0	0	0	0	0	0

La composizione diagnostica dell'attività domiciliare non è mutata sostanzialmente negli anni: gli interventi rivolti ai pazienti con schizofrenia rappresentano circa i due terzi degli interventi, mentre gli interventi rivolti ai pazienti con disturbi affettivi un settimo del totale (Tabelle 10 e 11).

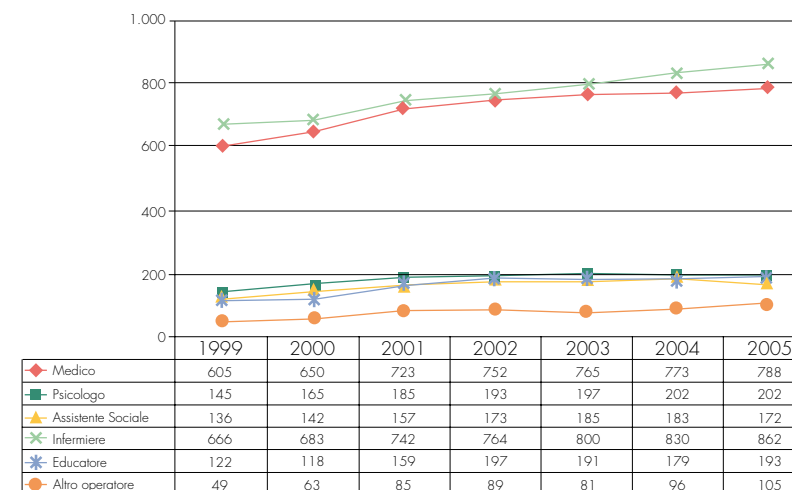
3.5 Operatori

TABELLA 12: INTERVENTI EROGATI NEI CENTRI PSICOSOCIALI - AMBULATORI PER FIGURA PROFESSIONALE (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Medico	35%	36%	35%	35%	34%	34%	34%
Psicologo	8%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
Assistente sociale	8%	9%	9%	9%	9%	9%	9%
Infermiere	39%	38%	36%	35%	36%	37%	37%
Educatore	7%	6%	8%	9%	9%	8%	8%
Altro operatore	3%	3%	4%	4%	4%	4%	5%

La maggioranza degli interventi erogati nei Centri Psicosociali e Ambulatori è opera degli infermieri e dei medici, mentre circa un terzo del personale psicosociale (psicologo, assistente sociale, educatore, altro operatore) (Tabella 12).

Figura 24 - Interventi erogati dalle diverse figure professionali nei Centri Psicosociali e Ambulatori (tassi 10.000).



Sette interventi su dieci nei Centri Psicosociali sono opera di medici e infermieri, mentre il ruolo della componente psicosociale è minore.

I tassi di interventi erogati da medici e da infermieri sono di quattro volte superiori a quelli erogati da altre figure professionali (Figura 24). Mentre medici, infermieri e assistenti sociali aumentano la loro attività in misura inferiore all'incremento complessivo (rispettivamente +30%, +29% e +27%), l'incremento relativo a psicologi (+39%), educatori (+59%) e personale appartenente ad altre figure professionali (+113%) è maggiore.

4) OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

I Centri Psicosociali hanno rappresentato insieme con gli SPDC le prime strutture attivate nel corso degli anni '80 e la loro espansione è avvenuta in modo relativamente omogeneo nel territorio regionale. La rete è stata completata già alla fine degli anni '80, per cui non è ragionevole aspettarsi nell'ultimo decennio significative modificazioni di carattere strutturale; l'unica novità è data dall'incremento della attività dei poli ambulatori, che è quasi raddoppiata. Il peso dei Centri Psicosociali in termini di valorizzazione, pur aumentando in termini assoluti, è diminuito in termini percentuali, a fronte del rapido incremento delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali.

I Centri Psicosociali hanno visto in questi anni aumentare di più di un terzo la loro utenza: la crescita è stata più vivace tra il 1999 ed il 2001, mentre negli anni successivi i tassi si sono stabilizzati. Essi rappresentano le strutture con maggiore accessibilità nella rete dei servizi di salute mentale, in quanto nove pazienti su dieci, tra quelli in trattamento nelle Unità Operative di Psichiatria, ha avuto almeno un contatto con i Centri Psicosociali.

L'utenza è prevalentemente femminile ed è diventata negli anni più anziana. Le fasce di età più giovani sono meno rappresentate e presentano minori percentuali di incremento in termini sia di utenti trattati che di interventi erogati. Non si osservano modifiche significative dello stato civile e della collocazione socio-ambientale dei pazienti, con l'eccezione di un maggiore accesso negli ultimi anni di utenti di sesso maschile che vivono con il partner. Sia il livello di scolarità (espresso in termini di numero di utenti diplomati-laureati), che la percentuale di occupati tra i soggetti in età lavorativa, crescono in ambedue i sessi e in particolare tra le donne. L'utenza sembra quindi esser diventata negli anni più anziana, più istruita ed occupata, più frequentemente inserita in un contesto coniugale o di convivenza. Sono cambiate in modo ancora più netto le caratteristiche diagnostiche dei pazienti: l'incremento maggiore in termini di casi trattati ha riguardato i disturbi affettivi e quelli nevrotici, mentre il peso percentuale dei pazienti con disturbi schizofrenici e di personalità è diminuito. I Centri Psicosociali sono così diventati più accessibili alle patologie più diffuse nella popolazione e non solo ai disturbi mentali gravi. Se analizziamo l'attività, circa la metà degli interventi si rivolge ancora ai pazienti con disturbi schizofrenici, ma anche in questo caso nel corso degli anni il peso percentuale della schizofrenia si è ridotto a fronte dell'incremento degli

interventi erogati nei confronti dei disturbi affettivi e nevrotici.

I pattern di trattamento non si sono invece sostanzialmente modificati: nel 1999, come sette anni dopo, la metà dei pazienti ha meno di 5 contatti in un anno. La stabilità dei pattern di trattamento a fronte di modificazioni dell'utenza sia in termini di diagnosi che di tassi di utenti trattati suggeriscono una difficoltà da parte degli operatori a cambiare il proprio stile di lavoro in risposta ai cambiamenti dell'utenza. Se osserviamo più da vicino i pattern di trattamento, vediamo che l'incremento maggiore nei sette anni non è relativo al gruppo di pazienti con un numero minore di contatti, ma riguarda i pazienti con più di venti contatti nell'anno. Il Centro Psicosociale sembra avere ridotto il proprio turn over a favore di una maggiore intensità di trattamento, che riguarda però meno di un quinto dei pazienti.

Complessivamente i Centri Psicosociali hanno visto crescere la loro efficienza, in quanto nel periodo dal 1999 al 2005 hanno aumentato la loro attività del 35% a fronte di un incremento di personale del 10%. E anche se questo incremento di attività può esser spiegato in parte con una più attenta rilevazione degli interventi, è indubbio che una parte significativa è legata ad un aumento di produttività.

Ancora oggi, su dieci interventi erogati nei Centri Psicosociali, sei sono relativi all'attività clinica degli psichiatri e all'attività infermieristica (colloquio dell'infermiere in sede o più spesso al domicilio, somministrazione di farmaci), mentre quattro hanno un chiaro profilo psicosociale. Le attività che si sono sviluppate in misura maggiore sono quelle rivolte alla famiglia e le attività di coordinamento. Sette interventi su dieci sono erogati da medici e infermieri, con un incremento che è maggiore per il personale psicosociale rispetto a quello sanitario. Il Centro Psicosociale rimane una struttura più orientata sul versante clinico, ma in cui le attività di carattere psicosociale, seppure con lentezza, acquistano un peso sempre maggiore.

Otto interventi su dieci vengono erogati nella sede del Centro Psicosociale ed è proprio questa attività, insieme con quella erogata in altro luogo (diverso dal domicilio del paziente), a mostrare il maggiore incremento. L'attività domiciliare sembra invece riconoscere una parziale crisi. Essa interessa circa un decimo del totale dei pazienti trattati e degli interventi erogati, con un incremento ridotto sia in termini di pazienti che di interventi. È indirizzata prevalentemente a persone di età media o ad anziani e nella metà dei casi gli interventi si rivolgono a persone con disturbi schizofrenici.

I Centri Psicosociali dovrebbero anche essere titolari della riabilitazione psicosociale nel territorio nei pazienti che non necessitano di un trattamento semiresidenziale, erogato nei Centri Diurni. Ma queste attività sono oggi poco sviluppate all'interno dei Centri Psicosociali: solo un intervento su venti ha carattere riabilitativo. L'attuale

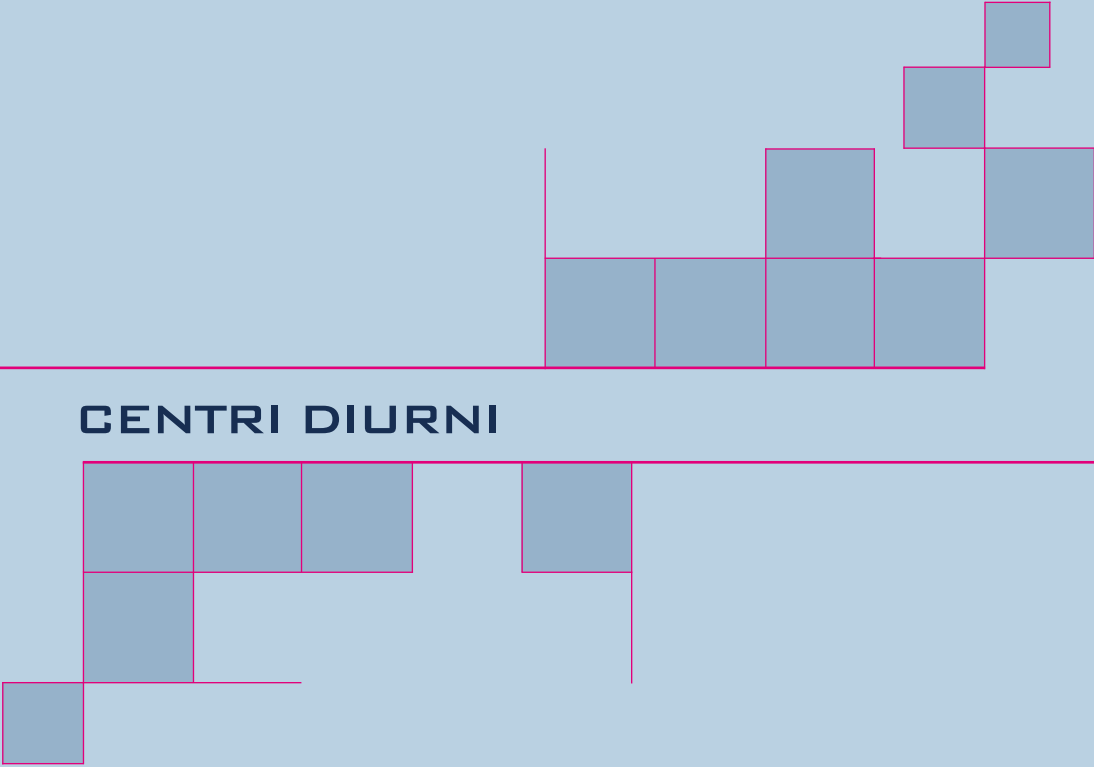
strutturazione dell'offerta sembra quindi indicare una minore capacità delle rete regionale dei servizi di rispondere ai bisogni di persone con disturbi mentali gravi, la cui attività riabilitativa può essere svolta al di fuori della semiresidenzialità e all'interno del contesto comunitario.

Il ritratto del Centro Psicosociale, tratteggiato in queste pagine, evidenzia sia punti di forza che criticità. È una struttura che rappresenta la porta di accesso alle Unità Operative, ma che al tempo stesso nonostante la pressione di un'utenza sempre maggiore non sembra essere così elastica da modificare i suoi pattern di trattamento. Si rivolge a utenti con un profilo sociodemografico che richiama quello della popolazione generale, ma sembra meno in grado di attrarre le persone giovani con disturbi psichici. Mantiene un profilo di attività ancora incentrato sul versante ambulatoriale, ma in cui la quota di interventi di carattere psicosociale sta aumentando. Emblematica di questo chiaroscuro è l'attività domiciliare che sembra da un lato essere relegata in secondo piano nella scala delle priorità organizzative di queste strutture, quasi fosse circoscritta a utenti con problemi cronici, e dall'altro contiene al suo interno potenziali elementi di innovazione, per esempio per quanto riguarda l'implementazione di interventi psicoeducativi o di programmi di intervento precoce nelle psicosi.

Le modalità operative sviluppate negli ultimi 30 anni sono entrate in crisi ed i Centri Psicosociali si trovano di fronte ad un bivio. Da un lato può essere accelerata la loro trasformazione in strutture in cui è nettamente prevalente la componente ambulatoriale, sia pure in forme maggiormente diversificate rispetto all'ambulatorio psichiatrico, dall'altro può essere scelta la strada dell'innovazione, legata a nuove tipologie di intervento psicosociale e guidata da forme di governo clinico. Questa scelta, critica per lo sviluppo del sistema regionale di salute mentale, è condizionata non solo dalle risorse che verranno investite in queste strutture, ma anche dalla cultura e dalla capacità innovativa degli operatori che vi lavorano.



CENTRI DIURNI



CENTRI DIURNI

1) STRUTTURE, PERSONALE E VALORIZZAZIONE

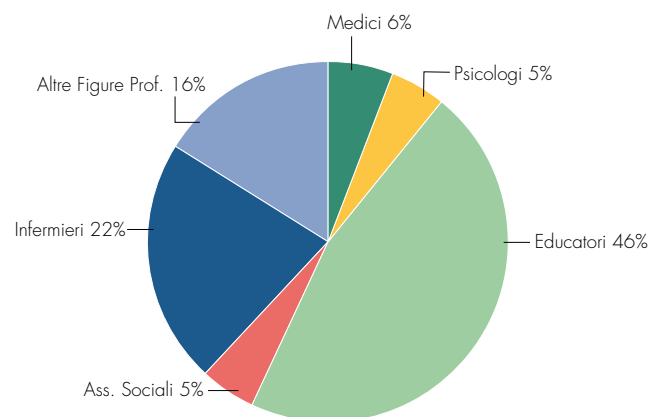
Il Centro Diurno è la struttura dove si attuano in regime semiresidenziale, per almeno otto ore al giorno e cinque giorni alla settimana, programmi terapeutico-riabilitativi ed attività di risocializzazione intese al recupero delle abilità personali e sociali del paziente. Tali attività vengono attuate sviluppando l'integrazione con le risorse della comunità nel territorio.

Alla fine degli anni '90 più dell'80% dei Centri Diurni previsti dal Progetto Obiettivo era stato attivato: nel 1999 erano presenti sul territorio lombardo 65 strutture per complessivi 901 posti (1.13 posti per 10.000). Dopo sette anni, il numero di Centri Diurni è ancora aumentato e si è diversificata l'offerta, con l'entrata di nuovi erogatori privati accreditati (anche se in misura nettamente inferiore all'area residenziale). Nel 2005 i Centri Diurni erano 93 con complessivi 1.535 posti per attività semiresidenziali (1.8 per 10.000), con un incremento del numero di strutture del 43% e del numero di posti in semiresidenzialità del 70%. Di questi 74 erano strutture pubbliche con 1.257 posti per attività semiresidenziali, mentre 19 strutture private accreditate con 278 posti per attività semiresidenziali.

Aumentano anche le ore di apertura settimanali erogate dai Centri Diurni, che passano da 2.332 (2,9 per 10.000) nel 1999 a 3.881 (4,8 per 10.000) nel 2005, con un incremento del 70%.

I Centri Diurni hanno vissuto un periodo di grande sviluppo tra il 1999 ed il 2005. Grazie all'entrata di nuovi erogatori privati accreditati il numero di posti semiresidenziali è cresciuto del 70%.

Figura 1 - Ore annuali di lavoro erogate nel 2005 nei Centri Diurni per figura professionale.



Più di due terzi del personale ha un profilo psicosociale. Le ore di lavoro sono cresciute del 70%, mentre la valorizzazione operata dalla Regione è aumentata del 78%.

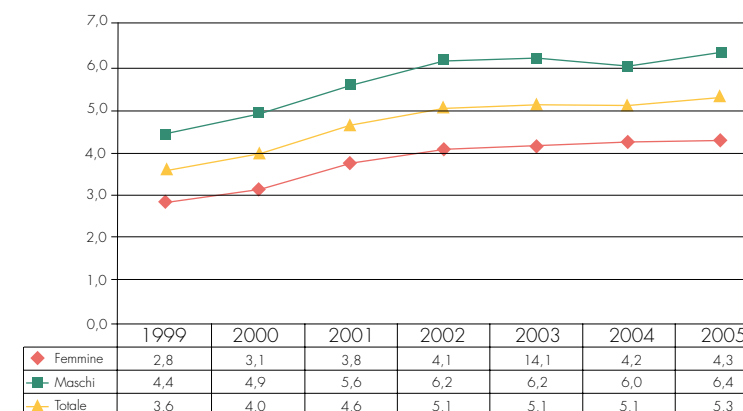
Le ore di lavoro erogate da tutte le figure professionali a livello di Centri Diurni sono cresciute del 70 % (da 368.890 nel 1999 a 628.070 nel 2005). Il lavoro in queste strutture è incentrato sul personale psicosociale (soprattutto educatori, ma anche psicologi e assistenti sociali), mentre hanno minore peso le figure infermieristiche e mediche (Figura 1).

Per quanto riguarda i Centri Diurni, la valorizzazione operata dalla Regione Lombardia sull'attività erogata da queste strutture ha registrato un aumento della spesa nel periodo pari al 78% (da 15.622.666 euro nel 2000 a 27.731.714 euro nel 2005). Il peso percentuale dei CD nel quadro della spesa generale è aumentato, seppur in misura limitata (dal 9% del 2000 al 10% nel 2005).

2) PAZIENTI TRATTATI

2.1 Caratteristiche socio-demografiche

Figura 2 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per sesso (tassi per 10.000).



L'incremento in termini di pazienti trattati è stato considerevole dal 1999 al 2005, anche se il loro numero rimane complessivamente modesto (meno di un paziente su venti tra quelli in carico ai DSM ha contatti con i Centri Diurni). L'utenza, diversamente dai CPS, è prevalentemente di sesso maschile, anche se l'incremento relativo alle pazienti di sesso femminile è maggiore. I tassi più elevati di pazienti in trattamento sono rilevati nelle ASL di Sondrio e di Mantova.

In risposta all'incremento dell'offerta, il numero di pazienti trattati dai Centri Diurni dal 1999 al 2005 è aumentato in misura considerevole (+47%), mostrando inizialmente una rapida ascesa e successivamente una stabilizzazione dei tassi a partire dal 2002 (Figura 2). Mediamente meno del 4% dei pazienti che compongono la prevalenza ha frequentato almeno una volta nell'anno i Centri Diurni. I pazienti di sesso maschile hanno tassi costantemente superiori a quelli delle pazienti di sesso femminile, con un rapporto M/F mediamente pari a 1,5 e con percentuali di incremento maggiori nelle femmine (+51%) rispetto ai maschi (+44%). Per quanto riguarda i tassi standardizzati di pazienti in contatto con i Centri Diurni (Cartina 1), i valori più elevati sono evidenziati nelle fasce meridionali di Regione ed in particolare nelle ASL di Mantova. Altre aree con tassi elevati, anche se in misura non così uniforme, sono le aree centrali della ASL di Sondrio, la parte meridionale dell'ASL di Bergamo, l'ASL di Lodi, la parte meridionale dell'ASL di Pavia e alcune aree dell'ASL di Como.

Cartina 1 - Pazienti trattati nei Centri Diurni (rapporto standardizzato x 100).

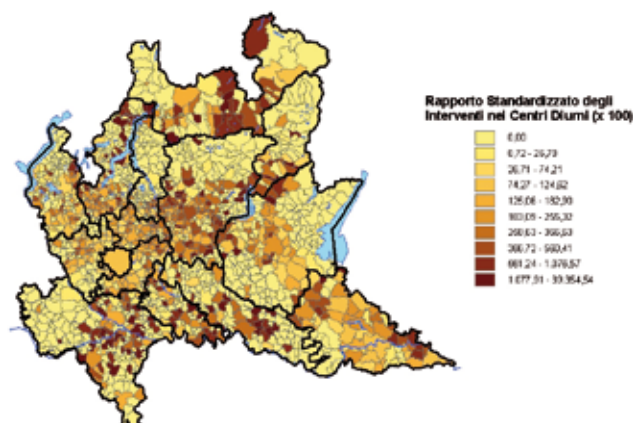


Figura 3 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per età - maschi (tassi per 10.000).

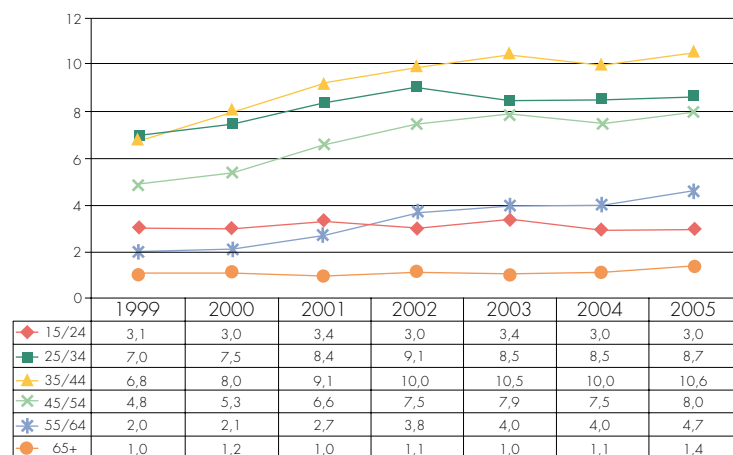
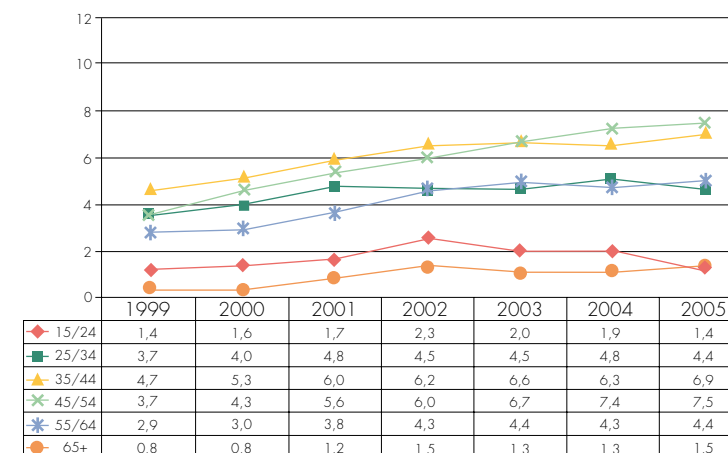


Figura 4 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per età - femmine (tassi per 10.000).



I tassi più elevati si ritrovano tra i maschi nelle fasce 25/44 e nelle femmine nelle fasce 35/54. Complessivamente l'utenza dei Centri Diurni sta invecchiando: la percentuale di pazienti più giovani con meno di 45 anni si riduce nel periodo in ambedue i sessi.

In ambedue i sessi i tassi più elevati si ritrovano nelle fasce di età centrali, mentre le due fasce estreme (15/24 e >65 anni) presentano i tassi minori (Figure 3 e 4). I tassi più elevati sono rilevati tra i maschi nelle fasce 25/34 e 35/44 e tra le femmine all'interno delle fasce 35/44 e 45/54 anni. L'incremento maggiore si osserva nelle femmine al di sopra dei 45 anni (45/54 anni +103%; 55/64 anni +53%; >64 anni +72%) e nei maschi nelle fasce di età centrali (35/44 anni + 56%; 45/54 anni +66%; 55/64 anni +130%). In ambedue i sessi i pazienti con meno di 45 anni si riducono (nei maschi dal 71% nel 1999 al 65% nel 2005, nelle femmine dal 58% nel 1999 al 50% nel 2005).

Figura 5 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per stato civile - maschi (%).

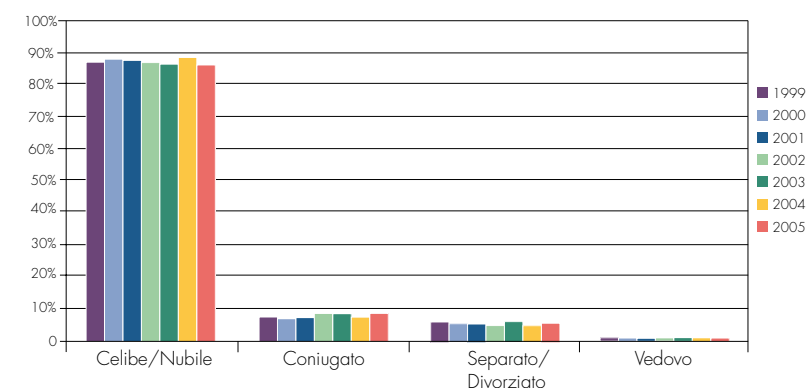
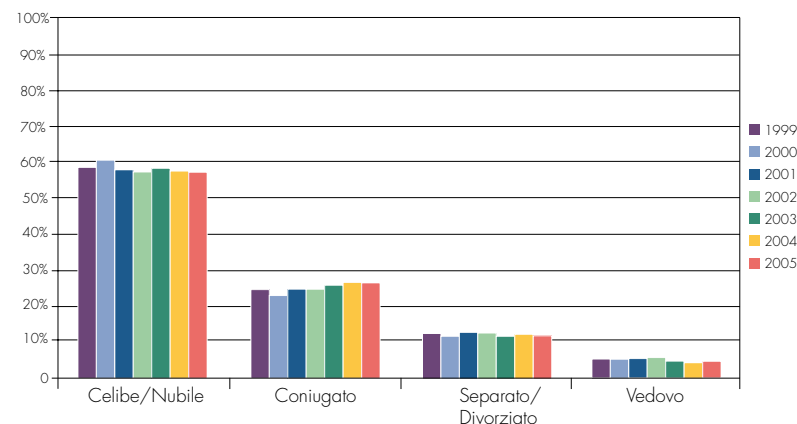


Figura 6 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per stato civile - femmine (%).



Lo stato civile dei pazienti trattati nei Centri Diurni è differenziato nei due sessi e non è soggetto a modificazioni sostanziali nel periodo: nei maschi in media l'87% dei pazienti è celibe e il 7% è coniugato, nelle femmine il 58% delle pazienti è nubile e il 25% coniugato (Figure 5 e 6). Rispetto al campione complessivo dei pazienti trattati in Lombardia (prevalenza) tra gli utenti dei Centri Diurni è maggiore la percentuale di soggetti celibi/nubili (nei maschi in media il 87% contro il 58% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 58% contro il 32% dei casi prevalenti), mentre è minore quella dei coniugati (nei maschi in media il 7% contro il 33% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 25% contro il 48% dei casi prevalenti). La percentuale di separati-divorziati è maggiore nelle femmine (nei maschi in media il 5% contro il 6% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 12% contro il 9% dei casi prevalenti).

Figura 7 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per collocazione socioambientale - maschi (%).

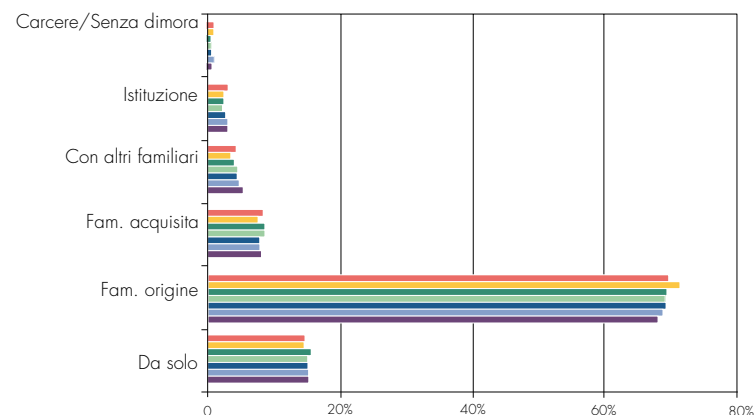
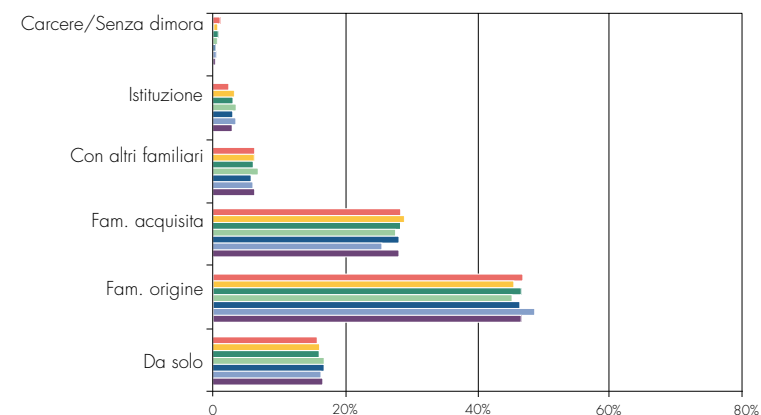


Figura 8 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per collocazione socioambientale - femmine (%).



Nove maschi su dieci sono celibi e sei femmine su dieci sono nubili. In maniera analoga due terzi dei maschi e più della metà delle femmine vive nella famiglia di origine. Questi dati non sono soggetti a modificazioni sostanziali nel periodo e riflettono la maggiore disabilità dell'utenza trattata nei Centri Diurni.

Anche nel caso della collocazione socio-ambientale non si osservano modificazioni sostanziali nel periodo (Figure 7 e 8). La maggioranza degli utenti dei Centri Diurni vive nella famiglia di origine, anche se con percentuali diverse nei due sessi (nei maschi in media il 69% contro il 43% dei casi prevalenti; nelle femmine il 47% delle femmine contro il 22% dei casi prevalenti). Vivono in una famiglia acquisita un quarto delle pazienti di sesso femminile (in media il 28% contro il 52% dei casi prevalenti) e meno di un decimo di quelli di sesso maschile (in media l'8% contro il 34% dei casi prevalenti); un sesto dei maschi e delle femmine vive da solo (in media nei maschi il 15% contro il 14% dei casi prevalenti; nelle femmine il 16% contro il 15% dei casi prevalenti). In ambedue i sessi è estremamente ridotta (0.7%) la quota di persone che vivono in carcere o sono senza fissa dimora, mentre solo il 3% dei maschi e delle femmine vive in istituzioni, sia di carattere psichiatrico che non psichiatrico come le Case di Riposo.

Figura 9 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per scolarità - maschi (%).

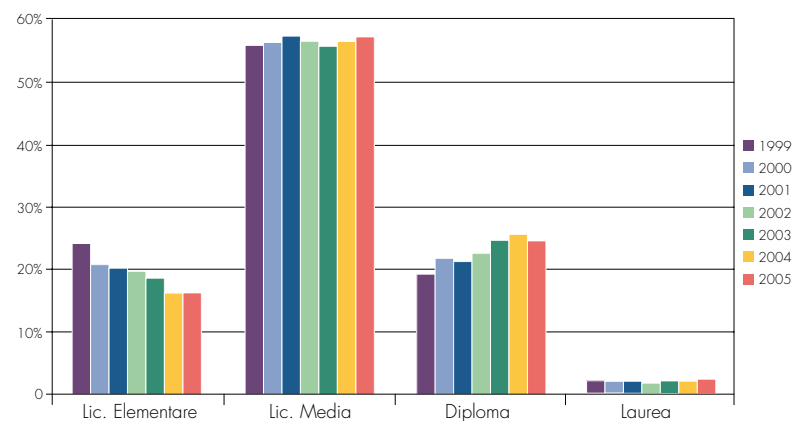
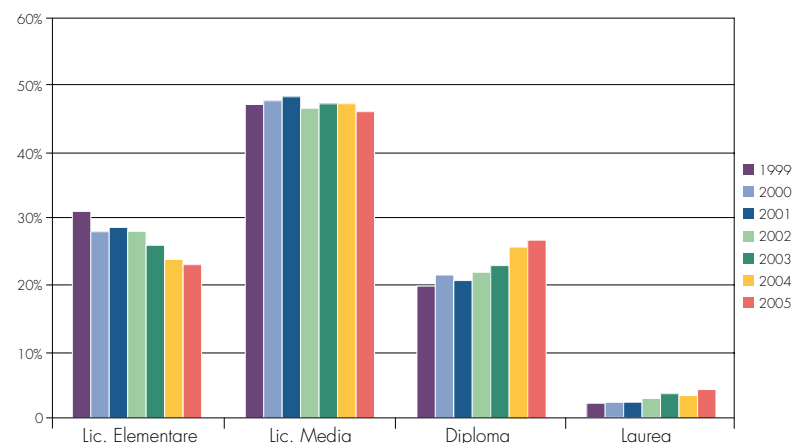


Figura 10 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per scolarità - femmine (%).



Solo un quarto dell'utenza del Centro Diurno è diplomato-laureato, anche se si osserva negli anni una netta riduzione dei soggetti con scolarità bassa. La quasi totalità degli utenti non svolge alcuna attività lavorativa.

Per quanto riguarda il titolo di studio, non si osservano differenze significative tra i due sessi e rispetto ai casi prevalenti, nella percentuale di laureati - diplomati (nei maschi in media il 25% contro il 27% della prevalenza; nelle femmine il 26% contro il 27% della prevalenza). È invece maggiore nei Centri Diurni la percentuale di soggetti in possesso della licenza media (in media nei maschi il 56% contro il 46% della prevalenza; nelle femmine il 47% contro il 35% della prevalenza), mentre è minore la percentuale di soggetti con licenza elementare (in media nei maschi il 19% contro il 27% dei casi prevalenti; nelle femmine il 27% contro il 37% dei casi prevalenti) (Figure 9 e 10).

La percentuale di soggetti laureati - diplomati aumenta in modo simile nei due sessi (nei maschi dal 20% del 1999 al 27% del 2005; nelle femmine dal 22% del 1999 al 31% del 2005), mentre si osserva una riduzione di sette punti percentuali nei maschi e di otto nelle femmine nella percentuale di soggetti che hanno una scolarità pari o inferiore alla licenza elementare (nei maschi dal 24% del 1999 al 17% del 2005; nelle femmine dal 31% del 1999 al 23% del 2005).

La quasi totalità dei pazienti in contatto con i Centri Diurni non svolge alcuna attività lavorativa (in media è occupato nei maschi il 22% contro il 49% dei casi prevalenti; nelle femmine il 17% contro il 39% dei casi prevalenti). Sia nei maschi che nelle femmine si osserva un incremento della percentuale di occupati (nei maschi dal 19% del 1999 al 24% del 2004; nelle femmine dal 15% del 1999 al 19% del 2003). Il maggiore incremento nel numero assoluto di occupati si osserva nelle femmine (+92%) rispetto ai maschi (+76%).

2.2 Diagnosi

TABELLA 1: PAZIENTI TRATTATI NEI CENTRI DIURNI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,0%	0,8%	1,2%	1,4%	1,4%	1,2%	1,5%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,6%	1,2%	1,3%	1,1%	1,5%	1,5%	1,5%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	62,3%	62,2%	59,9%	57,7%	56,7%	57,4%	57,8%
F3 Sindromi affettive	13,6%	12,9%	13,5%	14,5%	14,6%	14,3%	13,9%
F4 Sindromi nevrotiche	5,0%	4,9%	5,6%	5,7%	6,0%	6,1%	6,4%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,4%	0,6%	0,6%	0,7%	0,9%	0,7%	0,6%
F6 Disturbi della personalità	11,6%	12,7%	12,5%	13,7%	13,9%	13,2%	13,5%
F7 Ritardo mentale	3,9%	3,6%	4,2%	3,8%	3,8%	3,8%	3,6%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,4%	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	1,0%	0,7%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%

TABELLA 2: PAZIENTI TRATTATI NEI CENTRI DIURNI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (TASSI PER 10.000)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	2,1	2,4	2,7	2,8	2,9	2,9	2,9
F3 Sindromi affettive	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
F4 Sindromi nevrotiche	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F6 Disturbi della personalità	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
F7 Ritardo mentale	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nessun disturbo psichiatrico	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Sei pazienti su dieci tra quelli inseriti nei Centri Diurni soffrono di un disturbo schizofrenico, anche se l'incremento maggiore nel periodo non riguarda i pazienti appartenenti a questa categoria diagnostica ma quelli che presentano disturbi nevrotici e di personalità.

La diagnosi di schizofrenia interessa sei pazienti su dieci, tra quelli trattati nei Centri Diurni; ad essa seguono in ordine di frequenza le diagnosi di disturbi affettivi e di disturbi di personalità (queste due ultime diagnosi rappresentano ciascuna circa un sesto dell'utenza) (Tabella 1). Il peso percentuale della schizofrenia va incontro ad una riduzione di circa quattro punti, mentre aumenta di uno - due punti percentuali il peso relativo dei disturbi nevrotici, affettivi e di personalità. Per quanto riguarda la schizofrenia il tasso dei pazienti in contatto con i Centri Diurni è aumentato nel periodo 1999-2005 del 38%, per i disturbi affettivi del 53%, per i disturbi nevrotici del 91% ed infine per i disturbi di personalità del 74% (Tabella 2).

2.3 Pattern di trattamento

Figura 11 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per numero di interventi (%).

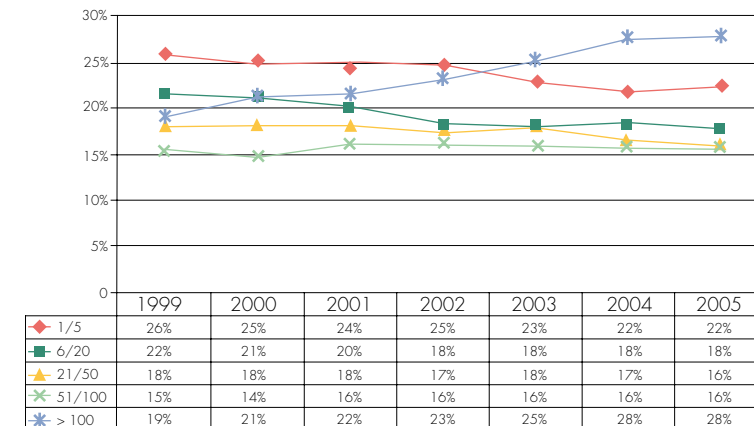
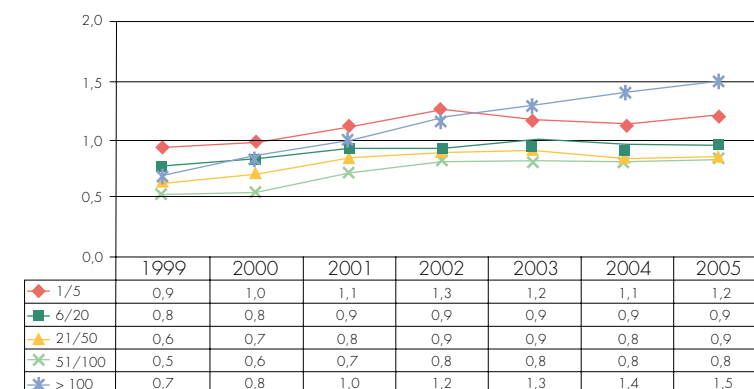


Figura 12 - Pazienti trattati nei Centri Diurni per numero di interventi (tassi per 10.000).

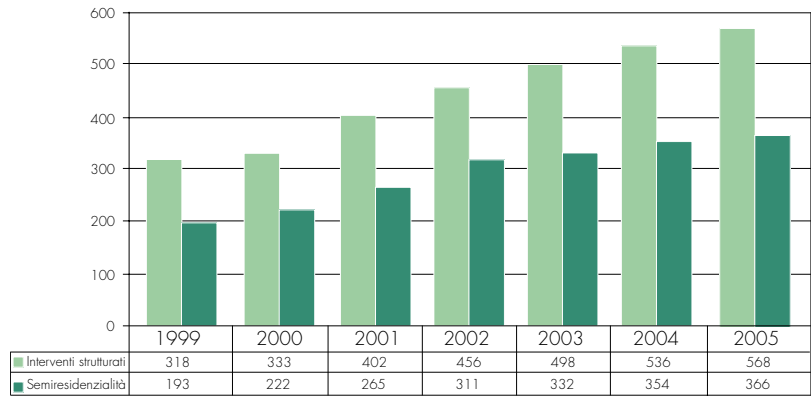


Il Centro Diurno, diversamente dal Centro Psicosociale, eroga pattern di trattamento intensivi, con un netto incremento nel periodo dei pazienti con trattamenti intensivi.

Il Centro Diurno è una struttura che eroga prevalentemente pattern di trattamento intensivi: il 44% dei pazienti nel 2005 ha ricevuto più di 50 interventi in un anno, mentre solo il 22% riceve meno di cinque contatti in un anno (Figura 11). Il tasso dei pazienti che ricevono trattamenti intensivi (51-100 e > 100) aumentano in misura pari o maggiore dell'incremento complessivo, mentre i pazienti con trattamenti a bassa intensità hanno un incremento inferiore a quello complessivo (Figura 12).

3) ATTIVITÀ EROGATE

Figura 13 - Presenze semiresidenziali ed interventi strutturati nei Centri Diurni (tassi per 10.000).

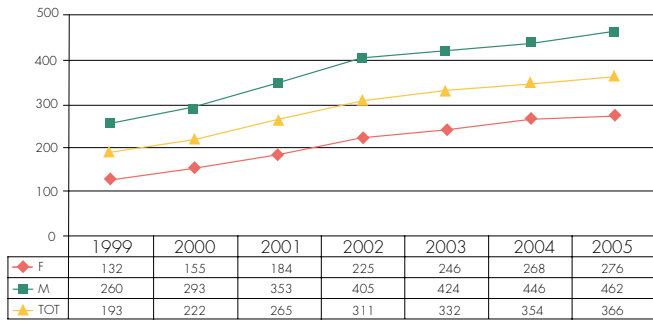


Le attività semiresidenziali erogate nei Centri Diurni sono quasi raddoppiate nel periodo, mentre l'incremento relativo a interventi strutturati erogati in regime semiresidenziale è minore, probabilmente a causa della carente rilevazione degli interventi.

Il sistema informativo rileva nei Centri Diurni, insieme con la presenza semiresidenziale, anche gli interventi strutturati (sia rivolti ai singoli che di gruppo) erogati in regime di semi residenzialità. Le attività nei Centri Diurni hanno subito un notevole incremento (Figura 13): il tasso di presenze semiresidenziali erogate è aumentato dell'89%, mentre quello relativo agli interventi strutturati erogati in regime di semiresidenzialità ha presentato un incremento minore (+77%). Il numero medio di interventi strutturati erogati per ogni presenza semiresidenziale (1,5) non si è modificato in questi anni. Il ridotto numero di interventi strutturati per giornata semiresidenziale indica un problema di qualità nei dati raccolti nei Centri Diurni, dove è più puntuale la rilevazione delle semiresidenzialità, che vengono valorizzate, rispetto a quella degli interventi strutturati, che pur rappresentando un prezioso indicatore della complessità e della qualità del trattamento, non sono valorizzati e quindi sono oggetto di minore attenzione informativa.

3.1 Presenze semiresidenziali

Figura 14 - Presenze semiresidenziali per sesso (tassi per 10.000).



Sei presenze semiresidenziali su dieci sono rivolte a pazienti di sesso maschile, anche se è sempre maggiore la percentuale di attività erogata nei confronti delle utenti di sesso femminile. L'attività semiresidenziale è più intensa nelle aree centrali e meridionali di Regione.

Tra il 1999 ed il 2005 vi è stato un incremento netto del tasso di presenze semiresidenziali erogate dai Centri Diurni (+89%) (Figura 14). I tassi di presenze semiresidenziali erogate nei confronti dei maschi sono costantemente superiori a quelli relativi alle pazienti di sesso femminile, mentre le percentuali di incremento sono maggiori nelle femmine (109%) rispetto ai maschi (78%). La quota percentuale di semiresidenzialità erogata nei confronti dei maschi si è ridotta negli ultimi sette anni, passando dal 65% nel 1999 al 61% nel 2005: in questo modo il rapporto M/F per quanto riguarda le presenze semiresidenziali passa da 1.8 nel 1999 a 1.6 del 2005. Per quanto riguarda i tassi standardizzati di presenze semiresidenziali erogate dai Centri Diurni (Cartina 2), troviamo una maggiore concentrazione di attività semiresidenziale nella fascia centrale e meridionale di Regione. I valori più omogeneamente elevati sono evidenziati nell'ASL di Mantova, nelle aree meridionali delle ASL di Bergamo, nell'ASL Milano 3, nella parte meridionale dell'ASL di Como, nelle aree centrali delle ASL di Sondrio e in quelle orientali dell'ASL di Pavia.

Cartina 2 - Presenze semiresidenziali erogate nei Centri Diurni (rapporto standardizzato x 100).

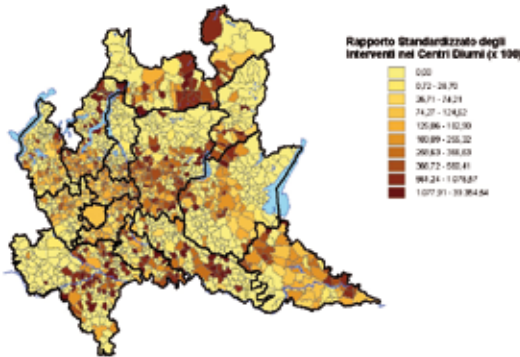


Figura 15 - Presenze semiresidenziali nei maschi (tassi per 10.000).

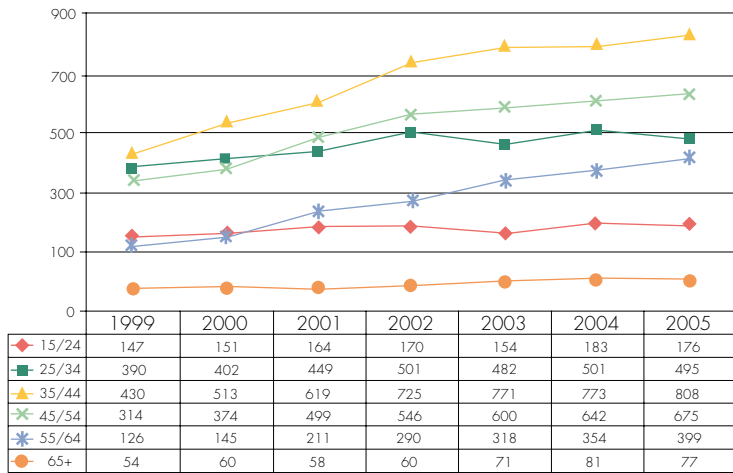
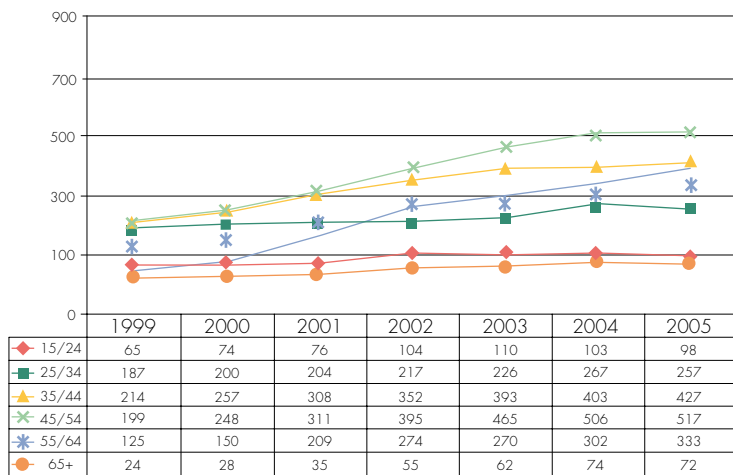


Figura 16 - Presenze semiresidenziali nelle femmine (tassi per 10.000).



Il tasso di presenze semiresidenziali è più alto nelle fasce di età centrali. L'attività di Centro Diurno è rivolta prevalentemente a soggetti in età media e si sta riducendo l'attività rivolta alle persone con meno di 44 anni.

Il Centro Diurno si rivolge prevalentemente a pazienti di età media: sia nei maschi che nelle femmine i tassi di presenze semiresidenziali più elevati si trovano nella fascia 35/44 e 45/54 anni; le fasce di età più estreme (sotto i 25 anni e sopra i 64 anni) sono le meno rappresentate. Complessivamente le presenze semiresidenziali erogate nei confronti dei pazienti di età inferiore ai 44 anni passano nei maschi dal 69% del 1999 al 61% del 2005, mentre nelle femmine dal 59% del 1999 al 47% nel 2005.

TABELLA 3: PRESENZE SEMIRESIDENZIALI EROGATE NEI CENTRI DIURNI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,1%	1,1%	1,3%	1,3%	1,7%	1,4%	1,7%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,3%	1,4%	1,2%	0,9%	1,2%	1,0%	1,0%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	68,6%	68,1%	66,2%	64,8%	64,3%	63,9%	63,8%
F3 Sindromi affettive	9,3%	9,7%	10,8%	11,3%	11,4%	11,7%	11,4%
F4 Sindromi nevrotiche	2,6%	3,1%	3,3%	3,8%	4,0%	4,0%	3,6%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%
F6 Disturbi della personalità	11,0%	10,8%	10,9%	11,9%	11,4%	11,9%	12,4%
F7 Ritardo mentale	4,6%	4,2%	4,6%	4,3%	4,2%	4,2%	4,5%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,5%	0,8%	1,0%	1,0%	0,8%	0,8%	0,7%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%

TABELLA 4: PRESENZE SEMIRESIDENZIALI EROGATE NEI CENTRI DIURNI PER GRUPPI DIAGNOSTICI DIAGNOSI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	2	2	3	4	6	5	6
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	2	3	3	3	4	4	4
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	128	148	172	199	210	221	226
F3 Sindromi affettive	17	21	28	35	37	40	40
F4 Sindromi nevrotiche	5	7	9	12	13	14	13
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	1	1	1	1	1	1	1
F6 Disturbi della personalità	21	23	28	36	37	41	44
F7 Ritardo mentale	9	9	12	13	14	15	16
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	1	1	1	1	1	2	2
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	1	2	3	3	3	3	3
Nessun disturbo psichiatrico	-	0	0	0	0	0	0

Due terzi dell'attività semiresidenziale è erogata a pazienti con disturbi schizofrenici, anche se l'incremento maggiore nei sette anni riguarda le attività rivolte ai pazienti con disturbi affettivi.

La schizofrenia è la diagnosi che assorbe la maggior parte delle risorse dei Centri Diurni: le presenze semiresidenziali rivolte a questi pazienti rappresentano costantemente due terzi del totale, mentre le presenze relative ai pazienti con disturbi affettivi e di personalità circa un decimo. Tuttavia nei sette anni il peso percentuale della schizofrenia si riduce, mentre aumenta quello relativo alle sindromi affettive ed in misura minore ai disturbi di personalità (Tabella 3). In termini di tassi l'incremento del numero di presenze semiresidenziali erogate nei confronti dei pazienti con disturbi nevrotici (+160%), affettivi (+133%) e di personalità (+113%) è maggiore dell'incremento complessivo, mentre quello relativo ai disturbi schizofrenici (+77%) e al ritardo mentale (+86%) è inferiore (Tabella 4).

3.2 Interventi strutturati

TABELLA 5 : INTERVENTI EROGATI NEI CENTRI DIURNI PER TIPO DI INTERVENTO (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Visita colloquio (tutte le figure prof.)	5,0%	5,1%	4,8%	4,0%	3,7%	4,4%	4,0%
Valutazione	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Psicoterapia individuale	0,5%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
Psicoterapia della famiglia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Presenze in gruppo di psicoterapia	0,8%	0,8%	0,6%	0,8%	0,8%	0,6%	0,8%
Colloquio con i familiari	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%
Intervento psicoeducativo	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Presenze in gruppo di familiari	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%
Riunioni sui casi interne alle UOP	2,5%	2,5%	2,7%	2,3%	2,2%	2,0%	1,7%
Riunioni con altre strutt. sanitarie	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Riunioni con gruppi non istituzionali	0,2%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Intervento individuale sulle abilità di base, sociali, etc.	6,0%	7,4%	9,2%	9,3%	8,5%	8,2%	8,2%
Presenze in gruppo incentrato sulle abilità di base, sociali, etc.	16,6%	15,5%	15,2%	16,7%	17,4%	19,1%	20,3%
Intervento individuale di risocializzazione	6,8%	8,1%	9,4%	9,4%	8,0%	7,3%	7,3%
Presenze in gruppo di risocializzazione	39,1%	37,4%	36,4%	35,4%	36,9%	36,1%	35,1%
Presenze in gruppo di attività espressive	9,3%	9,8%	10,7%	11,7%	12,4%	12,5%	13,0%
Presenze in gruppo di attività corporea	5,3%	5,2%	4,7%	4,4%	4,7%	4,7%	5,0%

Inserimenti lavorativi	1,2%	1,1%	0,4%	0,5%	0,7%	0,5%	0,8%
Intervento di supporto alle attività quotidiane	2,8%	2,9%	2,5%	2,2%	2,2%	1,9%	1,3%
Intervento di supporto sociale	2,4%	2,1%	1,3%	1,3%	1,0%	1,3%	1,0%

Le attività sono erogate sotto forma di gruppo in sette interventi su dieci. Gli interventi di risocializzazione individuali o di gruppo rappresentano gli interventi più frequenti.

Le attività di gruppo caratterizzano l'offerta dei Centri Diurni: gli interventi più frequentemente erogati sono i gruppi di risocializzazione, i gruppi incentrati sul recupero delle abilità di base e sociali, i gruppi di attività espressive, gli interventi individuali sulle abilità di base e sociali e di risocializzazione e i gruppi di attività corporea.

TABELLA 6: PROFILI DI ATTIVITÀ DEI CENTRI DIURNI (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Attività psichiatrica	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%
Attività psicologica-psicoterapica	2%	2%	2%	2%	1%	1%	2%
Attività infermieristica	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
Attività rivolta alla famiglia	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Attività di coordinamento	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%
Attività di riabilitazione	24%	24%	25%	27%	27%	29%	32%
Attività di risocializzazione	61%	61%	61%	61%	63%	61%	65%
Attività di supporto sociale	3%	3%	2%	2%	1%	1%	1%
Attività di supporto alla vita quotidiana	3%	3%	2%	2%	2%	2%	1%

TABELLA 7: PROFILI DI ATTIVITÀ DEI CENTRI DIURNI (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Attività psichiatrica	6	7	8	7	6	7	7
Attività psicologica-psicoterapica	6	6	7	7	7	6	8
Attività infermieristica	4	5	5	4	5	7	6
Attività rivolta alla famiglia	3	3	4	4	3	4	4
Attività di coordinamento	10	10	13	13	13	13	12
Attività di riabilitazione	78	81	103	124	136	153	171
Attività di risocializzazione	194	202	247	280	311	328	346
Attività di supporto sociale	9	8	6	7	6	8	6
Attività di supporto alla vita quotidiana	9	10	10	10	11	10	7

Le attività di risocializzazione rappresentano due terzi dell'offerta, mentre quelle riabilitative circa un terzo del totale.

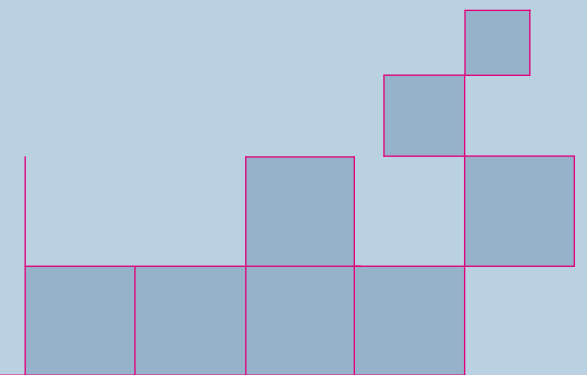
Tra i profili di attività erogati più frequentemente dai Centri Diurni (Tabella 6), le attività di risocializzazione rappresentano due terzi dell'attività complessiva, mentre quelle di riabilitazione un terzo. Diversamente dai Centri Psicosociali l'attività clinico psichiatrica, l'attività psicoterapica e l'attività rivolta alla famiglia rappresentano complessivamente meno di un ventesimo del totale. In termini di tassi (Tabella 7), si osserva un incremento maggiore delle attività riabilitative (+121%) rispetto a quelle di risocializzazione (+78%).

4) OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

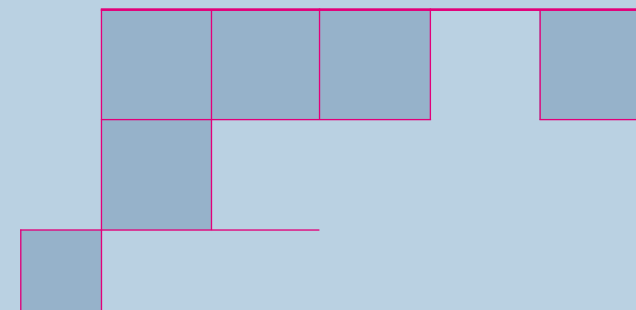
Il Centro Diurno rappresenta una tipologia di struttura in espansione nella rete dei servizi lombardi: i posti semiresidenziali e le ore di lavoro erogate sono cresciuti di circa il 70% grazie all'entrata di nuovi erogatori privati. Così pure la valorizzazione delle attività semiresidenziali è aumentata del 80%, portando nei Centri Diurni una percentuale maggiore di risorse regionali. Anche se il numero dei pazienti trattati nei Centri Diurni è quasi raddoppiato, essi continuano a rappresentare una quota ridotta dell'utenza (meno di un paziente su venti tra quelli in trattamento nei Dipartimenti di Salute Mentale è in contatto con queste strutture). La distribuzione geografica dell'utenza mostra un'ampia dispersione territoriale con tassi più elevati nelle aree meridionali di Regione. L'utenza, diversamente dai Centri Psicosociali, è prevalentemente di sesso maschile; il sesso femminile mostra invece una maggiore percentuale di incremento sia in termini di pazienti che di attività erogate. Il dato relativo all'età indica che i Centri Diurni intercettano prevalentemente utenza giovane e di età media, anche se negli anni si è progressivamente ridotta la quota di attività rivolta alle persone più giovani. I pazienti trattati soffrono di una significativa disabilità dal punto di vista psicosociale: non sono coniugati, vivono nella famiglia di origine e nella quasi totalità dei casi non svolgono attività lavorativa. Più della metà presenta una diagnosi di schizofrenia, anche se negli ultimi anni si osserva un modesto incremento dei pazienti con disturbi affettivi e di personalità. In termini di attività erogate, la polarizzazione nei confronti dei pazienti con disturbi schizofrenici è ancora maggiore (circa due terzi degli interventi totali sono erogati nei loro confronti), nonostante l'incremento maggiore riguardi le attività rivolte ai pazienti con disturbi affettivi.

Il Centro Diurno si caratterizza come una struttura che eroga pattern di trattamento intensivi: quattro pazienti su dieci ricevono più di cinquanta presenze in un anno. Il trend emergente conferma la specializzazione della struttura nei trattamenti ad alta intensità: sono proprio i pazienti con maggiore intensità di contatto ad avere il maggiore incremento negli anni tra il 1999 ed il 2005.

La quasi totalità dell'attività erogata dai Centri Diurni è di carattere risocializzante piuttosto che riabilitativo. Questo dato, la prevalenza di attività risocializzanti su quelle riabilitative, aiuta ad inquadrare meglio la funzione di queste strutture. I Centri Diurni svolgono un ruolo di gestione della cronicità e della disabilità, arricchendo con iniziative di carattere risocializzante la vita quotidiana dei pazienti, mentre sembrano meno focalizzati sulla riabilitazione psicosociale in senso stretto (interventi finalizzati alla ri-acquisizione delle abilità di base, sociali e relazionali da un lato e all'inserimento lavorativo dall'altro). La "vocazione" alla risocializzazione dei Centri Diurni non deve essere considerata un elemento negativo di per se stesso. In termini più generali, si tratta di superare la semplice contrapposizione tra la filosofia dell'"intrattenimento" fondata sulle pratiche di risocializzazione e quella della riabilitazione psicosociale. La questione è invece quella di rispondere ai bisogni differenziati dei pazienti, alcuni dei quali hanno necessità di arricchire la loro vita quotidiana attraverso le attività risocializzanti del Centro Diurno, mentre altri non accetterebbero la frequenza giornaliera nella struttura, ma preferiscono ricevere interventi di carattere riabilitativo erogati nel loro contesto di vita (ad esempio attraverso l'offerta di attività domiciliari finalizzate alla riabilitazione).



SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA



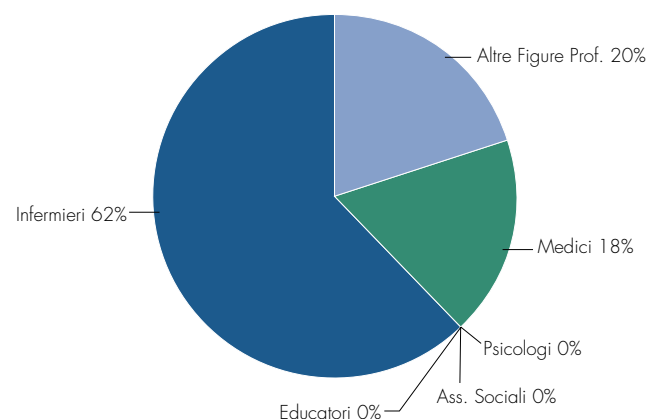
SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

1) STRUTTURE, PERSONALE E VALORIZZAZIONE

La rete dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) è stata la prima ad essere stata attivata dopo la Riforma del 1978 ed è stata completata già alla fine degli anni '90, arrivando allo standard prefissato di 1 posto letto per 10.000 abitanti. I dati strutturali relativi agli SPDC non si sono sostanzialmente modificati negli anni. Nel 1999 erano attivi in Lombardia 54 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura con complessivi 802 p/l per ricoveri ordinari e 59 p/l per ricoveri in regime di Day-Hospital; nel 2005 sia il numero di SPDC che il numero di posti letto è rimasto pressoché invariato (807 p/l per ricoveri ordinari e 48 p/l per ricoveri in regime di Day-Hospital per un tasso complessivo di 1,04 per 10.000).

Non vi sono modificazioni sostanziali nella rete dei SPDC, che già alla fine degli anni '90 aveva raggiunto l'obiettivo di 1 letto ogni 10.000 abitanti.

Figura 1 - Ore annuali di lavoro erogate nel 2005 nei SPDC per figura professionale (%).



L'incremento dal 1999 al 2005 in termini di ore di lavoro è limitato (+8%), mentre è maggiore l'incremento delle risorse valorizzate (+35%).

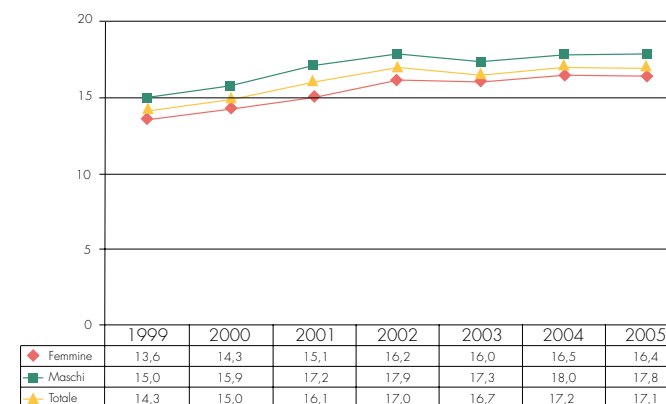
Le ore di lavoro erogate da tutte le figure professionali all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono diminuite dell'8% passando da 2.312.071 nel 1999 a 2.125.341 nel 2005. Il lavoro in queste strutture è incentrato sul personale infermieristico, medico e su quello appartenente agli altri profili professionali (OTA; OSA), mentre non è rilevante il ruolo del personale psicosociale (psicologi, educatori e assistenti sociali) (Figura 1).

La valorizzazione sull'attività di ricovero degli SPDC, operata dalla Regione Lombardia tramite i DRG, è passata da 44.641.925 euro nel 2000 a 60.124.380 euro nel 2005, con un incremento nel periodo pari al 35%. Nonostante l'aumento complessivo della spesa per queste strutture, il peso percentuale degli SPDC nel quadro della spesa generale è diminuito, passando dal 26% del 2000 al 21% nel 2005.

2) I PAZIENTI TRATTATI

2.1 Caratteristiche socio-demografiche

Figura 2 - Pazienti ricoverati in SPDC per sesso (tassi per 10.000).



Il numero di pazienti ricoverati in SPDC cresce modestamente in termini di tassi e si riduce in termini percentuali. I maschi hanno costantemente tassi di utilizzo maggiori delle femmine. Valori più elevati sono evidenziati nelle zone montagnose settentrionali (ASL di Sondrio e della Valcamonica, aree settentrionali dell'ASL di Bergamo e di Como) e meridionali (ASL di Pavia).

Il tasso dei pazienti ricoverati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Figura 2) è aumentato del 19%, in particolare nel periodo tra il 1999 ed il 2001, mentre non si è sostanzialmente modificato dopo il 2001. La percentuale di pazienti ricoverati almeno una volta all'anno nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura lombardi sul totale della prevalenza 1 anno si è invece ridotta, passando dal 13.4% del 1999 al 11.9% del 2005. I pazienti di sesso maschile hanno tassi costantemente superiori a quelli delle pazienti di sesso femminile, con percentuali di incremento superiori nelle femmine (+21%) rispetto ai maschi (+18%). Per quanto riguarda i tassi standardizzati di pazienti ricoverati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Cartina 1), i valori più elevati sono evidenziati nelle zone montagnose settentrionali (ASL di Sondrio e della Valcamonica, aree settentrionali dell'ASL di Bergamo e di Como) e meridionali (ASL di Pavia). Altre aree nella fascia meridionale di Regione presentano tassi elevati, anche se in misura non così uniforme, e sono site nelle ASL di Cremona e di Lodi.

Cartina 1 - Pazienti ricoverati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (rapporto standardizzato x 100).

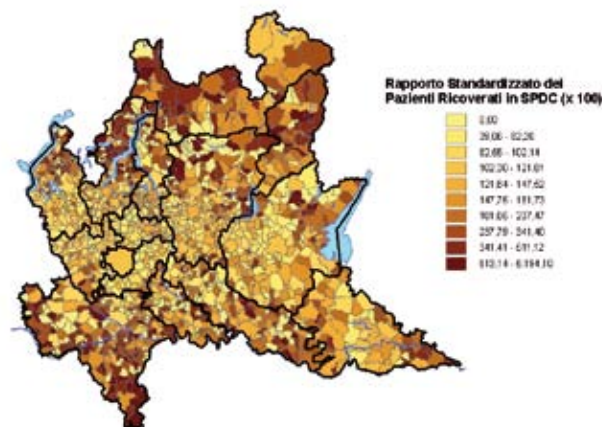


Figura 3 - Pazienti ricoverati in SPDC per classi di età - maschi (tassi per 10.000).

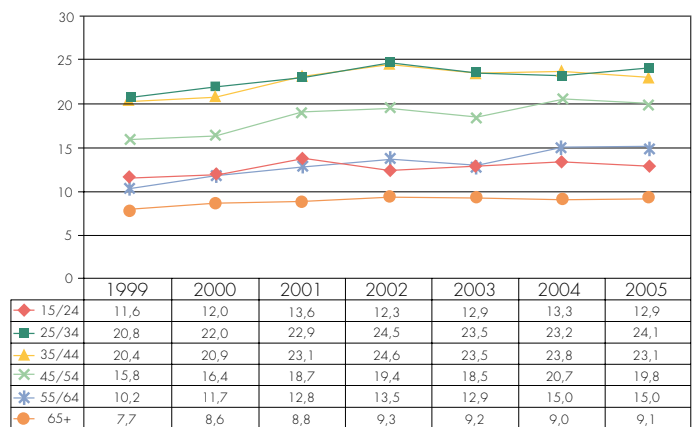
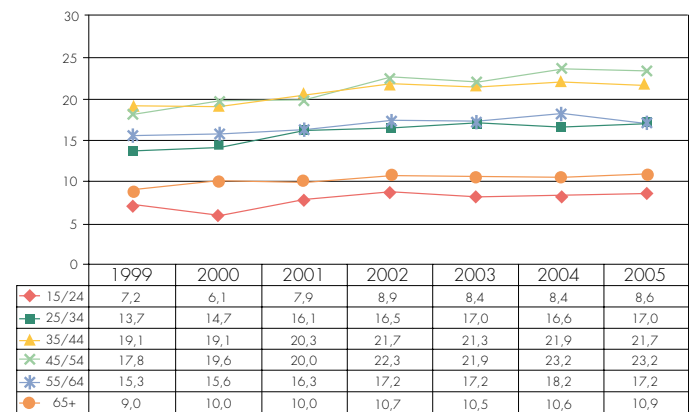


Figura 4 - Pazienti ricoverati in SPDC per classi di età - femmine (tassi per 10.000).



Il ricovero in SPDC coinvolge prevalentemente utenti di sesso maschile giovani e di sesso femminile di media età. L'incremento maggiore si osserva per i soggetti di ambedue i sessi nelle fasce di età più anziane.

Nei maschi i tassi più elevati si ritrovano nelle fasce 25/34 e 35/44 anni, nelle femmine nelle fasce di età centrali 35/44 e 45/54 anni (Figure 3 e 4). In ambedue i sessi le due fasce estreme (al di sotto dei 25 anni e al di sopra dei 65 anni) presentano i tassi minori. Sia nei maschi che nelle femmine le fasce di età più giovani presentano un incremento inferiore a quello complessivo, mentre un incremento superiore si osserva nei maschi per le fasce di età più anziane (55/64 anni e superiori ai 65 anni) e nelle femmine nelle fasce di età centrali (35/44 e 45/54 anni) ed in quella superiore ai 65 anni. Se nel 1999 il 64% dei maschi aveva meno di 45 anni, nel 2005 questa percentuale era scesa al 60%; nelle femmine nel 1999 il 48% aveva meno di 45 anni, nel 2005 la percentuale scende al 46%.

Figura 5 - Pazienti ricoverati in SPDC per stato civile - maschi (%).

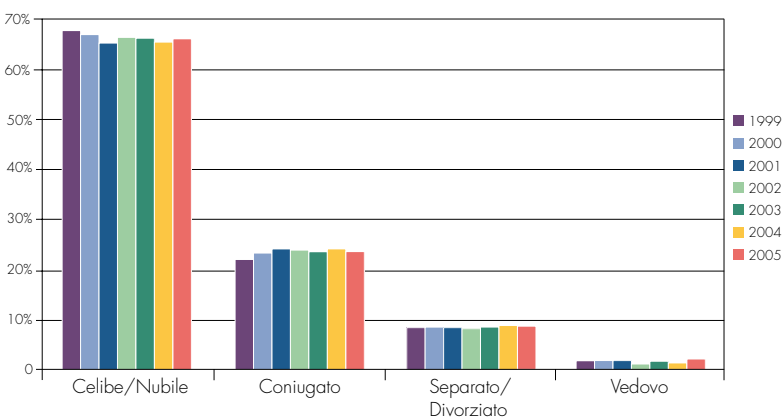
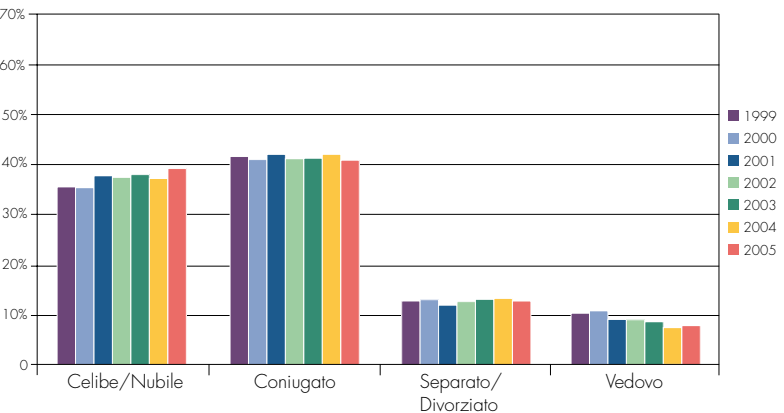


Figura 6 - Pazienti ricoverati in SPDC per stato civile - femmine (%).



Lo stato civile e la collocazione socioambientale dei pazienti ricoverati non si modificano sostanzialmente nel periodo. La maggioranza dei pazienti ricoverati in SPDC sono nubili-celibi e vivono nella famiglia di origine, ponendosi a metà strada tra le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti che sono in carico ai Centri Psicosociali e di quelli invece in carico ai Centri Diurni o ricoverati nelle Strutture Residenziali.

I dati relativi allo stato civile (Figure 5 e 6) riflettono la condizione socio-demografica più svantaggiata dei pazienti ricoverati in SPDC rispetto al complesso dei pazienti in carico (prevalenza trattata). Anche tra i pazienti ricoverati in SPDC la maggioranza dei maschi è celibe e la maggioranza delle femmine è coniugata, ma rispetto al campione complessivo dei pazienti trattati in Lombardia (prevalenza) le percentuali di soggetti celibi/nubili nei due sessi sono ancora maggiori (nei maschi in media il 66% contro il 58% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 37% contro il 32% dei casi prevalenti), mentre è minore quella dei coniugati (nei maschi in media il 23% contro il 33% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 41% contro il 48% dei casi prevalenti). La percentuale di separati-divorziati è elevata in ambedue i sessi (nei maschi in media il 8% contro il 6% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 13% contro il 9% dei casi prevalenti). Tra i maschi un incremento in numero di casi maggiore della media si osserva tra i soggetti separati-divorziati e tra quelli coniugati (rispettivamente +13% e +17%), mentre nelle femmine l'incremento maggiore riguarda le donne coniugate e in misura minore quelle separate-divorziati (rispettivamente +22% e +14%). In termini di peso percentuale lo stato civile non è soggetto a modificazioni sostanziali: solo per gli utenti di sesso maschile si osserva un modesto incremento dei soggetti coniugati (dal 22% nel 1999 al 23% nel 2005) ed una parallela riduzione dei soggetti celibi (dal 68% nel 1999 al 66% nel 2005), mentre nelle femmine si osservano modificazioni dell'ordine di un punto percentuale.

Figura 7 - Pazienti ricoverati in SPDC per collocazione socio-ambientale - maschi (%).

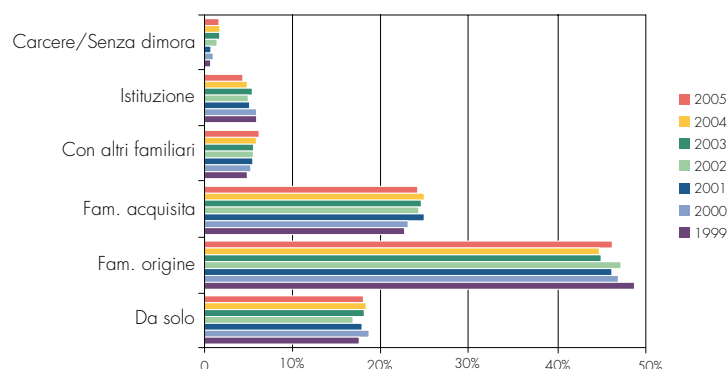
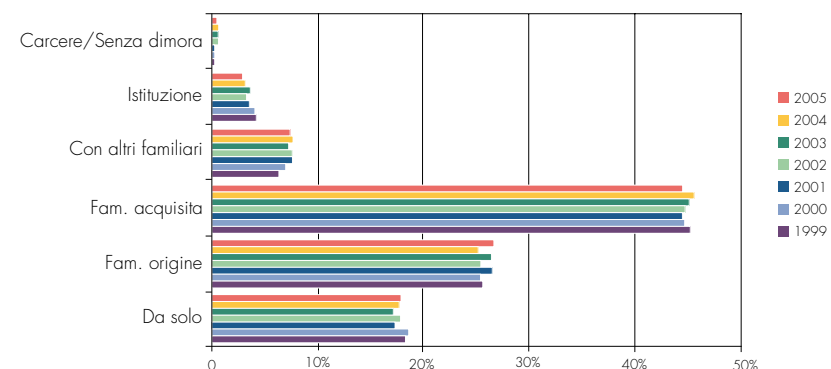


Figura 8 - Pazienti ricoverati in SPDC per collocazione socio-ambientale - femmine (%).



Per quanto riguarda la collocazione socio-ambientale (Figure 7 e 8), i pazienti ricoverati in SPDC vivono in misura percentualmente maggiore rispetto ai casi prevalenti nella famiglia di origine (in media, nei maschi il 47% contro il 43% dei casi prevalenti; nelle femmine il 26% contro il 22% dei casi prevalenti) e percentualmente minore in famiglia acquisita (nei maschi in media il 24% contro il 34% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 45% contro il 52% dei casi prevalenti). Limitando l'analisi alle categorie più numerose, un incremento nel numero di soggetti trattati superiore all'incremento complessivo si osserva tra i pazienti di sesso maschile che vivono con altri familiari (+38%), in famiglia acquisita (+17%) o da soli (+13%) e tra le pazienti di sesso femminile che vivono con altri familiari (+29%) e in famiglia di origine (+17%). In termini di peso percentuale non si osservano modificazioni sostanziali, se si eccettua una modesta riduzione tra i maschi della percentuale di coloro che vivono nella famiglia di origine (dal 49% del 1999 al 46% del 2005).

Figura 9 - Pazienti ricoverati in SPDC per titolo di studio - maschi (%).

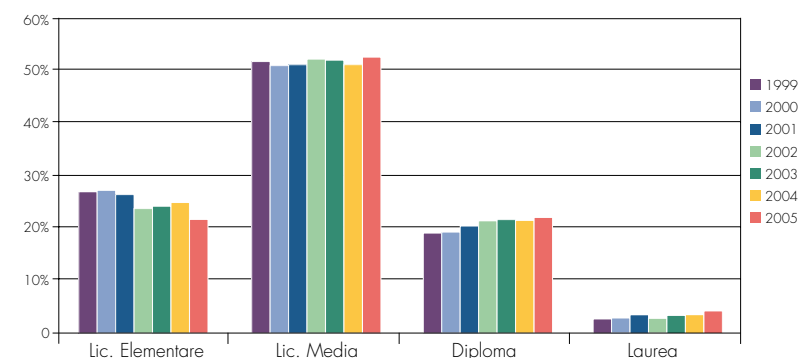
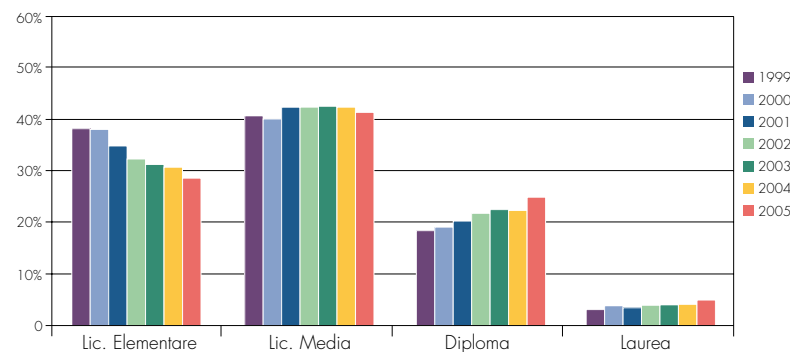


Figura 10 - Pazienti ricoverati in SPDC per titolo di studio - femmine (%).



Complessivamente la scolarità dei soggetti ricoverati è più elevata rispetto ai casi prevalenti; si osserva un incremento di soggetti diplomati-laureati e una riduzione di soggetti con scolarità bassa.

Il confronto tra i dati di prevalenza e quelli dei pazienti ricoverati in SPDC mostra alcune differenze relative alla scolarità (Figure 9 e 10): in ambedue i sessi è maggiore tra i pazienti ricoverati in SPDC la percentuale di soggetti che hanno raggiunto il diploma di media inferiore (in media nei sette anni nei maschi il 52% contro il 46% della prevalenza; nelle femmine il 42% contro il 35% della prevalenza), mentre è solo di poco inferiore la percentuale di soggetti con diploma di scuola superiore o laurea (in media nei maschi il 24% contro il 27% della prevalenza; nelle femmine il 26% contro il 27% della prevalenza). In termini di numeri assoluti un incremento superiore all'incremento complessivo si osserva sia tra i soggetti laureati - diplomati (dal 1999 al 2005 +30% nei maschi e +54% nelle femmine), che tra i soggetti che hanno raggiunto il diploma di scuola media (nei maschi +10%, nelle femmine +13%). In termini di peso percentuale si osserva una riduzione dei soggetti con scolarità elementare (nei maschi dal 27% del 1999 al 22% del 2005; nelle femmine dal 38% del 1999 al 29% del 2005) ed un parallelo incremento dei soggetti diplomati/laureati (nei maschi dal 21% del 1999 al 26% del 2005; nelle femmine dal 22% del 1999 al 30% del 2005). Rispetto ai casi prevalenti i pazienti ricoverati in SPDC sono meno frequentemente occupati (nei maschi ricoverati in SPDC in media nei sette anni è occupato il 40% contro il 49% della prevalenza; nelle femmine il 30% contro il 39% della prevalenza). A partire dal 1999 si osserva un maggior incremento nel numero di occupati tra le femmine (+28%) rispetto ai maschi (+17%). In termini di peso percentuale si osserva un parallelo aumento nei due sessi dei soggetti occupati (nei maschi dal 38% del 1999 al 41% del 2005; nelle femmine dal 28% del 1999 al 32% del 2005).

Anche se circa due terzi dei pazienti non sono occupati, si osserva un progressivo incremento negli anni dei soggetti in età lavorativa che vengono ricoverati in SPDC e che hanno un'occupazione.

2.2 Diagnosi

TABELLA 1: PAZIENTI RICOVERATI IN SPDC PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,7%	1,7%	1,6%	1,7%	3,1%	2,6%	2,7%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	6,8%	7,2%	7,3%	7,0%	6,6%	6,6%	6,1%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	42,0%	41,0%	38,8%	38,6%	38,1%	37,3%	37,2%
F3 Sindromi affettive	24,6%	24,5%	25,0%	25,4%	24,9%	26,0%	26,0%
F4 Sindromi nevrotiche	7,9%	8,0%	8,6%	9,0%	9,1%	9,2%	9,6%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,5%	0,6%	0,6%
F6 Disturbi della personalità	13,3%	13,6%	14,4%	14,0%	13,9%	14,5%	14,3%
F7 Ritardo mentale	2,4%	2,7%	2,6%	2,4%	2,2%	2,0%	1,9%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,4%	0,5%	0,8%	1,0%	0,9%	1,0%	1,2%
Nessun disturbo psichiatrico	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,3%	0,4%

TABELLA 2: PAZIENTI RICOVERATI IN SPDC PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

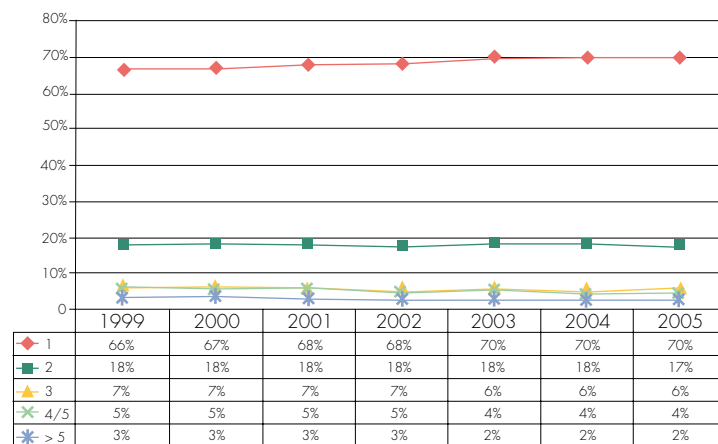
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,4	0,4
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,8	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	5,2	5,4	5,6	5,8	5,6	5,3	5,4
F3 Sindromi affettive	3,0	3,2	3,6	3,8	3,7	3,7	3,8
F4 Sindromi nevrotiche	1,0	1,1	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F6 Disturbi della personalità	1,6	1,8	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
F7 Ritardo mentale	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Nessun disturbo psichiatrico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1

I SPDC trattano in misura sempre maggiore pazienti con diagnosi differenti dalla schizofrenia, come ad esempio i disturbi affettivi. Anche se un terzo dei pazienti ricoverati in SPDC presenta una diagnosi di schizofrenia, il loro incremento nel periodo 1999-2005 è modesto.

I pazienti con diagnosi di schizofrenia e di disturbo affettivo rappresentano la maggioranza dell'utenza del SPDC (in media nei sette anni rispettivamente il 39% ed il 25% del totale), seguono come frequenza i disturbi di personalità, le nevrosi e i disturbi dovuti all'uso di sostanze (in media rispettivamente il 14%, il 9% ed il 7% del totale) (Tabella 1). Analizzando i singoli anni, il peso percentuale della schizofrenia si riduce di cinque punti, mentre aumenta quello relativo ai disturbi nevrotici, ai disturbi di personalità, ai disturbi affettivi e ai disturbi mentali organici. I tassi di pazienti ricoverati più elevati riguardano la schizofrenia (in media nei sette anni 5.5 pazienti per 10.000), i disturbi affettivi (3.6 per 10.000) e i disturbi di personalità (2 per 10.000) (Tabella 2). Tra le diagnosi più numerose, quelle che hanno registrato un incremento superiore all'incremento complessivo sono i disturbi mentali organici (+88%), i disturbi nevrotici (+48%), i disturbi di personalità (+32%) e i disturbi affettivi (+29%), mentre hanno mostrato un incremento minore disturbi schizofrenici (+8%), i disturbi da abuso di sostanze (+8%) e il ritardo mentale (+0%).

2.3 Pattern di trattamento

Figura 11 - Pazienti ricoverati in SPDC per numero di ricoveri l'anno (%).

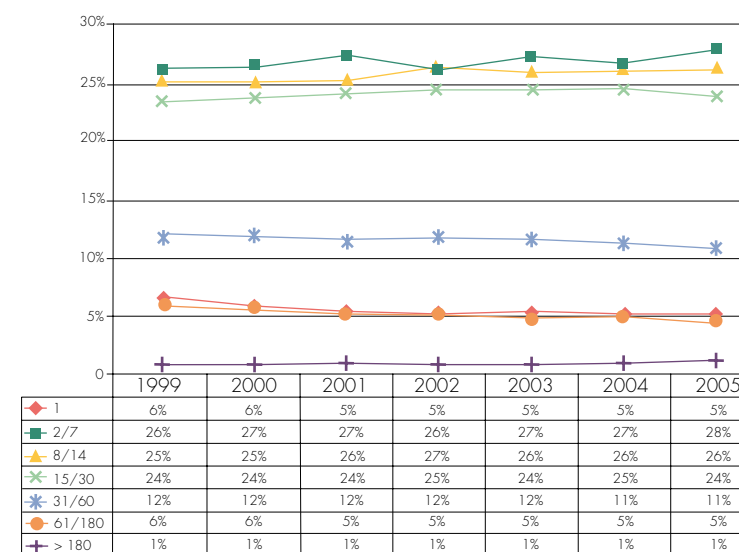


Più di due terzi dei pazienti hanno un solo ricovero in SPDC all'anno. Nel periodo in esame si riduce di quattro punti la percentuale di soggetti con più di un ricovero all'anno.

Più di due terzi dei pazienti ricoverati in SPDC hanno un solo ricovero all'anno (in media nei sette anni il 69%), meno di un quinto due ricoveri (in media il 18%) e solo un sesto più di due (in media 14%) (Figura 11). Solo i pazienti con ricoveri singoli

(+31%) hanno un incremento superiore alla media, i pazienti con due ricoveri (+20%) o tre ricoveri (+13%) all'anno riconoscono un incremento inferiore alla media, mentre c'è una riduzione nel numero assoluto di pazienti con più di tre ricoveri. La percentuale di pazienti con ricovero singolo aumenta di quattro punti percentuali dal 1999 al 2005, mentre si riduce di un punto quella relativa alle classi di pazienti con più di due ricoveri.

Figura 12 - Pazienti ricoverati in SPDC per numero di giornate di degenza all'anno (%).



Sei pazienti su dieci hanno degenze in SPDC inferiori alle due settimane in un anno. Nel periodo in esame si riduce la percentuale di soggetti ricoverati per più di 60 giorni in un anno.

Considerando complessivamente le giornate di degenza spese in un anno, la maggioranza dei pazienti (in media nel periodo il 58%) riceve in SPDC un numero di giornate di degenza inferiore alle due settimane, un quarto (in media il 24%) dalle tre alle quattro settimane e meno di un paziente su cinque (in media il 18%) più di un mese (Figura 12). La durata della degenza complessiva all'anno non mostra variazioni significative nel periodo 1999-2005, anche se è possibile riconoscere una riduzione della percentuale di soggetti ricoverati per più di 60 giorni in un anno (da 19% del 1999 al 17% del 2005) e un parallelo aumento di quella relativa ai pazienti ricoverati al di sotto delle due settimane (dal 57% al 59%).

3) RICOVERI

Figura 13 - Ricoveri volontari e in TSO in SPDC (tassi per 10.000).



Il fenomeno del ricovero in SPDC è stabile: un modesto incremento si osserva solo per i ricoveri volontari. Tassi elevati sono riscontrabili nelle aree settentrionali e meridionali di Regione.

Il numero di ricoveri in SPDC è cresciuto del 5% dal 1999 al 2005, passando da 26.8 ricoveri per 10.000 a 27.1 per 10.000 (Figura 13). L'incremento ha interessato solo i ricoveri volontari, che sono aumentati del 6%, mentre i ricoveri in cui l'ammissione è avvenuta in regime di TSO sono diminuiti del 3%. In termini di tassi per 10.000, i ricoveri volontari sono passati da 23,8 del 1999 a 24,3 del 2005, mentre i tassi relativi ai ricoveri in TSO sono lievemente diminuiti, passando da 2,9 nel 1999 a 2,7 nel 2005.

I tassi standardizzati di ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Cartina 2) seguono il trend individuato per i pazienti. Valori più elevati sono evidenziati nelle zone montagnose settentrionali (ASL di Sondrio e della Valcamonica, aree settentrionali dell'ASL di Bergamo e di Como) e meridionali (ASL di Pavia). Altre aree nella fascia meridionale di Regione presentano tassi elevati, anche se in misura non così uniforme, e sono site nelle ASL di Cremona e di Lodi.

Cartina 2 - Ricoveri effettuati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (rapporto standardizzato x 100).

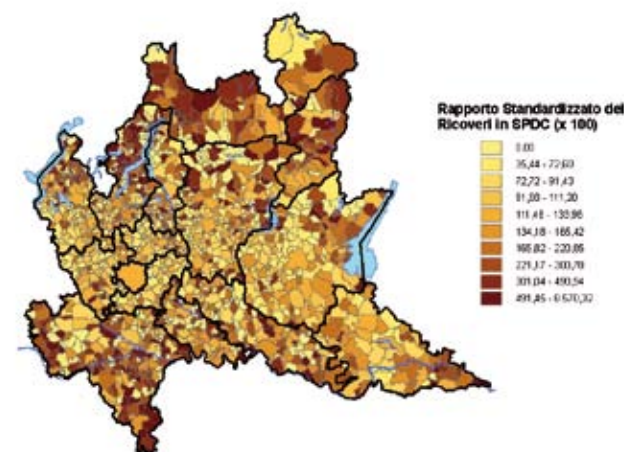
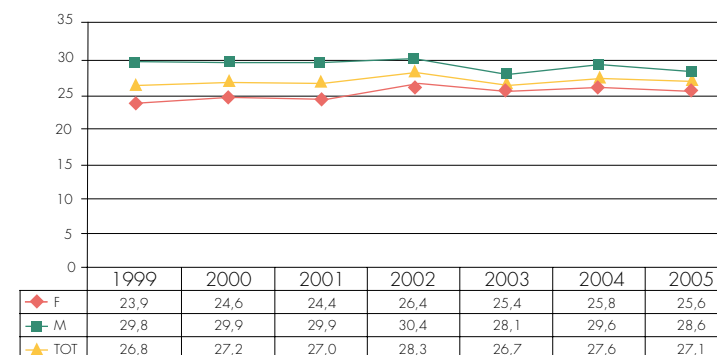


Figura 14 - Ricoveri in SPDC per sesso (tassi per 10.000).



I maschi vengono ricoverati in misura maggiore ma la forbice tra i due sessi si sta riducendo.

I tassi dei ricoveri nei maschi sono costantemente superiori a quelli rilevati nelle femmine, anche se negli anni la forbice tra i due sessi si è ridotta (Figura 14). Infatti mentre nei maschi si osserva una riduzione nel tasso di soggetti ricoverati (-4% nel periodo 1999-2005), nelle femmine l'incremento è netto (+7%).

Figura 15 - Ricoveri in SPDC per classi di età - maschi (tassi per 10.000).

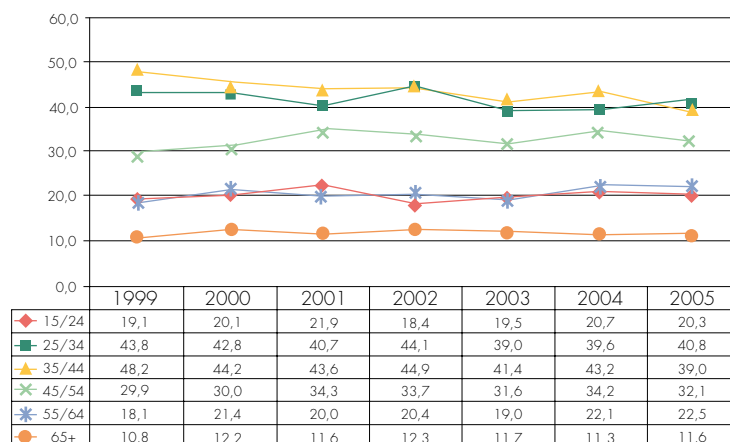
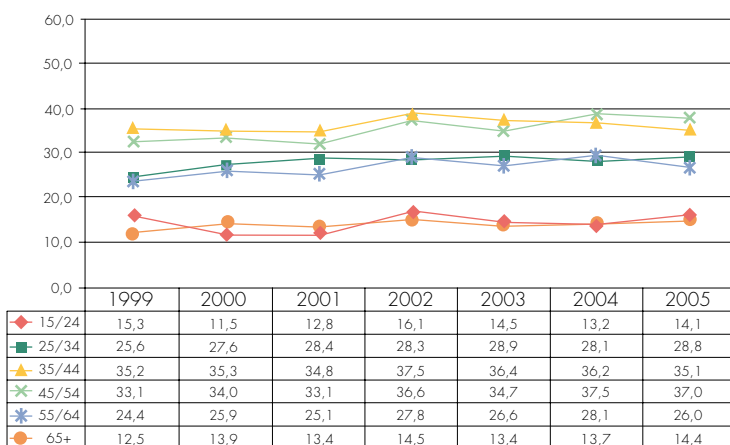


Figura 16 - Ricoveri in SPDC per classi di età - femmine (tassi per 10.000).



I pazienti di sesso maschile giovani e le pazienti di sesso femminile di età media hanno tassi più elevati di ricovero in SPDC. Negli anni 1999-2005 l'incremento maggiore riguarda i pazienti di sesso maschile al di sopra dei 44 anni.

Mentre nei maschi le fasce di età con i tassi più elevati sono quelle comprese tra i 25-34 anni e tra i 35-44 anni, nelle femmine sono le fasce 35-44 e 45-54 anni (Figure 15-16). In ambedue i sessi le fasce estreme (sotto i 24 anni e sopra i 65 anni) presentano i tassi minori. Nei maschi l'incremento è superiore alla media nelle fasce di età più giovani (15-24 anni) e in quelle superiori ai 45 anni, mentre nelle fasce comprese tra i 25 e i 44 anni si osserva addirittura una riduzione dei tassi.

Nelle femmine si osserva una riduzione dei tassi nella fascia di età 15-24 anni, mentre un incremento superiore alla media è presente nelle fasce al di sopra dei 64 anni.

TABELLA 3: RICOVERI IN SPDC PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,4%	1,4%	1,3%	1,4%	2,5%	2,0%	2,2%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	5,9%	6,8%	6,8%	6,3%	6,7%	6,5%	6,1%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	44,3%	43,5%	40,3%	39,8%	38,7%	38,3%	38,1%
F3 Sindromi affettive	21,4%	22,2%	22,5%	23,4%	23,1%	24,1%	24,2%
F4 Sindromi nevrotiche	6,2%	6,8%	7,4%	8,2%	7,9%	8,2%	8,6%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,5%	0,6%	0,7%	0,7%	0,5%	0,7%	0,7%
F6 Disturbi della personalità	15,3%	14,2%	16,6%	16,5%	16,7%	16,4%	16,5%
F7 Ritardo mentale	4,4%	3,9%	3,2%	2,6%	2,6%	2,3%	2,2%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,5%	0,4%	0,8%	0,8%	0,8%	1,0%	1,1%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,3%

TABELLA 4: RICOVERI IN SPDC PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,5
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,4	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	10,5	10,6	10,0	10,0	9,3	9,0	9,1
F3 Sindromi affettive	5,1	5,4	5,6	5,9	5,6	5,7	5,8
F4 Sindromi nevrotiche	1,5	1,7	1,8	2,1	1,9	1,9	2,0
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
F6 Disturbi della personalità	3,6	3,5	4,1	4,1	4,0	3,9	3,9
F7 Ritardo mentale	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Nessun disturbo psichiatrico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1

Quattro ricoveri su dieci riguardano pazienti con disturbi schizofrenici, due su dieci pazienti con disturbi affettivi. Le diagnosi che hanno registrato il maggiore incremento sono i disturbi mentali organici, i disturbi nevrotici e quelli affettivi, mentre si riduce il tasso di ricovero della schizofrenia e del ritardo mentale.

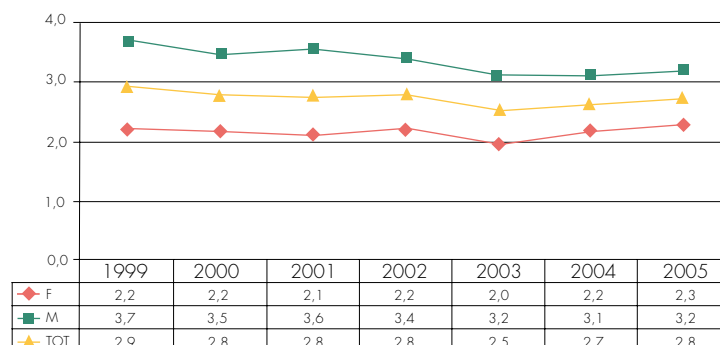
I ricoveri di pazienti con diagnosi di schizofrenia e di disturbo affettivo rappresentano la maggioranza (in media nei sette anni rispettivamente il 40,4% ed il 23% del totale), seguono come frequenza i disturbi di personalità, le nevrosi e i disturbi dovuti all'uso di sostanze (in media il 16%, il 7,6% ed il 6,4% del totale) (Tabella 3). Osservando i singoli anni, il peso percentuale della schizofrenia si riduce, mentre aumenta quello relativo ai disturbi nevrotici, ai disturbi di personalità, ai disturbi affettivi e ai disturbi mentali organici.

I tassi di ricovero più elevati riguardano la schizofrenia (in media nei sette anni 9.8 ricoveri per 10.000), i disturbi affettivi (5.6 per 10.000) e i disturbi di personalità (3.9 per 10.000) (Tabella 4). Tra le diagnosi più frequenti, quelle che hanno registrato un incremento superiore alla media del tasso di ricoveri sono i disturbi mentali organici (+67%), i disturbi nevrotici (+40%), i disturbi affettivi (+14%) e i disturbi di personalità (+9%); si riduce del 13% il tasso relativo alla schizofrenia e del 50% quello relativo al ritardo mentale.

3.1 Ricoveri in TSO

Per la sua rilevanza come indicatore vengono forniti in modo più specifico i dati relativi al fenomeno dei ricoveri in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Figura 17 - Ricoveri in TSO (tassi per 10.000).



I tassi dei ricoveri in TSO non si modificano nel periodo in esame e sono superiori del 60% nei maschi.

I tassi relativi ai ricoveri in TSO (Figura 17) si mantengono sostanzialmente invariati nel periodo. Nei maschi i tassi sono costantemente superiori di circa il 60% a quelli delle femmine, con un modesto incremento per le femmine (+4.1% nel periodo 1999-2005) e una netta riduzione per i maschi (-12.7%).

Figura 18 - Ricoveri in TSO - maschi (tassi per 10.000).

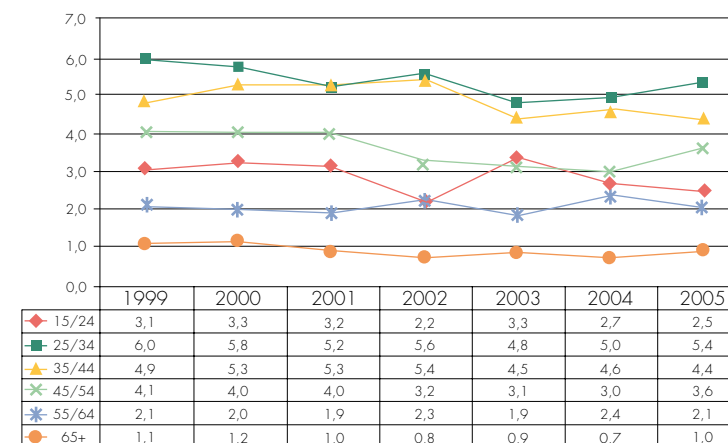
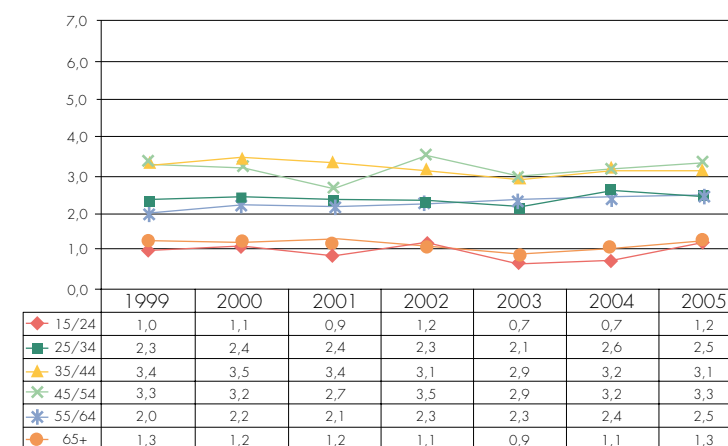


Figura 19 - Ricoveri in TSO - femmine (tassi per 10.000).



I maschi hanno tassi di TSO più elevati in età giovane, le femmine in età media.

Per quanto riguarda i ricoveri in regime di TSO (Figure 18-19) nei maschi i tassi maggiori sono rilevati nelle fasce di età 25-34 anni e 35-44, mentre nelle femmine nelle fasce 35-44 e 45-54; in ambedue i sessi la fascia al di sopra dei 65 anni presenta i tassi minori.

TABELLA 5: RICOVERI IN SPDC IN REGIME DI TSO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	2,2%	1,5%	1,1%	1,1%	1,9%	2,1%	1,9%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	7,3%	7,6%	9,3%	8,3%	8,0%	7,7%	8,1%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	56,1%	53,6%	52,2%	51,7%	52,8%	52,5%	52,0%
F3 Sindromi affettive	14,4%	16,2%	16,0%	17,0%	16,6%	15,7%	17,2%
F4 Sindromi nevrotiche	3,2%	3,6%	4,2%	4,4%	4,8%	4,7%	5,5%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,3%	0,4%	0,2%	0,4%	0,1%	0,3%	0,3%
F6 Disturbi della personalità	13,9%	14,7%	14,2%	14,5%	13,2%	13,5%	12,5%
F7 Ritardo mentale	1,7%	1,8%	2,1%	1,6%	1,5%	1,8%	1,3%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,4%	0,5%	0,7%	0,8%	0,6%	1,3%	0,8%
Nessun disturbo psichiatrico	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%	0,2%	0,4%

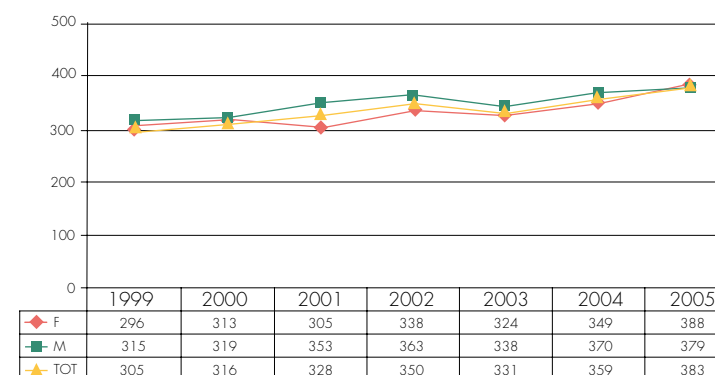
TABELLA 6: RICOVERI IN SPDC IN REGIME DI TSO PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	1,4	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3
F3 Sindromi affettive	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
F4 Sindromi nevrotiche	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F6 Disturbi della personalità	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
F7 Ritardo mentale	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nessun disturbo psichiatrico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Un ricovero in TSO su due riguarda i pazienti con disturbi schizofrenici, uno su sei pazienti con disturbi affettivi e uno su otto pazienti con disturbi di personalità.

Più della metà dei ricoveri in TSO riguarda i pazienti con disturbi schizofrenici, un paziente su sei presenta disturbi affettivi, uno su otto disturbi di personalità e uno su dodici disturbi da uso di sostanze (Tabella 5). Il tasso di TSO rivolti ai pazienti con disturbi schizofrenici e di personalità si riduce (rispettivamente del 12% e del 15%), mentre aumenta quello relativo ai soggetti con disturbo affettivo (+13%) e abuso di sostanze (+6%) (Tabella 6).

4) GIORNATE DI DEGENZA

Figura 20 - Giornate di degenza in SPDC per sesso (tassi per 10.000).

Le giornate di degenza erogate in SPDC sono aumentate di un quinto, senza differenze significative tra maschi e femmine. La rappresentazione geografica non è del tutto sovrapponibile a quella relativa ai pazienti ricoverati.

Il tasso relativo alle giornate di degenza erogate in SPDC è cresciuto del 18%, con un andamento simile nei maschi e nelle femmine. Le giornate di degenza nei maschi sono costantemente superiori a quelle erogate alle femmine, anche se negli anni la forbice tra i due sessi si è ridotta (Figura 20).

I tassi standardizzati di giornate di degenza erogate nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Cartina 3) seguono solo in parte il trend individuato per i pazienti ricoverati in SPDC. Valori più elevati sono sì evidenziati nelle aree settentrionali (ASL di Varese, Como, Sondrio, Bergamo e della Valcamonica), ma anche in alcune aree della zona centrale (come l'ASL di Brescia) e meridionali (ASL Lodi e alcune aree di quella di Pavia).

Cartina 3 - Giornate di degenza erogate nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (rapporto standardizzato x 100).

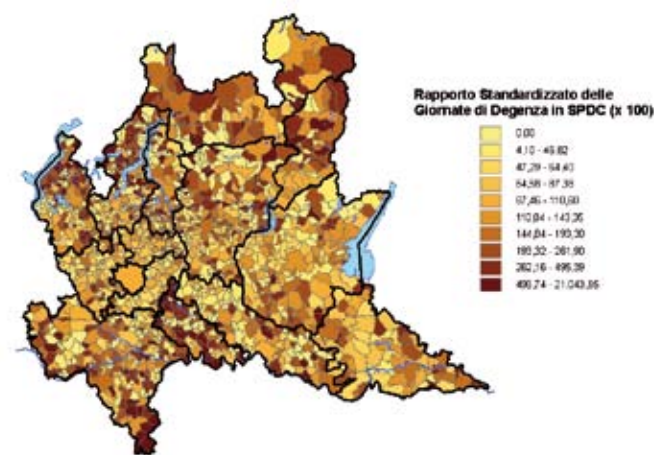
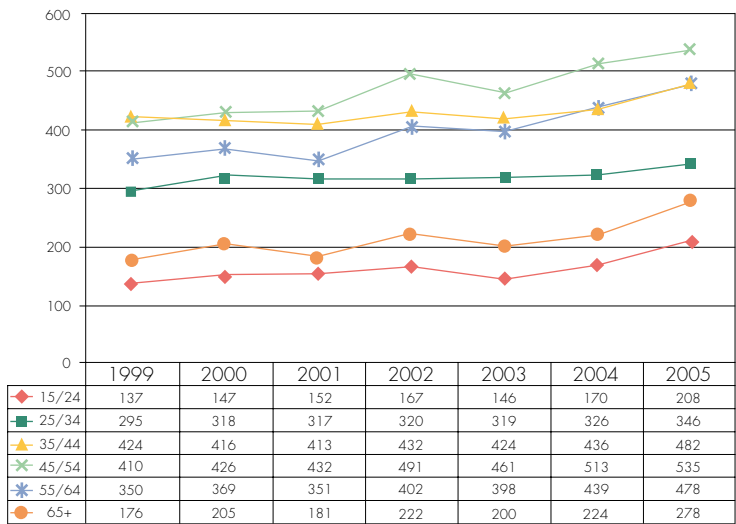


Figura 21 - Giornate di degenza in SPDC per classi di età - maschi (tassi per 10.000).



Figura 22 - Giornate di degenza in SPDC per classi di età - femmine (tassi per 10.000).



I tassi più elevati si evidenziano tra i giovani maschi e le donne di età media, mentre l'incremento maggiore riguarda in ambedue i sessi le persone al di sopra dei 54 anni.

Nei maschi le fasce di età con tassi più elevati sono le fasce 25/34 e 35/44 anni, nelle femmine le fasce 35-44 e 45-54 anni (Figure 21 e 22). In ambedue i sessi le fasce estreme (sotto i 24 anni e sopra i 65 anni) presentano i tassi minori. In ambedue i sessi, ed in particolare nei maschi, nelle fasce di età superiori ai 54 anni si osserva un incremento superiore alla media, mentre nelle fasce di età al di sotto dei 45 anni si osserva un incremento inferiore alla media.

TABELLA 7: GIORNATE DI DEGENZA IN SPDC PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	2,7%	2,3%	2,4%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	4,0%	4,7%	4,6%	4,1%	4,5%	4,6%	3,9%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	49,8%	48,3%	44,8%	44,2%	44,0%	42,1%	41,4%
F3 Sindromi affettive	23,1%	23,9%	24,9%	25,5%	25,2%	26,5%	25,8%
F4 Sindromi nevrotiche	5,1%	5,6%	6,4%	6,7%	6,7%	7,0%	7,5%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,6%	0,7%	0,7%	0,9%	0,5%	0,7%	0,7%
F6 Disturbi della personalità	12,7%	12,0%	13,5%	13,8%	13,1%	13,8%	14,7%
F7 Ritardo mentale	2,9%	2,8%	3,1%	2,5%	2,2%	2,0%	2,0%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,4%	0,5%	0,7%	0,8%	0,8%	0,7%	1,2%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%

TABELLA 8: GIORNATE DI DEGENZA IN SPDC PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000 > 14 ANNI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	3	4	4	4	8	7	8
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	11	14	14	13	13	14	13
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	136	139	137	141	133	129	139
F3 Sindromi affettive	63	69	76	81	76	81	87
F4 Sindromi nevrotiche	14	16	20	21	20	22	25
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	2	2	2	3	1	2	2
F6 Disturbi della personalità	35	35	41	44	40	42	49
F7 Ritardo mentale	8	8	9	8	7	6	7
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0	0	0	1	0	0	1
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	1	1	2	3	2	2	4
Nessun disturbo psichiatrico	0	0	0	0	1	0	1

Più di due terzi delle giornate di degenza in SPDC riguardano pazienti con disturbi schizofrenici e affettivi. Il peso percentuale della schizofrenia si riduce, mentre aumenta quello relativo ai disturbi affettivi e di personalità. Le diagnosi che hanno registrato il maggiore incremento sono i disturbi mentali organici, i disturbi nevrotici, di personalità ed affettivi, mentre è minore l'incremento della schizofrenia.

Le giornate di degenza erogate nei confronti dei pazienti con diagnosi di schizofrenia e di disturbo affettivo rappresentano la maggioranza (in media nei sette anni rispettivamente il 45% ed il 25% del totale), seguono come frequenza i disturbi di personalità, le nevrosi e i disturbi dovuti all'uso di sostanze (in media il 13%, il 6% ed il 4% del totale) (Tabella 7). Osservando i singoli anni, dal 1999 al 2005, il peso percentuale della schizofrenia si riduce di otto punti, mentre aumenta di tre punti quello relativo ai disturbi affettivi, di due punti quello relativo ai disturbi nevrotici e ai disturbi di personalità e di un punto quello relativo ai disturbi mentali organici.

Tra le diagnosi principali (Tabella 8), quelle che hanno registrato un incremento dei tassi di giornate di degenza superiore all'incremento complessivo sono i disturbi mentali organici (+139%), i disturbi nevrotici (+81%), i disturbi di personalità (+42%) e i disturbi affettivi (+37%), mentre mostrano un incremento minore dell'incremento complessivo i disturbi schizofrenici (+2%), i disturbi dovuti all'uso di sostanze (+21%) e il ritardo mentale (-14%).

5) OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

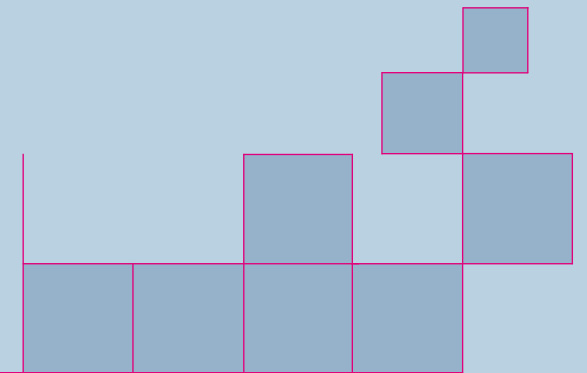
I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono state le prime strutture ad essere state attivate in modo diffuso sul territorio regionale fino dai primi anni dopo la riforma. Il numero di posti letto non è variato in modo significativo negli ultimi sette anni, mentre le risorse a loro attribuite sono aumentate di circa un terzo. Anche in questo caso, nonostante l'aumento complessivo della spesa per queste strutture, il peso percentuale degli SPDC nel quadro della spesa generale è diminuito, seppur in misura minore rispetto ai Centri Psicosociali.

Tra i pazienti trattati ogni anno nei Dipartimenti di Salute Mentale lombardi, uno su otto viene ricoverato in SPDC e il loro numero è aumentato di circa un quinto dal 1999 al 2005; i ricoveri sono invece aumentati in misura minore. I pazienti ricoverati in SPDC sono più giovani degli utenti che afferiscono alle altre strutture del Dipartimento di Salute Mentale: l'attività di ricovero in SPDC sembra rivolgersi soprattutto a utenti giovani di sesso maschile e a utenti di età media di sesso femminile, anche se il maggiore tasso di incremento riguarda i pazienti anziani. In confronto alla globalità dei pazienti trattati nei Dipartimenti di Salute Mentale, i pazienti ricoverati in SPDC vivono più frequentemente nella famiglia di origine, sono meno frequentemente occupati ed hanno un livello scolare più elevato.

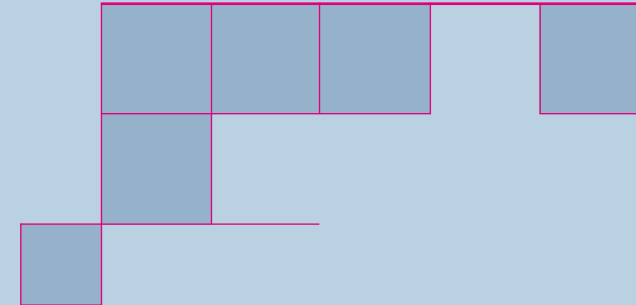
Per quanto riguarda le diagnosi, più di due terzi dell'attività erogata negli SPDC è rivolta ai disturbi schizofrenici e affettivi; seguono come frequenza i disturbi di personalità, le nevrosi e i disturbi dovuti all'uso di sostanze. La presenza dei pazienti con disturbi schizofrenici negli SPDC è diminuita in misura significativa, mentre è aumentata quella relativa ai pazienti con disturbi nevrotici, disturbi di personalità, disturbi affettivi e disturbi mentali organici. In particolare per quanto riguarda i disturbi mentali organici si assiste ad un raddoppio dei pazienti trattati e delle giornate di degenza erogate.

Su dieci pazienti ricoverati in SPDC, sette hanno un solo ricovero all'anno, mentre tre hanno due o più ricoveri. Il trend di questi anni va nella direzione di un incremento dei pazienti con ricoveri singoli e con due ricoveri all'anno, mentre non c'è variazione nel numero di pazienti con più di due ricoveri. La durata complessiva della degenza in SPDC, considerando tutti i ricoveri ricevuti all'anno, non supera le due settimane per più della metà dei pazienti; un paziente su quattro rimane ricoverato in SPDC dalle tre alle quattro settimane e solo uno su cinque più di un mese. Il trend va nella direzione di una riduzione dei pazienti con degenze complessive superiori ai due mesi in un anno. Mediamente un ricovero su dieci avviene in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio, e il loro numero è rimasto stabile negli anni.

Il ruolo degli SPDC all'interno della rete delle strutture non si è modificato in modo sostanziale: la rete di strutture è completa, la loro *mission* è chiara (la cura dei disturbi psichiatrici acuti, non trattabili a livello territoriale), è forse minore il loro peso all'interno del sistema sia in termini di pazienti ricoverati che di risorse attribuite tramite il processo di valorizzazione. Il SPDC è diventato una struttura con meno pazienti "revolving door" (pazienti con ricoveri ripetuti) e con meno pazienti lungodegenti, anche grazie allo sviluppo della rete di Strutture Residenziali. Non solo i pattern di trattamento sono cambiati, si è modificato anche il case mix, con un peso minore della schizofrenia e una presenza più frequente di pazienti con patologie diverse, alla volte al limite con altre specialità (come nel caso dei disturbi demenziali).



I CENTRI RESIDENZIALI DI TERAPIE PSICHIATRICHE



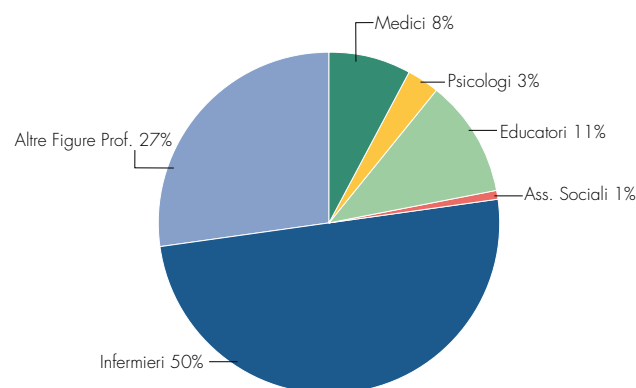
I CENTRI RESIDENZIALI DI TERAPIE PSICHIATRICHE

1) STRUTTURE, PERSONALE E VALORIZZAZIONE

I Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche (CRT) sono strutture organizzate secondo il principio della Comunità Terapeutica, deputate a realizzare programmi terapeutico-riabilitativi a termine e che richiedono la temporanea residenzialità del paziente in una struttura assistita lungo l'arco intero delle 24 ore. Alla fine degli anni '90 la rete dei CRT era quasi stata completata: erano attivi 40 CRT con 618 posti letto e 339 posti in regime di semiresidenzialità. Sette anni dopo il numero dei CRT era incrementato di 10 unità, arrivando a 50 (di cui 4 privati) con 816 posti letto (con un aumento del 32%) e 297 posti in regime di semiresidenzialità (con una riduzione del 12 %). Nel 2005 il tasso di posti letto in CRT è pari a 1 p/l per 10.000; il numero di posti letto in strutture pubbliche era 736, quelli in strutture private 80.

I CRT hanno in dotazione un quarto dei posti letto residenziali di Regione e i posti letto sono aumentati nel periodo 1999-2005 di circa un terzo.

Figura 1 - Ore annuali di lavoro erogate nel 2005 in CRT per figura professionale (%).



Le ore di lavoro sono aumentate di un terzo e vengono erogate prevalentemente da infermieri ed educatori. La valorizzazione è aumentata in misura maggiore rispetto alle ore di lavoro.

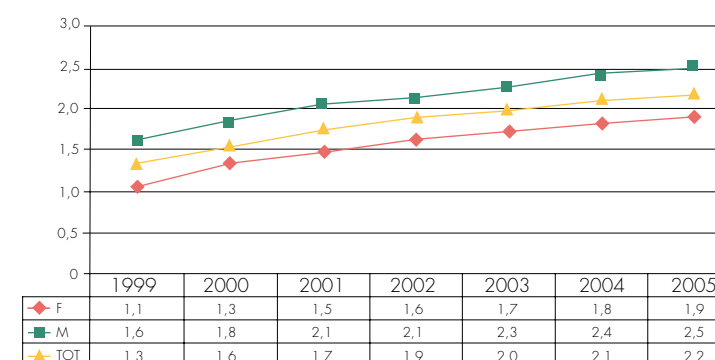
Le ore di lavoro erogate da tutte le figure professionali a livello di Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche sono aumentate del 30%, passando da 1.027.381 nel 1999 a 1.334.154 nel 2005. Il lavoro in queste strutture è incentrato su infermieri, educatori e altre figure professionali (quali OTA e OSA), mentre è minore il peso in termini di ore di lavoro di medici, psicologi e assistenti sociali (Figura 1).

La valorizzazione sull'attività di ricovero dei CRT, operata dalla Regione Lombardia tramite il flusso 46/SAN, è passata da 34.803.152 euro nel 2000 a 47.326.282 euro nel 2005, con un incremento del 36%. Mentre la valorizzazione operata sull'attività semiresidenziale si è ridotta del 12%, quella operata sulla residenzialità è aumentata del 44%. A fronte di un assorbimento di risorse nel 2000 pari al 20% della valorizzazione regionale per la salute mentale, nel 2005 i CRT hanno assorbito il 16%.

2) PAZIENTI TRATTATI

2.1 Caratteristiche socio-demografiche

Figura 2 - Pazienti ricoverati in CRT per sesso (tassi per 10.000).



Meno del 2% dei pazienti trattati ogni anno nei DSM viene ricoverato nel corso dell'anno in CRT e il loro numero è aumentato di due terzi nel periodo.

In media nei sette anni di valutazione 1,4% dei pazienti che compongono la prevalenza 1 anno sono stati ammessi almeno una volta all'anno nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche ed il loro tasso è aumentato complessivamente del 64% (Figura 2). I pazienti di sesso maschile hanno tassi costantemente superiori a quelli delle pazienti di sesso femminile, con percentuali di incremento maggiori nelle femmine (+78%) rispetto ai maschi (+54%).

Per quanto riguarda i tassi standardizzati di pazienti ricoverati nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche (Cartina 1), i valori più elevati sono evidenziati nella ASL di Sondrio, Mantova e Lecco.

Cartina 1 - Pazienti ricoverati nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche (rapporto standardizzato x 100).

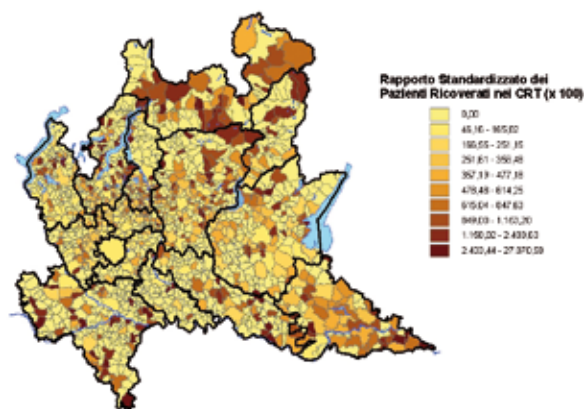


Figura 3 - Pazienti ricoverati in CRT per fasce di età - maschi (tassi per 10.000).

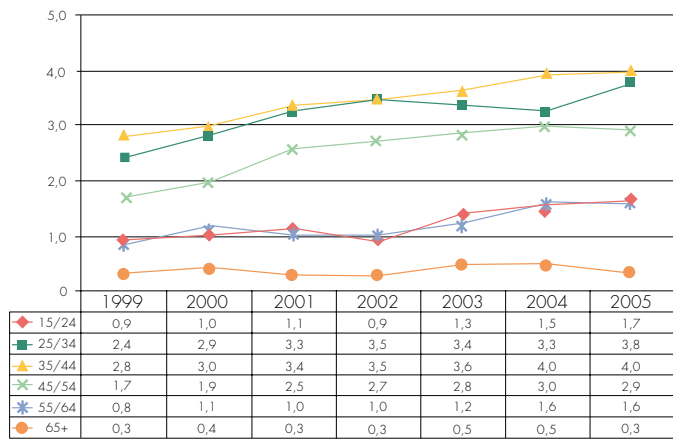
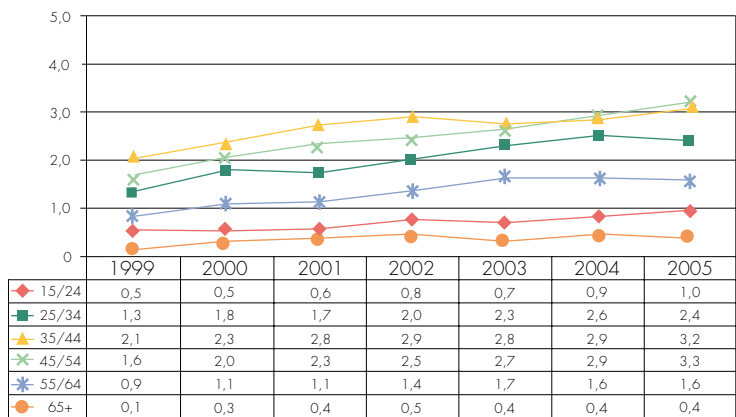


Figura 4 - Pazienti ricoverati in CRT per fasce di età - femmine (tassi per 10.000).



I pazienti ricoverati sono in maggioranza maschi e nei due terzi dei casi hanno meno di 45 anni.

Nei maschi i tassi più elevati sono nelle fasce 25/34 e 35/44, nelle femmine nelle fasce di età centrali 35/44 e 45/54. In ambedue i sessi le due fasce estreme (al di sotto dei 25 anni e al di sopra dei 65 anni) presentano i tassi minori. I pazienti ricoverati in CRT al di sotto dei 45 anni rappresentano in media il 70% dell’utenza maschile e il 58% di quella femminile: essi tendono a diminuire, passando nei maschi dal 72% del 1999 al 69% del 2005 e nelle femmine dal 61% del 1999 al 57% del 2005. Nei maschi le fasce di età che presentano nei sette anni un incremento superiore alla media sono le fasce di età centrali dai 35 ai 64 anni, mentre nelle femmine le fasce di età superiori ai 45 anni. In ambedue i sessi le fasce di età più giovani (15/24 e 25/34 anni) mostrano incrementi inferiori alla media.

Figura 5 - Pazienti ricoverati in CRT per stato civile - maschi (%).

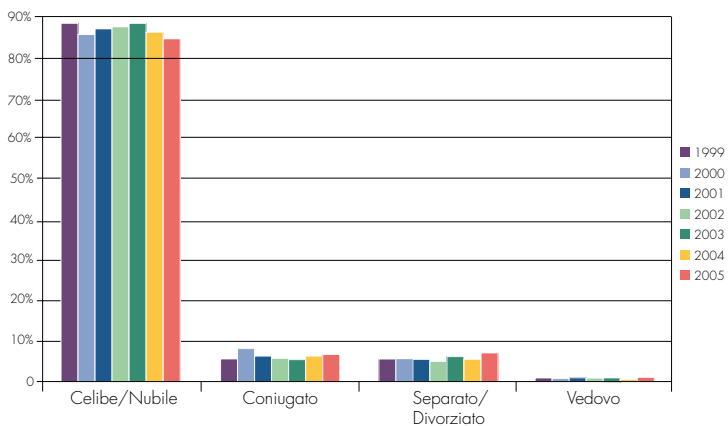
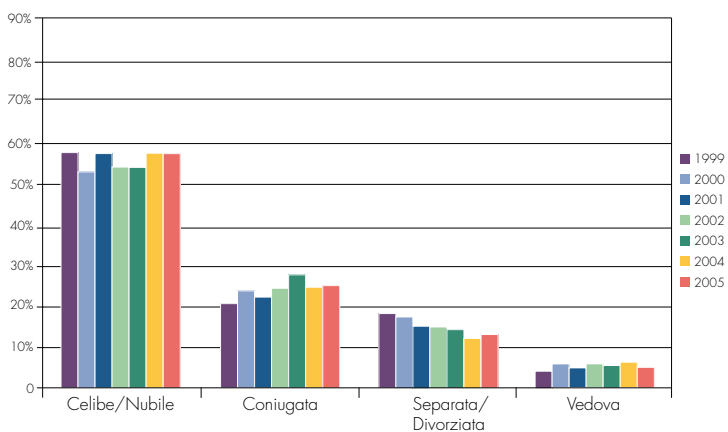


Figura 6 - Pazienti ricoverati in CRT per stato civile - femmine (%).



I pazienti ricoverati sono nella maggioranza dei casi celibi - nubili e vivono nella famiglia di origine. Questi dati riflettono la maggiore disabilità degli utenti, in particolare dei soggetti maschi.

Come nel caso del SPDC, i dati relativi allo stato civile riflettono la condizione socio-demografica più svantaggiata dei pazienti ricoverati in CRT rispetto ai casi prevalenti (Figure 5 e 6). Anche tra i casi prevalenti la maggioranza dei maschi è celibe e la maggioranza delle femmine è coniugata, ma tra i soggetti ricoverati in CRT la percentuale di celibi-nubili nei due sessi è ancora maggiore (nei maschi in media il 87% contro il 58% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 56% contro il 32% dei casi prevalenti).

Nelle femmine è anche significativa la percentuale di separate-divorziate (9% contro il 6% dei maschi). In termini di peso percentuale, lo stato civile nei maschi non è soggetto a modificazioni sostanziali, mentre nelle femmine si osserva un incremento delle donne coniugate (dal 20% nel 1999 al 25% nel 2005) ed una parallela riduzione delle separate-divorziate (dal 18% nel 1999 al 13% nel 2005).

Figura 7 - Pazienti ricoverati in CRT per collocazione socio-ambientale - maschi (%).

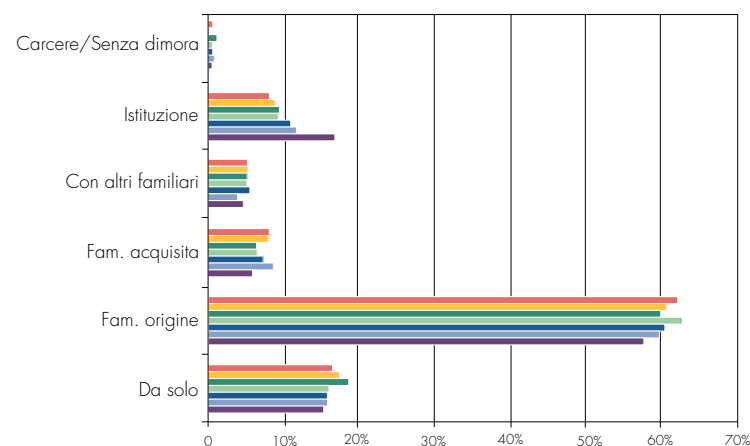
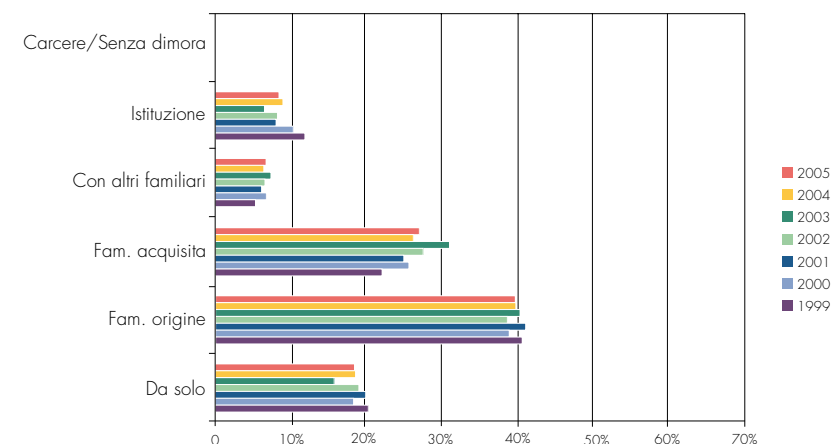


Figura 8 - Pazienti ricoverati in CRT per collocazione socio-ambientale - femmine (%).



I pazienti ricoverati in CRT vivono in misura percentualmente maggiore dei casi prevalenti nella famiglia di origine (nei maschi in media il 61% contro il 43% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 40% contro il 22% dei casi prevalenti) e percentualmente minore in famiglia acquisita (nei maschi in media il 7% contro il 34% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 26% contro il 52% dei casi prevalenti) (Figure 7 e 8). In termini di peso percentuale non si osservano modificazioni sostanziali, se si eccettua nelle femmine un netto incremento della percentuale dei pazienti di sesso femminile che vivono nella famiglia acquisita (dal 22% del 1999 al 27% del 2005) e dei pazienti di sesso maschile che vivono nella famiglia di origine (dal 58% del 1999 al 62% del 2005).

Figura 9 - Pazienti ricoverati in CRT per titolo di studio - maschi (%).

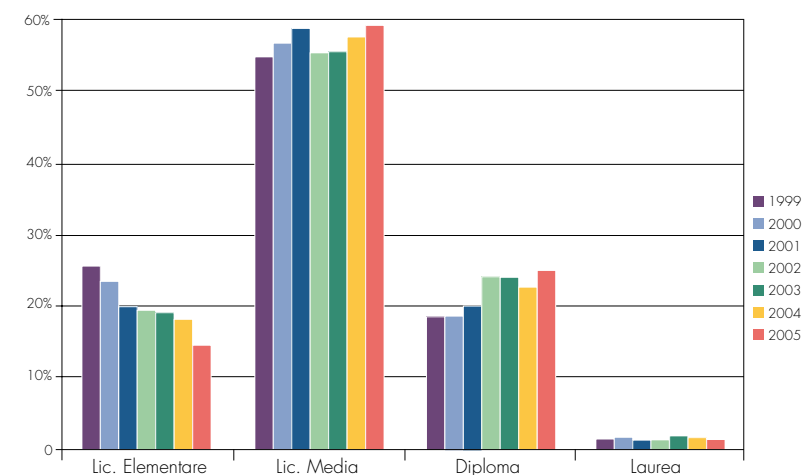
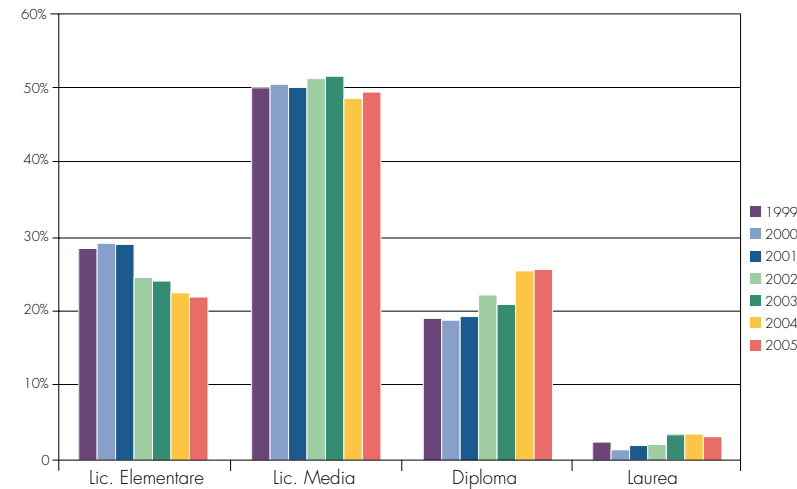


Figura 10 - Pazienti ricoverati in CRT per titolo di studio - femmine (%).



Il livello scolastico dei soggetti ricoverati è mediamente elevato e nei sette anni si osserva una maggiore affluenza dei soggetti con una scolarità più elevata. Otto pazienti su dieci non sono occupati, anche se negli anni aumenta la quota di utenti in età lavorativa con una occupazione.

I pazienti ricoverati in CRT hanno un livello di scolarità superiore a quello dei pazienti rilevati dalla prevalenza (Figure 9 e 10): nei due sessi è minore la percentuale di soggetti che hanno frequentato solo la scuola elementare (in media nei maschi il 21% contro il 27% della prevalenza; nelle femmine il 27% contro il 37% della prevalenza) e maggiore la percentuale di soggetti che hanno raggiunto il diploma di media inferiore (in media nei maschi il 56% contro il 46% della prevalenza; nelle femmine il 51% contro il 35% della prevalenza). La quota di soggetti con diploma di scuola superiore o laurea è inferiore ai dati di prevalenza (in media nei maschi il 23% contro il 27% della prevalenza; nelle femmine il 24% contro il 27% della prevalenza). In termini percentuali dal 1999 al 2005 diminuisce di nove punti nei maschi e sei punti nelle femmine la percentuale di soggetti con licenza elementare o meno, mostra un incremento di cinque punti solo nei maschi quella relativa ai pazienti con licenza media, mentre aumenta di sei punti nei maschi e di ben otto punti nelle femmine la percentuale di coloro che hanno raggiunto il diploma o la laurea.

2.2 Diagnosi

Tra i pazienti ricoverati in CRT in media otto pazienti su dieci non sono occupati, anche se si rileva una riduzione dei non occupati in ambedue i sessi (nei maschi si passa dal 85% del 1999 al 72% del 2005; nelle femmine dal 86% del 1999 al 80% del 2005).

TABELLA 1: PAZIENTI RICOVERATI IN CRT PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,8%	0,5%	0,6%	0,3%	0,7%	0,3%	0,4%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,3%	1,7%	1,2%	1,4%	1,9%	1,9%	2,0%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	65,8%	59,1%	58,8%	57,9%	57,5%	56,9%	57,5%
F3 Sindromi affettive	13,1%	15,9%	16,9%	16,5%	16,2%	16,5%	16,6%
F4 Sindromi nevrotiche	2,1%	3,4%	3,5%	4,7%	5,5%	5,2%	5,3%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,6%	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,7%
F6 Disturbi della personalità	13,0%	13,7%	13,8%	14,9%	14,4%	16,4%	15,2%
F7 Ritardo mentale	2,7%	4,4%	3,6%	2,3%	2,2%	1,6%	1,4%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,2%	0,5%	0,9%	1,4%	1,1%	0,6%	0,6%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%

TABELLA 2: PAZIENTI RICOVERATI IN CRT PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

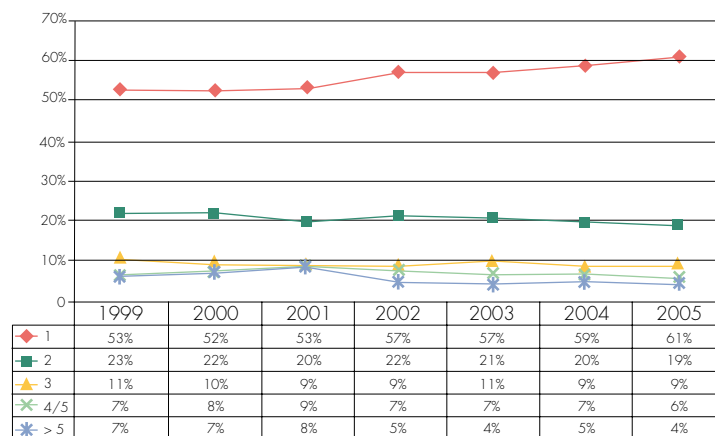
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,02	0,03	0,02	0,03	0,04	0,04	0,04
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	0,82	0,89	0,99	1,03	1,09	1,13	1,17
F3 Sindromi affettive	0,16	0,24	0,28	0,30	0,31	0,33	0,34
F4 Sindromi nevrotiche	0,03	0,05	0,06	0,08	0,10	0,10	0,11
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01
F6 Disturbi della personalità	0,16	0,21	0,23	0,27	0,27	0,33	0,31
F7 Ritardo mentale	0,03	0,07	0,06	0,04	0,04	0,03	0,03
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,00	0,01	0,02	0,03	0,02	0,01	0,01
Nessun disturbo psichiatrico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01

Le diagnosi di schizofrenia, disturbo affettivo e di personalità coprono il 90% dell'utenza.

I pazienti con diagnosi di schizofrenia rappresentano in media il 59% dell'utenza del CRT, seguono come frequenza i disturbi affettivi (in media il 16%) e di personalità (in media il 14% del totale). Il peso percentuale della schizofrenia nei singoli anni si riduce ed aumenta quello relativo ai disturbi affettivi, nevrotici e di personalità (Tabella 1). Tra le diagnosi più frequenti, quelle che in termini di tassi hanno registrato il maggior incremento sono le sindromi nevrotiche (+304%) i disturbi affettivi (+107%) e i disturbi di personalità (+91%), mentre i tassi relativi alla schizofrenia hanno subito un incremento minore (+43%) (Tabella 2).

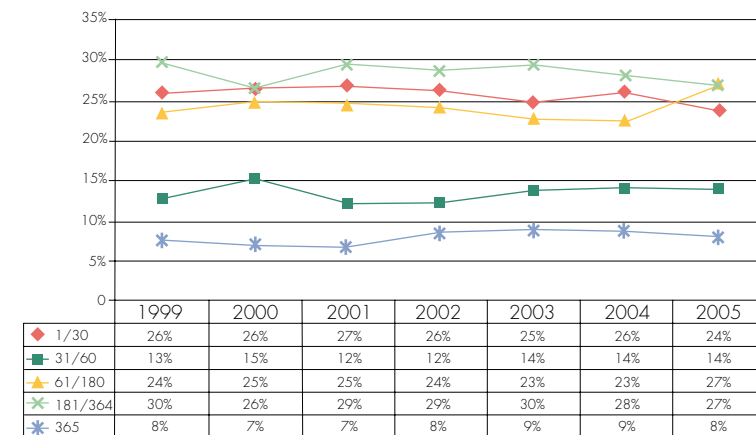
2.3 Pattern di trattamento

Figura 11 - Pazienti per numero di ricoveri in CRT all'anno (%).



Più della metà dei pazienti ricoverati in CRT hanno un solo ricovero all'anno (Figura 11), un quinto dei pazienti due ricoveri e un altro quinto più di due. Il trend di questi anni va nella direzione di un aumento maggiore della media per i pazienti con ricoveri singoli (+84%), mentre in tutte le altre classi l'incremento è inferiore all'incremento medio dei pazienti ricoverati in CRT.

Figura 12 - Pazienti per numero di giornate di degenza in CRT all'anno (%).

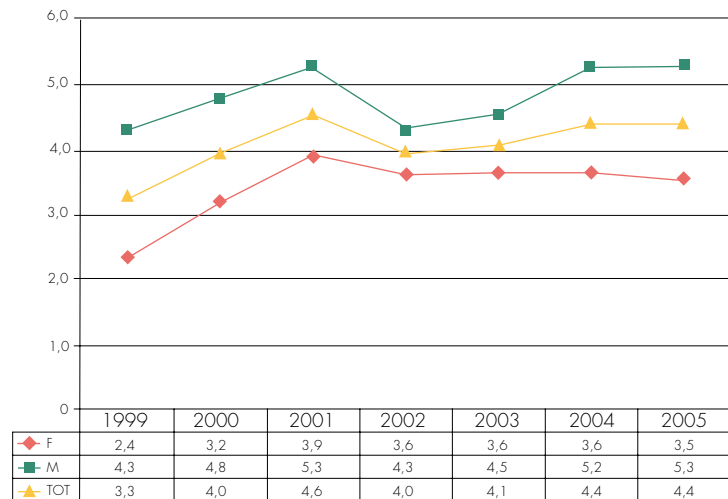


I pazienti ricoverati nei CRT hanno nel corso dell'anno un solo ricovero e rimangono ricoverati nella struttura in due terzi dei casi meno di sei mesi, questi dati confermano la funzione del CRT come struttura legata alla medio degenza riabilitativa.

Considerando le giornate di degenza che complessivamente un paziente ha ricevuto all'anno (Figura 12), in media il 40% dei pazienti rimane ricoverato in CRT meno di due mesi, il 24% tra i due e i sei mesi, e il restante 36% più di sei mesi. Si osserva un incremento superiore alla media per il numero di pazienti ricoverati dai 60 ai 180 giorni (+110%) ed un incremento inferiore per quelli con meno di 60 giorni (+79%) e più di 180 (+68%). Questi dati confermano la funzione del CRT come struttura legata alla medio degenza riabilitativa, senza modificazioni significative negli anni (solo un terzo dei pazienti rimane ricoverata più di 180 giorni in un anno).

3) RICOVERI

Figura 13 - Ricoveri in CRT per sesso (tassi per 10.000).



Il tasso relativo ai ricoveri in CRT (Figura 13) è cresciuto del 33% dal 1999 al 2005, con valori costantemente superiori nei maschi, anche se negli anni la forbice tra i due sessi si è ridotta. L'incremento è stato comunque maggiore nelle femmine (+50%) rispetto ai maschi (+23%).

Figura 14 - Ricoveri in CRT per classi di età - maschi (tassi per 10.000).

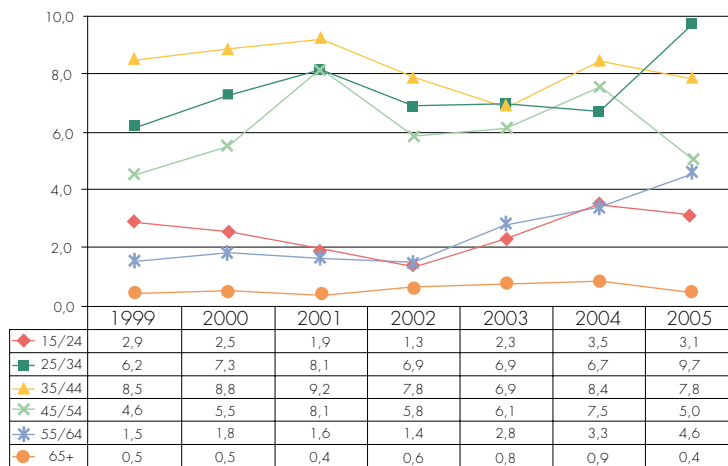
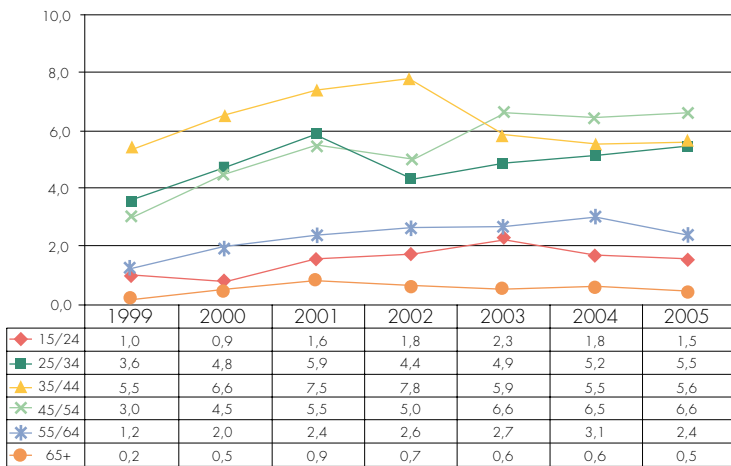


Figura 15 - Ricoveri in CRT per classi di età - femmine (tassi per 10.000).



I ricoveri in CRT sono cresciuti di un terzo e riguardano soprattutto le fasce di età centrali, con un picco per i maschi nelle fasce giovani e per le femmine in età media. Si riduce però nel periodo la percentuale di soggetti giovani ricoverati.

Nei maschi le fasce di età 25/34 e 35/44 anni presentano i tassi più elevati, mentre nelle femmine sono le fasce 35/44 e 45/54 anni ad avere i tassi maggiori (Figure 14 -15). In ambedue i sessi le fasce estreme (sotto i 24 anni e sopra i 65 anni) presentano i tassi minori.

Complessivamente i ricoveri dei pazienti con meno di 45 anni sono diminuiti percentualmente tra il 1999 e il 2005: nei maschi sono passati dal 75% al 71%, nelle femmine dal 71% al 59%.

Nei maschi le fasce di età che presentano nel periodo 1999-2005 un incremento superiore alla media sono sia quella 25/34 anni che quella 55/64 anni, mentre nelle femmine sono le fasce di età più anziane, al di sopra dei 55 anni.

TABELLA 3: RICOVERI IN CRT PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%	0,5%	0,4%	0,5%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,9%	1,2%	1,4%	1,3%	1,3%	1,3%	1,7%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	68,5%	63,1%	59,7%	60,5%	60,4%	57,5%	59,6%
F3 Sindromi affettive	10,5%	12,9%	14,6%	14,0%	14,6%	15,2%	14,4%
F4 Sindromi nevrotiche	1,4%	3,5%	4,0%	4,2%	4,8%	5,5%	5,0%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,2%	0,6%	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,5%
F6 Disturbi della personalità	11,5%	13,5%	15,6%	16,5%	15,0%	17,2%	15,5%
F7 Ritardo mentale	6,1%	4,2%	3,1%	2,0%	2,2%	2,0%	2,0%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,1%	0,3%	0,5%	0,8%	1,0%	0,5%	0,4%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%

TABELLA 4: RICOVERI IN CRT PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

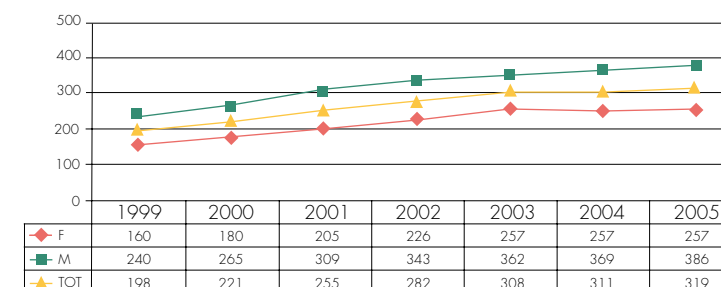
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	2,2	2,4	2,7	2,3	2,3	2,4	2,4
F3 Sindromi affettive	0,3	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6
F4 Sindromi nevrotiche	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F6 Disturbi della personalità	0,4	0,5	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6
F7 Ritardo mentale	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nessun disturbo psichiatrico	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Le diagnosi di schizofrenia, disturbo affettivo e di personalità coprono il 90% dei ricoveri.

I ricoveri di pazienti con diagnosi di schizofrenia rappresentano la maggioranza dei ricoveri (nei sette anni in media il 61% del totale), seguono come frequenza i disturbi affettivi (14%) e i disturbi di personalità (15%) (Tabella 3). Dal 1999 al 2005 il peso percentuale della schizofrenia si riduce di otto punti, mentre aumenta di quattro punti quello relativo ai disturbi nevrotici, ai disturbi di personalità e ai disturbi affettivi.

Le diagnosi che hanno registrato un incremento superiore alla media in termini di tasso di ricovero sono i disturbi nevrotici (+365%), i disturbi di personalità (+75%) e i disturbi affettivi (+78%), mentre l'incremento è inferiore alla media nel caso della schizofrenia (+13%) (Tabella 4).

4) GIORNATE DI DEGENZA

Figura 16 - Giornate di degenza in CRT per sesso (tassi per 10.000).

Nel periodo 1999-2005 le giornate di degenza sono aumentate di due terzi e vengono erogate in misura maggiore nei confronti di utenti di sesso maschile. Sono privilegiate per i maschi le fasce di età più giovani e per le femmine quelle centrali. L'incremento maggiore riguarda però le fasce di utenza più anziane.

Le giornate di degenza nei maschi sono costantemente superiori di circa un terzo a quelle erogate alle femmine (Figura 16). Complessivamente il numero di giornate di degenza in CRT è cresciuto del 62%, in misura maggiore nelle femmine (+64%) rispetto ai maschi (+60%).

Per quanto riguarda i tassi standardizzati di giornate di degenza nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche (Cartina 2), i valori più elevati sono evidenziati nelle fasce settentrionale e centrali di Regione.

Cartina 2 - Giornate di degenza erogate nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche (rapporto standardizzato x 100).

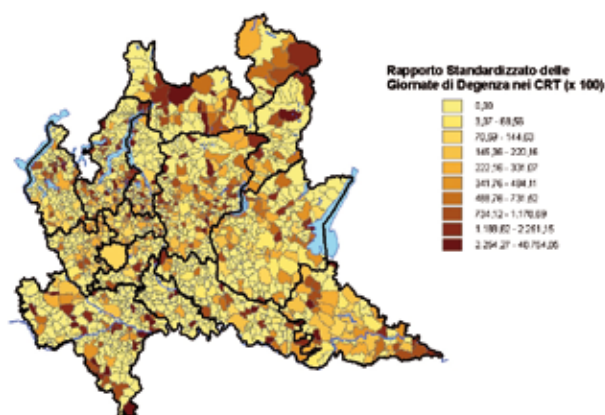


Figura 17 - Giornate di degenza in CRT per classi di età - maschi (tassi per 10.000).

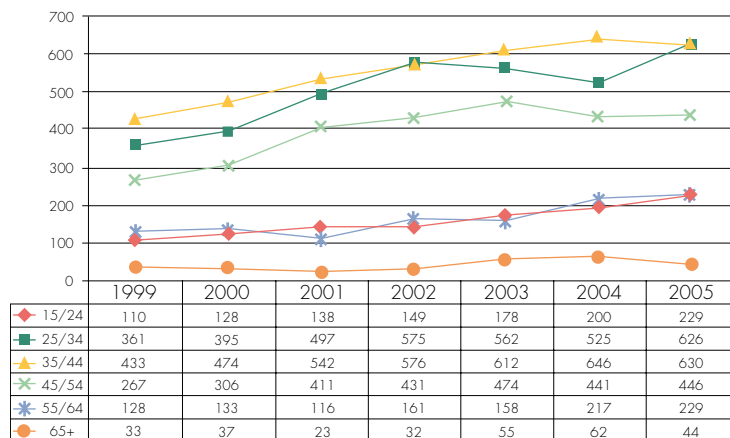
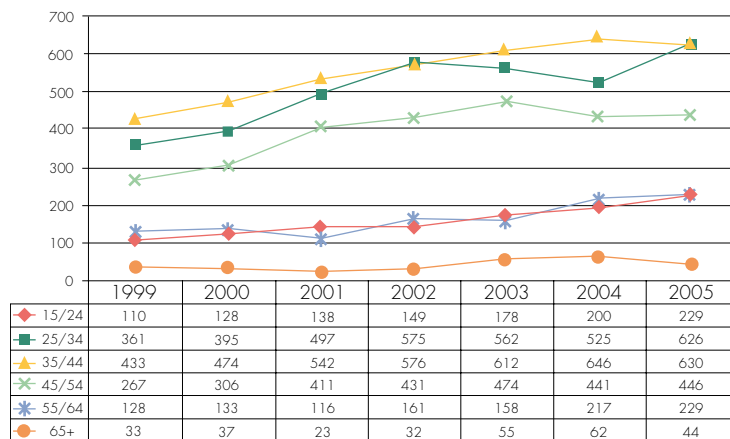


Figura 18 - Giornate di degenza in CRT per classi di età - femmine (tassi per 10.000).



I tassi più elevati sono rilevati nei maschi nelle fasce di età 25/34 e 35/44 anni e nelle femmine nelle fasce 35/44 e 45/54 anni (Figure 17 e 18). In ambedue i sessi le fasce estreme (sotto i 24 anni e sopra i 65 anni) presentano i tassi minori. Un incremento superiore a quello complessivo si osserva sia nei maschi che nelle femmine nella fascia di età più giovane, al di sotto dei 24 anni; un analogo incremento è presente nei maschi nelle fasce 45/54 e 55/64 anni e nelle femmine nelle fasce di età superiori (45/54 e al di sopra dei 65 anni).

TABELLA 5: GIORNATE DI DEGENZA IN CRT PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,8%	0,8%	0,3%	0,5%	0,7%	0,4%	0,4%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%	1,3%	1,2%	1,4%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	72,6%	69,6%	68,5%	65,8%	64,8%	63,8%	65,9%
F3 Sindromi affettive	9,2%	9,6%	10,5%	11,0%	10,5%	10,9%	10,9%
F4 Sindromi nevrotiche	2,3%	3,1%	2,4%	4,3%	4,5%	4,2%	3,5%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,2%	0,5%	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,5%
F6 Disturbi della personalità	10,8%	11,7%	13,2%	14,4%	15,5%	16,9%	15,5%
F7 Ritardo mentale	2,8%	3,2%	2,9%	1,8%	1,7%	1,6%	1,3%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,3%	0,3%	0,4%	0,6%	0,8%	0,4%	0,4%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%

TABELLA 6: GIORNATE DI DEGENZA IN CRT PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,6	1,6	0,8	1,4	1,9	1,2	1,1
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,9	2,4	3,0	3,4	3,8	3,6	4,2
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	136,9	149,1	169,0	178,1	190,3	187,3	197,8
F3 Sindromi affettive	17,3	20,6	25,8	29,7	30,9	31,9	32,7
F4 Sindromi nevrotiche	4,3	6,6	6,0	11,6	13,1	12,4	10,6
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,3	1,0	1,0	0,6	0,6	0,7	1,5
F6 Disturbi della personalità	20,3	25,1	32,6	39,1	45,6	49,7	46,6
F7 Ritardo mentale	5,3	6,8	7,2	4,8	4,9	4,8	3,9
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,1	0,3	0,2	0,2	0,0	0,3	0,1
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,5	0,7	1,1	1,7	2,4	1,2	1,3
Nessun disturbo psichiatrico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,4

Le diagnosi di schizofrenia rappresenta da sola due terzi delle giornate di degenza erogate. I disturbi di personalità, oltre a rappresentare un sesto del totale, mostrano anche un significativo incremento.

Tre diagnosi raccolgono oltre il 90% delle giornate di degenza erogate (Tabella 5): quelle erogate nei confronti dei pazienti con diagnosi di schizofrenia rappresentano da sole due terzi del totale (in media nei sette anni il 67.3%), seguono come frequenza le giornate rivolte ai pazienti con disturbi di personalità (in media 14%) e affettivi (in media il 10.4%). Osservando i singoli anni, dal 1999 al 2005 il peso percentuale della schizofrenia si riduce di nove punti, mentre aumenta di un punto quello relativo ai disturbi affettivi, di due punti quello relativo ai disturbi nevrotici e di sei punti quello relativo ai disturbi di personalità.

Tra le quattro diagnosi più frequenti, quelle che hanno registrato un incremento maggiore della media dei tassi relativi alle giornate di degenza sono i disturbi affettivi (+90%), i disturbi di personalità (+130%) e quelli nevrotici (+146%), mentre l'incremento delle giornate di degenza relative alla schizofrenia è inferiore alla media (Tabella 6).

5) INTERVENTI EROGATI

Il numero medio di interventi strutturati erogati per giornata di degenza passa da 1,5 nel 1999 a 1,7 nel 2005. È comunque da rilevare come il numero medio di interventi erogati durante la singola giornata di degenza sia relativamente basso, ad indicare probabilmente una non completa rilevazione degli interventi strutturati erogati e quindi una difficoltà a fotografare in modo preciso le attività erogate.

TABELLA 7: INTERVENTI EROGATI IN CRT PER TIPO DI INTERVENTO (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Visita colloquio (tutte le figure prof.)	9,8%	12,1%	12,0%	11,7%	11,6%	12,2%	13,5%
Valutazione	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%
Psicoterapia individuale	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%	0,7%
Psicoterapia della famiglia	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Presenze in gruppo di psicoterapia	1,4%	1,1%	0,8%	1,1%	0,9%	0,8%	0,9%
Colloquio con i familiari	1,2%	1,3%	1,3%	1,4%	1,5%	1,5%	1,5%
Intervento psicoeducativo	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%
Presenze in gruppo di familiari	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Riunioni sui casi interne alle UOP	3,0%	3,0%	3,0%	2,9%	3,0%	3,6%	4,2%
Riunioni con altre strutt. sanitarie	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%
Riunioni con gruppi non istituzionali	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
Intervento individuale sulle abilità di base, sociali, etc.	16,3%	16,7%	18,5%	19,6%	23,8%	26,2%	25,9%
Presenze in gruppo incentrato sulle abilità di base, sociali, etc.	19,9%	14,4%	12,8%	15,6%	14,3%	13,5%	12,7%
Intervento individuale di risocializzazione	7,3%	7,3%	7,8%	6,9%	5,2%	5,2%	6,1%
Presenze in gruppo di risocializzazione	29,0%	30,4%	30,6%	27,2%	26,8%	24,6%	23,8%
Presenze in gruppo di attività espressive	5,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,2%	5,6%	5,0%
Presenze in gruppo di attività corporea	2,9%	3,3%	2,9%	3,2%	2,8%	2,7%	2,3%
Inserimenti lavorativi	0,1%	0,4%	0,3%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%
Intervento di supporto sociale	1,2%	1,2%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%

Per ogni giornata di degenza vengono erogate circa due interventi strutturati. Le attività sono erogate sotto forma di gruppo in quattro interventi su dieci. Gli interventi di risocializzazione individuali o di gruppo rappresentano gli interventi più frequentemente erogati.

Le attività di riabilitazione e risocializzazione caratterizzano l'offerta dei CRT (Tabella 7): gli interventi più frequentemente erogati sono i gruppi di risocializzazione, i gruppi incentrati sul recupero delle abilità di base e sociali, gli interventi individuali di risocializzazione e sulle abilità di base e sociali.

Si ricorda che nelle strutture residenziali e semiresidenziali non sono rilevati sia gli interventi di supporto alla vita quotidiana, che le somministrazioni dirette di farmaci in quanto interventi già compresi all'interno del pacchetto assistenziale erogato durante la giornate di degenza residenziale o la presenza semiresidenziale.

TABELLA 8: ATTIVITÀ EROGATE NEI CRT (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Attività psichiatrica	6%	6%	7%	6%	6%	6%	6%
Attività psicologica-psicoterapica	4%	4%	3%	3%	3%	3%	3%
Attività infermieristica	3%	5%	4%	4%	4%	4%	6%
Attività rivolta alla famiglia	1%	2%	1%	2%	2%	2%	2%
Attività di coordinamento	3%	3%	3%	3%	4%	4%	5%
Attività di riabilitazione	36%	32%	32%	36%	39%	41%	40%
Attività di risocializzazione	45%	48%	48%	44%	41%	38%	38%
Attività di supporto sociale	1%	1%	2%	2%	2%	2%	2%

TABELLA 9: ATTIVITÀ EROGATE NEI CRT (TASSI PER 10.000)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Attività psichiatrica	18	19	25	21	24	26	32
Attività psicologica-psicoterapica	13	11	11	12	12	14	17
Attività infermieristica	9	14	15	13	14	18	32
Attività rivolta alla famiglia	5	5	5	6	6	7	9
Attività di coordinamento	11	11	13	12	14	19	26
Attività di riabilitazione	113	100	118	131	152	180	216
Attività di risocializzazione	140	152	177	161	161	170	206
Attività di supporto sociale	4	5	6	6	6	7	9

Le attività di riabilitazione stanno acquisendo un ruolo sempre maggiore, mentre si riduce il ruolo dell'attività di risocializzazione. Poco significativo il ruolo svolto dall'attività rivolta alla famiglia o dall'attività di supporto sociale.

I profili di attività erogati più frequentemente dai CRT sono le attività di risocializzazione (in media nei sei anni il 44%) e di riabilitazione (in media il 36%); tutte le altre attività presentano valori compresi tra il 2%-4%, con l'esclusione dell'attività psichiatrica che presenta valori intorno al 6% (Tabella 8). L'attività di risocializzazione è scesa di sette punti percentuali a fronte del parallelo aumento di cinque punti delle attività di riabilitazione, ad indicare una maggiore attitudine riabilitativa di queste strutture.

Le diverse attività presentano incrementi differenziati nel periodo dal 1999 al 2005 (Tabella 9). L'incremento è particolarmente significativo per l'attività infermieristica (+245%) e di coordinamento (149%), intermedio per l'attività di riabilitazione (+91%), rivolte alla famiglia (100%), di supporto sociale (+103%) e psichiatrica (+80%), minore per le attività di risocializzazione (+47%) e psicoterapica (+35%).

6) OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

I Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche hanno conosciuto una crescita significativa in questi anni, anche se minore rispetto a quella delle Comunità Protette. Lo sviluppo di questo settore è testimoniato sia dall'aumento di un terzo del numero di posti letto, che è arrivato ad eguagliare il tasso di posti letto in SPDC, sia dall'incremento di più di un terzo delle risorse a loro attribuite in sede regionale. Il personale che vi lavora è costituito prevalentemente da infermieri (è la struttura insieme con il SPDC in cui lavorano più infermieri), con una presenza doppia di questa figura professionale rispetto a quella del personale di assistenza.

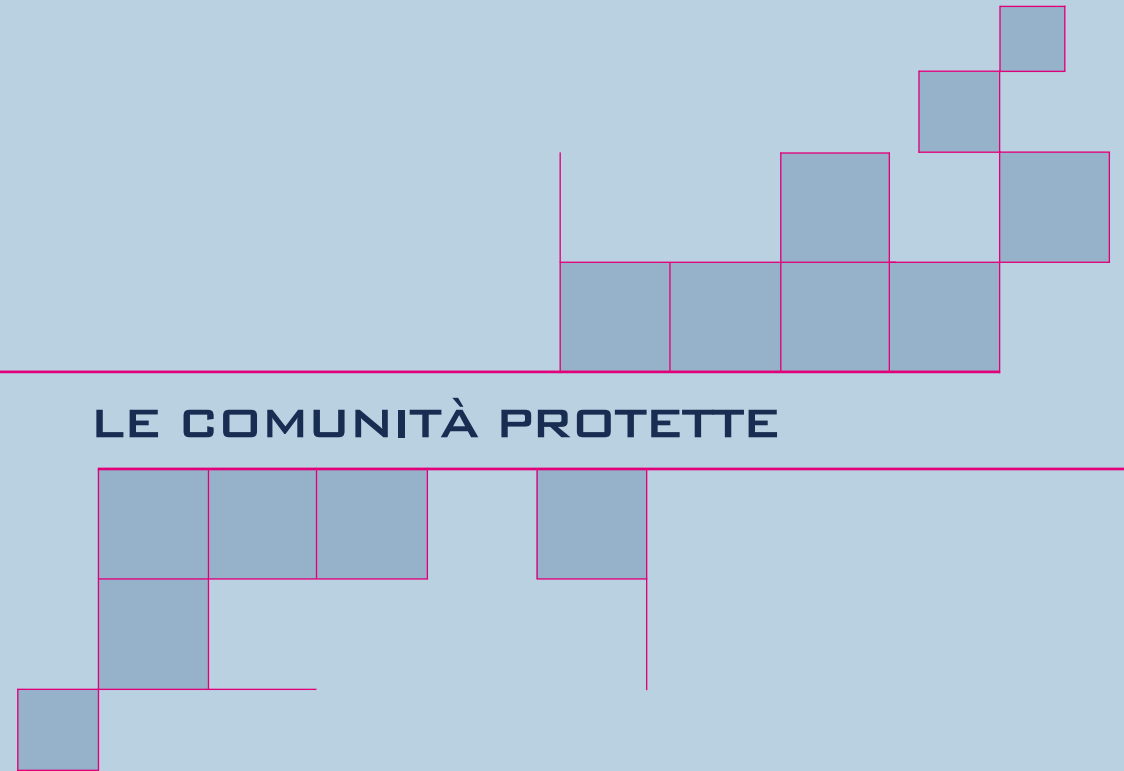
Ogni anno un paziente su settanta tra quelli trattati nei DSM viene ricoverato nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche lombardi e la crescente attività di queste strutture è evidenziata dall'aumento dei pazienti trattati (+64%), dei ricoveri (+33%) e delle giornate di degenza erogate (+62%).

Chi sono gli utenti? Secondo i Piani Regionali che li hanno istituiti e attivati, i Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche dovrebbero essere strutture delegate a trattare in chiave riabilitativa, prevalentemente anche se non esclusivamente, pazienti appartenenti alle fasce di età più giovani e con una rete familiare e sociale presente a livello territoriale. E in effetti due terzi dei pazienti ammessi in Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche hanno meno di 45 anni, più di due terzi vivono nella famiglia di origine o in quella acquisita, più di un quarto raggiunge un livello elevato di scolarità, anche se in otto casi su dieci non svolgono alcuna attività lavorativa. La loro condizione socio-demografica è più svantaggiata ad esempio di quella dei pazienti trattati nei Centri Psicosociali, ma il loro inserimento sociale è sicuramente migliore dei pazienti residenti in Comunità Protetta. Per quanto riguarda le diagnosi, su dieci pazienti ricoverati sei soffrono di schizofrenia e tre di disturbo affettivo o di personalità. In termini di giornate di degenza quasi due terzi dell'attività erogata è rivolta ai disturbi schizofrenici, mentre i disturbi di personalità e quelli affettivi assorbono la restante parte.

I Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche, sempre nell'ottica programmatoria regionale, rappresentavano strutture finalizzate a trattamenti residenziali non lungodegenziali e in effetti la durata media della degenza per paziente all'anno non supera i cinque mesi e solo un terzo dei pazienti rimane ricoverato più di sei mesi all'anno.

L'attività dei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche sembra orientarsi in misura sempre maggiore verso gli interventi di carattere riabilitativo, con una riduzione della quota relativa all'attività di risocializzazione. Non sembra però esserci spazio per altri tipi di attività quali quelle rivolte alla famiglia o quelle di supporto sociale, che dovrebbero avere invece un peso maggiore, dato che gli utenti, da reinserire nel territorio, sono nei due terzi dei casi relativamente giovani e vivono nella famiglia di origine o con un partner.

LE COMUNITÀ PROTETTE



LE COMUNITÀ PROTETTE

1) STRUTTURE, PERSONALE E VALORIZZAZIONE

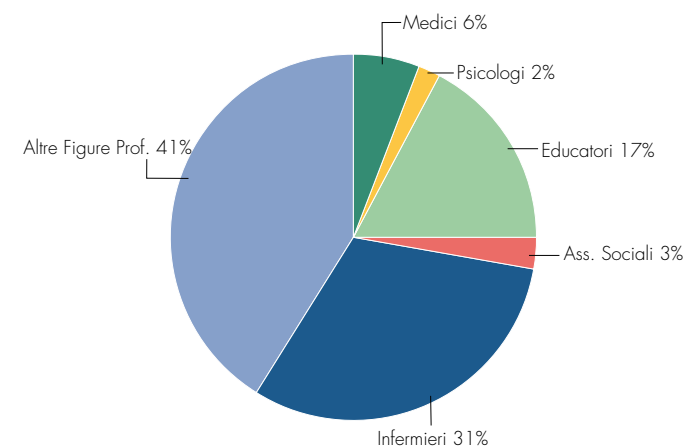
Le Comunità Protette sono strutture residenziali, che offrono programmi riabilitativi e risocializzanti ai pazienti con disturbi mentali gravi di carattere cronico. Questi trattamenti sono intesi a sostenere e a sviluppare le residue capacità di autonomia e sono da attuarsi in condizioni di residenzialità protetta. Le Comunità Protette assicurano diversi livelli di protezione: da un'assistenza continuativa nelle 24 ore per gli ospiti con problemi clinici, comportamentali e di disabilità più gravi, ad un'assistenza limitata per gli ospiti con parziale autonomia personale.

Alla fine degli anni '90 la rete di Comunità Protette non era stata ancora completata: nel 1999 erano attive 108 CP con 905 posti letto. Sotto la spinta delle dimissioni dagli ex Ospedali Psichiatrici e grazie all'ingresso nel sistema degli erogatori privati nel 2005 le Comunità Protette sono diventate 211, di cui 111 pubbliche e 100 private. Il numero di posti letto in sette anni si è più che duplicato (+161%), arrivando con 2.363 posti letto (pari ad un tasso di 2,9 per 10.000), di cui 954 in strutture pubbliche e 1.409 in private. Sono presenti anche 183 posti in regime di semiresidenzialità, siti prevalentemente (87%) nelle strutture pubbliche.

Le Comunità Protette hanno visto aumentare del 160% il numero di posti letto e hanno sicuramente rappresentato le strutture con il maggiore sviluppo nel periodo.

La maggioranza delle Comunità Protette prevedono un regime assistenziale sulle 24 ore (49% delle strutture e 65% dei posti letto), un terzo prevede più di 8 ore giornaliere (33% delle strutture e 28% dei posti letto) e meno di un quinto meno di 8 ore (18% delle strutture e 7% dei posti letto). Rispetto alla dicotomia pubblico privato, appartengono a erogatori privati il 68% dei posti letto in strutture con personale di assistenza presente sulle 24 ore, il 50% dei posti letto in strutture con personale presente più di 8 ore, ma non nell'intera giornata, e il 19% dei posti letto in strutture con personale presente meno di 8 ore.

Figura 1 - Ore annuali di lavoro erogate nel 2005 nelle Comunità Protette per figura professionale (%).



Le ore di lavoro nelle Comunità Protette, erogate prevalentemente da infermieri e personale di assistenza, sono quasi triplicate. La valorizzazione è cresciuta del 149%, assorbendo circa il 40% delle risorse regionali.

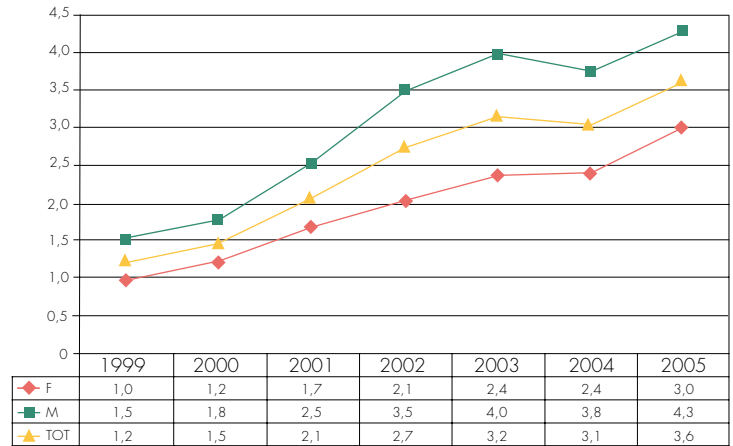
Le ore di lavoro erogate da tutte le figure professionali a livello di Comunità Protette sono aumentate del 182% passando da 1.112.294 nel 1999 a 3.140.076 nel 2005. Il lavoro in queste strutture è incentrato su figure professionali di assistenza (quali OTA e OSA), infermieri e educatori, mentre è minore il peso in termini di ore di lavoro di medici, psicologi e assistenti sociali (Figura 1).

La valorizzazione sull'attività di ricovero delle Comunità Protette, operata dalla Regione Lombardia tramite il flusso 46/SAN, è raddoppiata, passando da 45.832.141 euro nel 2000 a 113.972.063 euro nel 2005, con un incremento del 149 %. Mentre la valorizzazione operata sulla residenzialità è aumentata del 154%, quella relativa all'attività semiresidenziale ha subito un incremento nettamente inferiore (+10%). Le Comunità Protette hanno assorbito nel 2005 il 39% della valorizzazione regionale per la salute mentale, a fronte dal 27% del 2000.

2) I PAZIENTI TRATTATI

2.1 Caratteristiche socio-demografiche

Figura 2 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per sesso (tasso per 10.000).



Il numero dei pazienti trattati è triplicato, con una prevalenza di utenti di sesso maschile. La maggioranza degli utenti ha un'età compresa tra 45 e 64 anni, anche se in ambedue i sessi il maggiore incremento è osservato nelle fasce di età più giovani. I pazienti sono residenti prevalentemente nei comuni siti nella fascia centrale di Regione.

Mediamente ogni anno, tra i pazienti che vengono trattati nei servizi lombardi, due su cento sono ammessi nelle Comunità Protette ed il loro tasso è triplicato negli ultimi sette anni (+ 191%) (Figura 2). I pazienti di sesso maschile hanno tassi superiori di circa un terzo a quelli delle pazienti di sesso femminile, ma l'incremento è maggiore nelle femmine (+206%) rispetto ai maschi (+180%). Per quanto riguarda i tassi standardizzati di pazienti ricoverati in Comunità Protette (Cartina 1), i valori sembrano relativamente dispersi. È possibile rilevare valori più elevati nelle aree centrali della Lombardia ed in particolare nelle ASL di Brescia, Mantova, Lodi, Bergamo, Lecco, Como e Sondrio.

Cartina 1 - Pazienti ricoverati nelle Comunità Protette (rapporto standardizzato x 100).

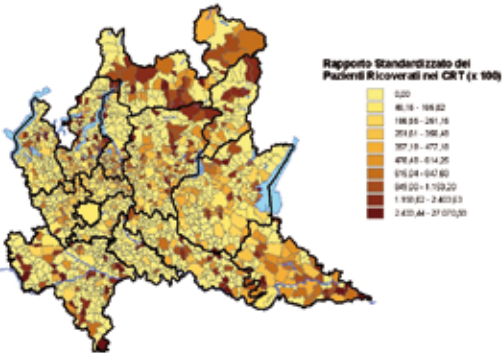


Figura 3 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per fasce di età - maschi (tasso per 10.000).

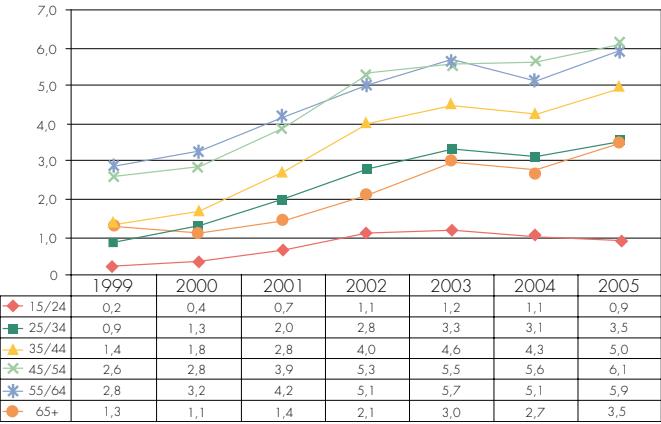
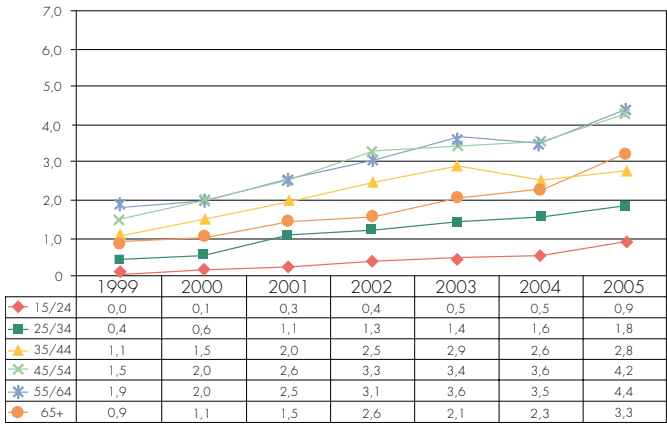


Figura 4 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per fasce di età - femmine (tasso per 10.000).



In ambedue i sessi (Figure 3 e 4), le fasce di età comprese tra i 45/54 e i 55/64 anni presentano i tassi più elevati, mentre le fasce al di sotto dei 35 anni i tassi minori. In media i pazienti al di sotto dei 45 anni ricoverati in Comunità Protetta rappresentano un terzo (37%) del totale: la percentuale di soggetti giovani è maggiore nei maschi (dal 31% del 1999 al 42% del 2005) rispetto alle femmine (dal 28% del 1999 al 30% del 2005). Nei maschi le fasce di età che presentano un incremento superiore a quello complessivo sono le fasce di età inferiori ai 44 anni, mentre nelle femmine sia le fasce di età inferiori ai 35 anni che quelle superiori ai 65 anni.

Figura 5 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per stato civile - maschi (%).

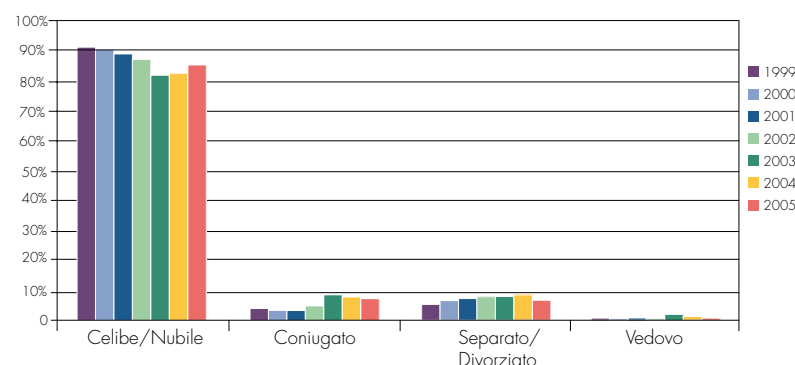
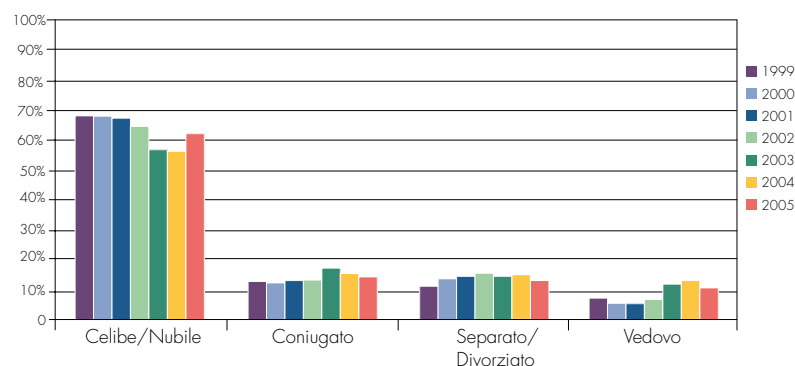


Figura 6 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per stato civile - femmine (%).



Più di due terzi dei pazienti residenti nelle Comunità Protette sono celibi-nubili. Per quanto riguarda la collocazione socio-ambientale, circa la metà dei pazienti vive stabilmente in queste strutture, anche se negli ultimi anni si assiste ad sempre maggiore inserimento di pazienti che vivono nella famiglia di origine o anche in quella acquisita.

Per quanto riguarda lo stato civile (Figure 5 e 6), la maggioranza dei pazienti residenti in Comunità Protetta è celibe-nubile: la percentuale di celibi-nubili nei due sessi è simile a quella rilevata nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e di molto superiore a quella rilevata tra i casi prevalenti (nei maschi in media l'87% contro il 58% dei casi prevalenti; nelle femmine in media il 64% contro il 32% dei casi prevalenti). Nelle femmine è anche significativa la percentuale di separate-divorziati (14% contro 9% della prevalenza). Dal 1999 al 2005 sia nei maschi che nelle femmine si riduce di sei punti la percentuale di celibi - nubili (nei maschi: dal 91% del 1999 al l'85% del 2005; nelle femmine: dal 69% del 1999 al 63% del 2005), mentre aumenta la percentuale di separati-divorziati (nei maschi: dal 5% nel 1999 al 7% nel 2005; nelle femmine: dal 11% nel 1999 al 13% nel 2005) e nei maschi quella di coniugati (dal 4% nel 1999 all'8% nel 2005).

Figura 7 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per collocazione socio-ambientale - maschi (%).

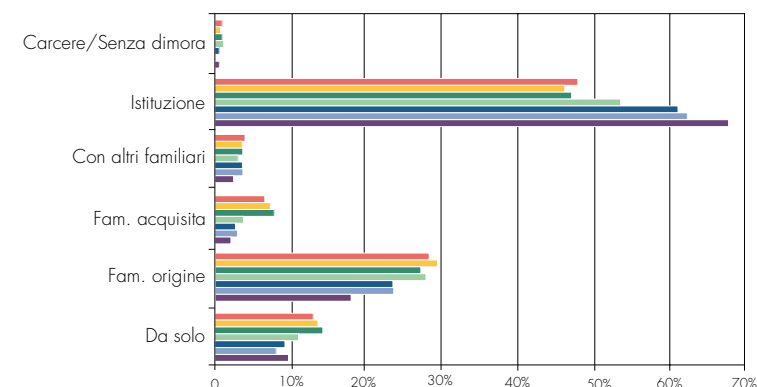
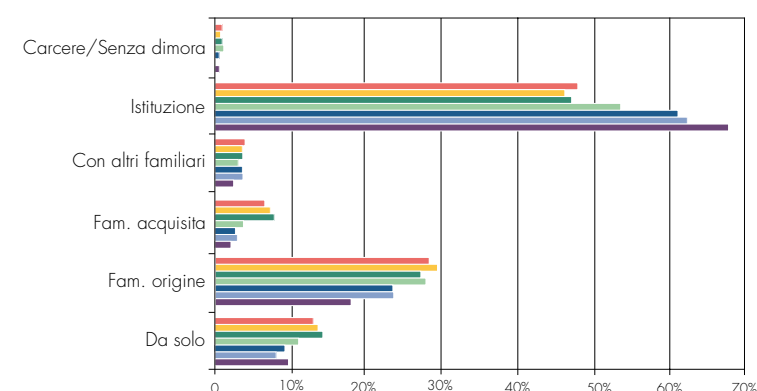


Figura 8 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per collocazione socio-ambientale - femmine (%).



La collocazione socio-ambientale dei pazienti inseriti in Comunità Protette mostra chiare differenze rispetto a quella rilevata a livello sia dei pazienti ricoverati in CRT che tra i casi prevalenti (Figure 7 e 8). Circa la metà dei pazienti inseriti nelle Comunità vive stabilmente in questa struttura, anche se questa percentuale va incontro ad una riduzione negli anni (nei maschi: dal 68% nel 1999 al 48% nel 2005; nelle femmine: dal 63% nel 1999 al 45% nel 2005).

Le Comunità Protette sono strutture che svolgono programmi lungo-degenziali per i pazienti con maggiore cronicità e maggiori difficoltà di reinserimento sul territorio: questo spiega come la collocazione socio-ambientale di questi pazienti si identifichi con le strutture in cui vivono.

L'evoluzione degli ultimi anni sembra indicare l'ingresso di nuovi pazienti, in cui una collocazione socio-ambientale diversa dall'istituzione indica minori difficoltà socio-ambientali. È infatti ancora ridotta, ma in incremento, la percentuale di soggetti che vivono nella famiglia di origine (nei maschi: dal 18% nel 1999 al 28% nel 2005; nelle femmine: dal 16% nel 1999 al 20% nel 2005) e in quella acquisita (nei maschi: dal 2% nel 1999 al 6% nel 2005; nelle femmine: dal 9% nel 1999 al 12% nel 2005).

Figura 9 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per titolo di studio - maschi (%).

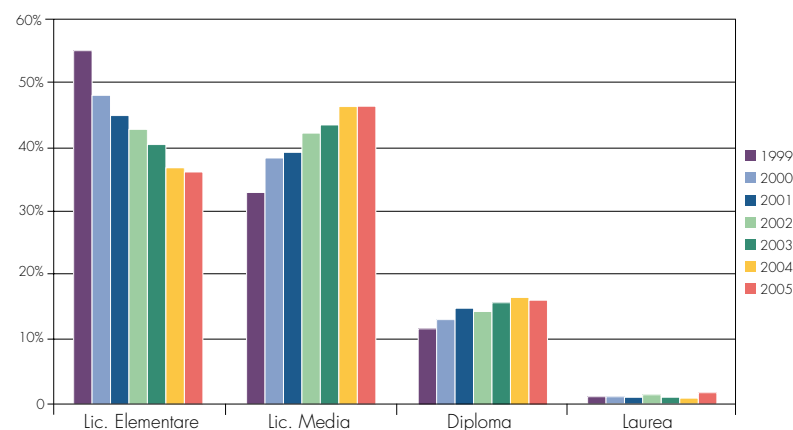
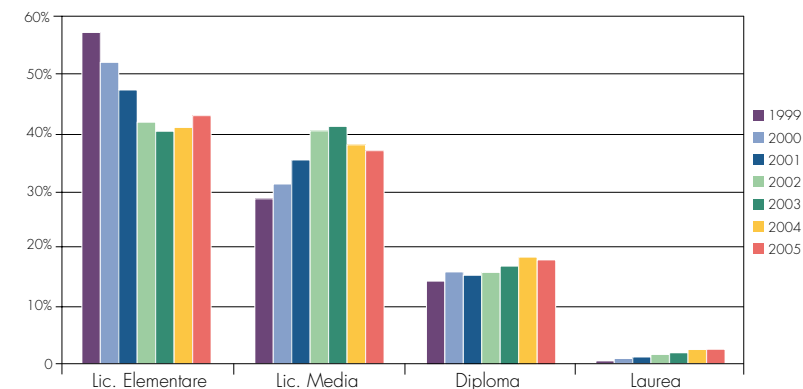


Figura 10 - Pazienti ricoverati in Comunità Protette per titolo di studio - femmine (%).



I pazienti inseriti in Comunità Protette presentano una condizione socio-ambientale svantaggiata: quattro pazienti su dieci hanno raggiunto solo la licenza elementare e nove su dieci non sono occupati.

Il livello scolastico dei pazienti inseriti in Comunità Protetta è minore di quello rilevato tra i casi prevalenti (Figure 9 e 10). In media il 43% dei maschi e il 46% delle femmine ricoverati in Comunità Protetta ha raggiunto solo la licenza elementare (contro il 27% dei maschi e il 37% delle femmine a livello di prevalenza), la licenza media è stata raggiunta dal 41% dei maschi e dal 36% della femmine (contro il 46% dei maschi e il 35% delle femmine a livello di prevalenza), il diploma o la laurea dal 16% dei maschi e dal 18% delle femmine (contro il 27% sia dei maschi che delle femmine a livello di prevalenza). Anche la scolarità ha subito cambiamenti significativi: la percentuale di soggetti che hanno raggiunto solo la licenza elementare si è ridotta significativamente (nei maschi: dal 55% nel 1999 al 36% nel 2005; nelle femmine: dal 57% nel 1999 al 43% nel 2005), mentre è aumentata la percentuale di soggetti che hanno raggiunto la licenza media (nei maschi: dal 33% nel 1999 al 46% nel 2005; nelle femmine: dal 28% nel 1999 al 37% nel 2005) o il diploma di scuola media superiore/laurea (nei maschi: dal 12% nel 1999 al 17% nel 2005; nelle femmine: dal 15% nel 1999 al 21% nel 2005).

Tra coloro che in età lavorativa sono ricoverati in Comunità Protetta, in media nove pazienti su dieci non sono occupati, senza differenze significative tra i due sessi. Non si osservano modificazioni sostanziali, con un modesto incremento degli occupati in ambedue i sessi (nei maschi si passa dal 6% del 1999 al 10% del 2005, nelle femmine dal 7% del 1999 al 11% del 2005).

2.2 Diagnosi

TABELLA 1: PAZIENTI RICOVERATI IN COMUNITÀ PROTETTA PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,8%	1,4%	1,4%	1,9%	6,6%	7,1%	6,1%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	2,3%	1,2%	1,6%	3,4%	4,5%	4,1%	3,8%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	67,2%	68,5%	65,4%	60,6%	56,8%	57,3%	57,5%
F3 Sindromi affettive	8,6%	8,7%	9,2%	9,5%	10,6%	11,0%	9,7%
F4 Sindromi nevrotiche	1,7%	1,8%	1,6%	1,9%	1,6%	1,5%	1,7%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,8%
F6 Disturbi della personalità	8,2%	9,2%	11,1%	12,1%	11,0%	11,0%	10,7%
F7 Ritardo mentale	9,4%	8,5%	8,7%	10,0%	8,2%	7,5%	9,2%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,3%	0,3%	0,7%	0,4%	0,4%	0,2%	0,3%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%

TABELLA 2: PAZIENTI RICOVERATI IN COMUNITÀ PROTETTA PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	0,8	1,0	1,3	1,6	1,7	1,6	2,0
F3 Sindromi affettive	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
F4 Sindromi nevrotiche	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F6 Disturbi della personalità	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
F7 Ritardo mentale	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nessun disturbo psichiatrico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

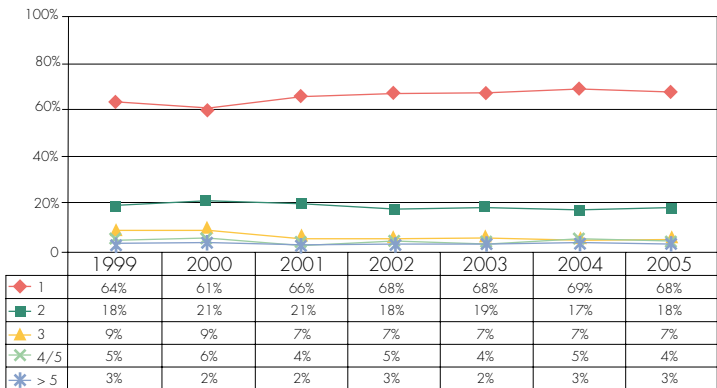
La diagnosi di schizofrenia è ancora quella prevalente, interessando sei pazienti su dieci, anche se le percentuali di incremento maggiore sono rilevate per i disturbi affettivi e di personalità.

I pazienti con diagnosi di schizofrenia rappresentano in media il 62% dell'utenza delle Comunità Protette, seguono come frequenza le diagnosi di disturbi di personalità e di disturbo affettivo (ambedue il 10% del totale). Significativa è anche la presenza del ritardo mentale (in media il 9%). Il peso percentuale della schizofrenia e del ritardo mentale dal 1999 al 2005 si riduce mentre aumenta quello relativo ai disturbi affettivi e ai disturbi di personalità (Tabella 1).

Tra le diagnosi più frequenti (Tabella 2), quelle che hanno registrato un incremento superiore all'incremento complessivo sono i disturbi di personalità (+284%), quelli affettivi (+231%) e i disturbi mentali organici (+892%), mentre i tassi relativi alla schizofrenia e al ritardo mentale hanno subito un incremento inferiore (rispettivamente +152% e +188%).

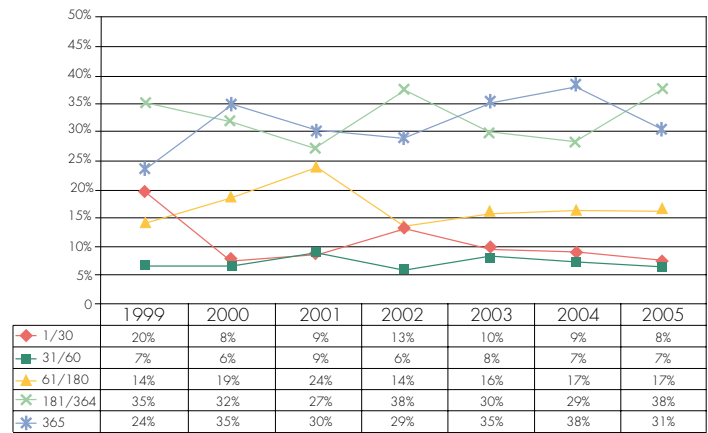
2.3 Pattern di trattamento

Figura 11 - Pazienti per numero di ricoveri in Comunità Protette all'anno (%).



Più di due terzi dei pazienti ricoverati in Comunità Protette hanno un solo ricovero nell'anno, un sesto dei pazienti due ricoveri e un altro sesto più di due (Figura 11). Il trend di questi anni va nella direzione di un aumento superiore alla media dei pazienti con ricoveri singoli (+223%), di un incremento pari all'incremento medio dei pazienti con due ricoveri (+138%) e di un incremento inferiore alla media dei pazienti con più due ricoveri (+98%).

Figura 12 - Pazienti per numero di giornate di degenza in Comunità Protette all'anno (%).

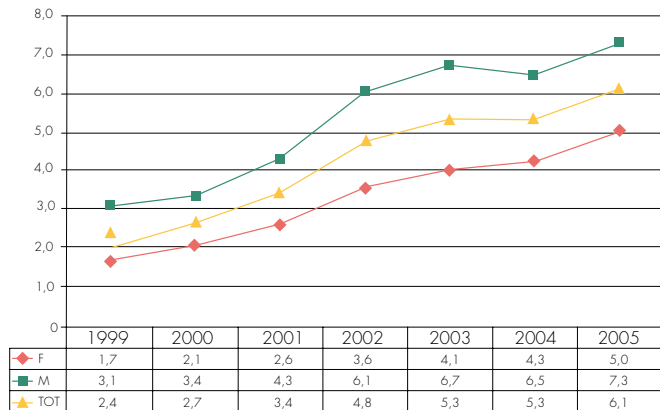


I pazienti residenti in Comunità Protetta hanno un solo ricovero all'anno, la cui durata è nei due terzi dei casi maggiore di sei mesi.

Considerando le giornate di degenza erogate complessivamente all'anno, in media un sesto dei pazienti rimane ricoverato meno di due mesi, un sesto dai due ai sei mesi e circa due terzi più di sei mesi, con una quota di pazienti ricoverati ininterrottamente lungo l'anno che è andata crescendo negli anni (dal 24% del 1999 al 31% del 2005)(Figura 12).

3) RICOVERI

Figura 13 - Ricoveri in Comunità Protette per sesso (tassi per 10.000).



I ricoveri sono aumentati di una volta e mezzo interessando in misura maggiore i maschi. I tassi più elevati di ricovero si rilevano nelle fasce di età 35-54 anni, anche se gli incrementi più sostenuti interessano le fasce di età più giovani.

Il tasso di ricovero in CP è cresciuto del 157% tra il 1999 e il 2005 (Figura 13). I tassi di ricovero nei maschi sono costantemente superiori a quelli rilevati nelle femmine e la forbice tra i due sessi è aumentata, nonostante l'incremento sia stato comunque maggiore nelle femmine (+197%) rispetto ai maschi (+133%).

Figura 14 - Ricoveri in Comunità Protette per fascia di età - maschi (tassi per 10.000).

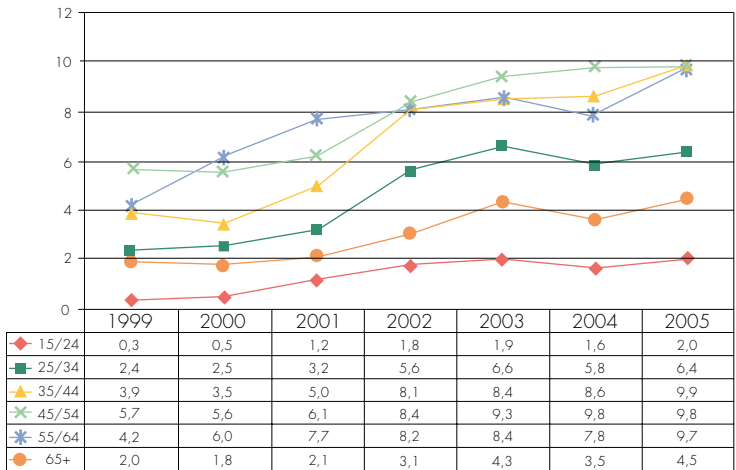
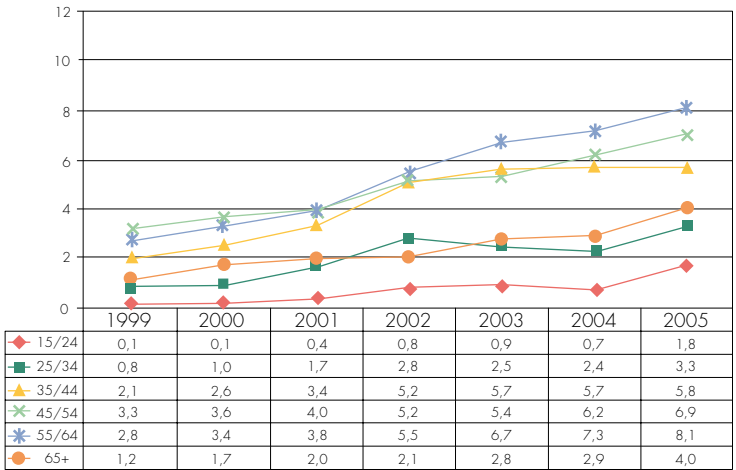


Figura 15 - Ricoveri in Comunità Protette per fascia di età - femmine (tassi per 10.000).



Sia nei maschi che nelle femmine le fasce di età con i tassi più elevati sono quelle comprese tra i 35/44, 45/54 e 55/64 anni (Figure 14 e 15). È cresciuto l'utilizzo di queste strutture da parte di soggetti con meno di 45 anni: i ricoveri di pazienti al di sotto dei 45 anni sono aumentati percentualmente tra il 1999 e il 2005 (nei maschi sono passati dal 40% al 48%, nelle femmine dal 30% al 35%) ed i tassi relativi alle fasce di età giovani indicano un incremento superiore all'incremento complessivo.

TABELLA 3: RICOVERI IN COMUNITÀ PROTETTA PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (PERCENTUALI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	1,6%	1,4%	1,4%	1,6%	5,0%	4,7%	4,2%
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	1,7%	1,4%	1,6%	2,4%	4,2%	3,5%	3,1%
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	64,0%	67,7%	64,6%	59,7%	57,4%	59,3%	56,7%
F3 Sindromi affettive	10,0%	8,4%	9,4%	9,8%	10,6%	10,4%	10,9%
F4 Sindromi nevrotiche	1,7%	2,0%	1,3%	2,3%	1,8%	1,1%	1,5%
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,9%
F6 Disturbi della personalità	10,7%	9,3%	11,5%	13,3%	12,1%	13,1%	13,8%
F7 Ritardo mentale	8,8%	8,9%	9,0%	10,1%	8,2%	7,4%	8,3%
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	1,0%	0,5%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,3%	0,2%	0,8%	0,5%	0,3%	0,1%	0,4%
Nessun disturbo psichiatrico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

TABELLA 4: RICOVERI IN COMUNITÀ PROTETTA PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000 > 14 ANNI)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2	0,2
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	1,5	1,8	2,2	2,8	3,0	3,0	3,3
F3 Sindromi affettive	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6	0,5	0,6
F4 Sindromi nevrotiche	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
F6 Disturbi della personalità	0,2	0,2	0,4	0,6	0,6	0,7	0,8
F7 Ritardo mentale	0,2	0,2	0,3	0,5	0,4	0,4	0,5
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nessun disturbo psichiatrico	-	-	-	-	0,0	-	0,0

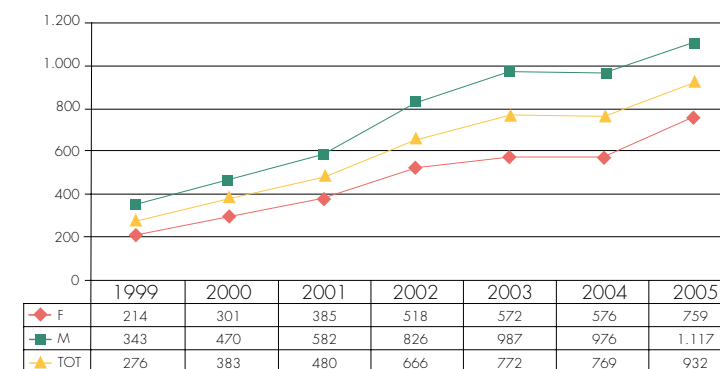
L'attività di ricovero vede una riduzione percentuale dei disturbi schizofrenici ed un aumento dei disturbi di personalità.

I ricoveri di pazienti con diagnosi di schizofrenia rappresentano la maggioranza dei ricoveri (in media il 62% del totale), seguono come frequenza i disturbi di personalità (12%), i disturbi affettivi (10%) e il ritardo mentale (9%). Il peso percentuale della schizofrenia si riduce dal 1999 al 2005 di sette punti, aumenta di tre punti quello relativo ai disturbi di personalità, mentre non si modifica in modo sostanziale la quota relativa ai ricoveri dei pazienti con disturbi affettivi e ritardo mentale (Tabella 3).

Tra le diagnosi principali, quelle che hanno registrato un incremento superiore all'incremento complessivo in termini di tasso di ricovero sono i disturbi affettivi (+178%), i disturbi di personalità (+231%) e i disturbi mentali organici (+568%), mentre mostrano un incremento inferiore sia la schizofrenia (+127%) che il ritardo mentale (+143%) (Tabella 4).

4) GIORNATE DI DEGENZA

Figura 16 - Giornate di degenza in Comunità Protette per sesso (tassi per 10.000).



Le giornate di degenza erogate in Comunità Protetta sono triplicate tra il 1999 ed il 2005, con tassi di utilizzo maggiori nei maschi. I tassi sono più elevati nei Comuni siti nelle fasce centrali di Regione.

Il numero di giornate di degenza erogate in Comunità Protette è cresciuto complessivamente del 237% (Figura 16). I tassi relativi ai pazienti di sesso maschile sono costantemente superiori di circa due terzi a quelli relativi al sesso femminile, con un incremento però maggiore nelle femmine (+254%) rispetto ai maschi (+226%). Per quanto riguarda i tassi standardizzati di giornate di degenza nelle Comunità Protette (Cartina 2), i valori più elevati sono evidenziati nelle fasce centrali di Regione ed in particolare nelle ASL di Mantova, Brescia, Bergamo, Milano 3, Como e Lodi.

Cartina 2 - Giornate di degenza erogate nelle Comunità Protette (rapporto standardizzato x 100).

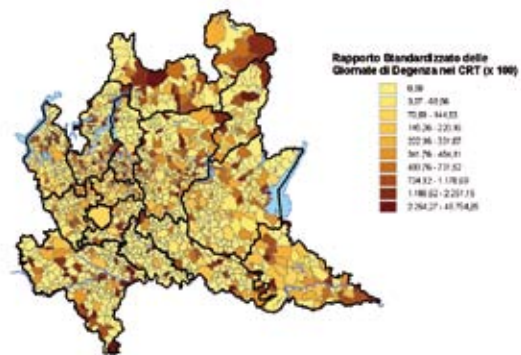


TABELLA 6: GIORNATE DI DEGENZA IN COMUNITÀ PROTETTA PER GRUPPI DIAGNOSTICI ICD 10 (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F0 Disturbi psichici di natura organica	5	6	7	8	24	21	29
F1 Disturbi dovuti all'uso di sostanze	4	5	7	12	26	24	24
F2 Schizofrenia, sindr.schizotipica e delirante	191	260	322	435	468	468	567
F3 Sindromi affettive	18	25	30	50	63	63	73
F4 Sindromi nevrotiche	3	5	7	8	10	9	11
F5 Sindromi associate ad alterazioni di funzioni fisiologiche e a fattori somatici	0	0	0	1	1	1	4
F6 Disturbi della personalità	18	31	46	74	83	80	91
F7 Ritardo mentale	22	35	46	60	75	67	98
F8 Sindromi da alterato sviluppo psicologico	1	1	0	0	-	0	1
F9 Sindromi con esordio nell'infanzia e adolescenza e F99 disturbo psichico non specificato	1	1	2	3	3	2	2
Nessun disturbo psichiatrico	5	6	7	8	24	21	29

Due terzi delle giornate di degenza sono erogate nei confronti dei disturbi schizofrenici, anche se il loro peso percentuale si riduce a vantaggio dei disturbi di personalità e del ritardo mentale. Questi due disturbi presentano nel periodo un incremento maggiore.

Le giornate di degenza erogate nei confronti dei pazienti con diagnosi di schizofrenia rappresentano due terzi del totale (in media nei sei anni il 66.8%), seguono come frequenza i disturbi di personalità (9.8%), il ritardo mentale (9.6%) e i disturbi affettivi (in media il 7.5%). Tra il 1999 e il 2005 la schizofrenia si riduce di dieci punti, mentre aumenta di tre punti il peso del ritardo mentale e dei disturbi di personalità (Tabella 5). Tra le diagnosi più frequenti, quelle che hanno registrato un incremento superiore all'incremento complessivo in termini di tassi di giornate di degenza sono i disturbi di personalità (+402%), il ritardo mentale (+357%) e i disturbi affettivi (+316%); l'incremento delle giornate di degenza relative alla schizofrenia (+197%) è invece inferiore (Tabella 6).

5) INTERVENTI EROGATI

Il numero medio di interventi strutturati erogati per giornata di degenza è aumentato da 0.8 nel 1999 a 1.4 nel 2005.

TABELLA 7: INTERVENTI EROGATI IN COMUNITÀ PROTETTA PER TIPO DI INTERVENTO (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Visita colloquio (tutte le figure prof.)	12,1%	11,7%	10,8%	12,1%	13,1%	12,5%	10,3%
Valutazione	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%	1,0%	1,2%	1,1%
Psicoterapia individuale	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Psicoterapia della famiglia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Presenze in gruppo di psicoterapia	0,2%	0,3%	0,3%	0,5%	1,0%	1,0%	0,7%
Colloquio con i familiari	1,1%	1,2%	1,2%	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%
Intervento psicoeducativo	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Presenze in gruppo di familiari	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Riunioni sui casi interne alle UOP	9,6%	7,4%	5,5%	6,2%	5,3%	4,6%	2,5%
Riunioni con altre strutt. sanitarie	0,3%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Riunioni con gruppi non istituzionali	0,1%	0,3%	0,9%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%
Intervento individuale sulle abilità di base, sociali, etc.	17,7%	26,3%	30,2%	25,0%	25,4%	28,7%	34,6%
Presenze in gruppo incentrato sulle abilità di base, sociali, etc.	11,1%	10,7%	10,6%	12,7%	12,6%	11,4%	10,9%
Intervento individuale di risocializzazione	12,8%	10,4%	8,2%	6,8%	5,9%	6,7%	7,5%
Presenze in gruppo di risocializzazione	27,5%	22,7%	22,9%	24,1%	23,2%	22,6%	21,9%
Presenze in gruppo di attività espressive	3,7%	4,1%	4,2%	4,6%	4,4%	4,1%	3,0%
Presenze in gruppo di attività corporea	1,1%	1,2%	1,4%	2,4%	2,2%	2,0%	1,6%
Inserimenti lavorativi	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%	0,9%	0,8%	1,1%
Intervento di supporto sociale	1,7%	2,1%	2,3%	2,8%	3,1%	2,7%	3,1%

Le attività di riabilitazione e risocializzazione caratterizzano l'offerta delle Comunità Protette: gli interventi più frequentemente erogati sono i gruppi di risocializzazione e gli interventi individuali incentrati sul recupero delle abilità di base e sociali (Tabella 7).

TABELLA 8: ATTIVITÀ EROGATE IN COMUNITÀ PROTETTA (PERCENTUALI)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Attività psichiatrica	3%	5%	5%	6%	7%	7%	5%
Attività psicologica-psicoterapica	1%	1%	1%	1%	3%	3%	2%
Attività infermieristica	12%	7%	5%	3%	3%	3%	3%
Attività rivolta alla famiglia	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Attività di coordinamento	9%	8%	7%	7%	6%	5%	3%
Attività di riabilitazione	28%	37%	42%	39%	40%	42%	47%
Attività di risocializzazione	43%	38%	37%	39%	37%	37%	35%
Attività di supporto sociale	2%	3%	3%	3%	3%	3%	3%

TABELLA 9: ATTIVITÀ EROGATE IN COMUNITÀ PROTETTA (TASSI PER 10.000)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Attività psichiatrica	8	14	19	39	49	60	72
Attività psicologica-psicoterapica	2	4	4	8	19	25	32
Attività infermieristica	27	20	18	20	23	28	39
Attività rivolta alla famiglia	3	3	5	7	8	8	12
Attività di coordinamento	21	21	26	43	43	47	41
Attività di riabilitazione	65	102	161	251	303	389	633
Attività di risocializzazione	98	105	144	248	279	339	467
Attività di supporto sociale	4	7	10	19	24	26	45

Otto interventi su dieci ruotano attorno alle attività di risocializzazione e riabilitazione. Nel periodo si osserva un netto incremento delle attività riabilitative rispetto a quelle di risocializzazione.

I profili di attività erogati più frequentemente dalle Comunità Protette sono le attività di riabilitazione e di risocializzazione; tutte le altre attività presentano valori compresi tra il 2%-4%, con l'esclusione dell'attività psichiatrica che presenta valori intorno al 5%. L'attività di risocializzazione è scesa di otto punti percentuali a fronte del considerevole aumento (quasi venti punti percentuali) delle attività di riabilitazione (Tabella 8).

In termini di tassi le diverse attività presentano incrementi differenziati nel periodo dal 1999 al 2005. L'incremento è stato particolarmente significativo, superiore all'incremento complessivo di attività, per l'attività psichiatrica e psicologica - psicoterapica, per le attività di riabilitazione e supporto sociale (Tabella 9).

6) OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Le Comunità Protette sono le strutture che sono cresciute in misura maggiore in questi anni. Il numero di posti letto si è più che duplicato, arrivando a raggiungere il triplo del tasso di posti letto in SPDC o in CRT, e le risorse a loro attribuite sono raddoppiate, arrivando ad assorbire nel 2005 il 39% del budget regionale. La crescita delle Comunità Protette ha permesso da un lato di chiudere definitivamente gli ex Ospedali Psichiatrici e dall'altro di superare la grave carenza di strutture residenziali territoriali esistente nella rete dei servizi di salute mentale lombardi. Oggi queste strutture contengono i tre quinti dei posti letto presenti in Regione e rappresentano di gran lunga la maggiore spesa all'interno del budget regionale per la salute mentale.

Le Comunità Protette sono strutture delegate a trattare pazienti con patologie croniche ed in alcuni casi hanno accolto pazienti dimessi dall'Ospedale Psichiatrico. Ogni anno due pazienti su cento tra quelli trattati nei DSM vengono ricoverati in Comunità Protetta e il loro numero è triplicato tra il 1999 e il 2005, come pure quello delle giornate di degenza erogate. Anche se la quota di soggetti al di sotto dei 45 anni sta aumentando, i pazienti più anziani rappresentano in media due terzi dell'utenza di queste strutture. Sei pazienti su dieci sono maschi e la loro condizione socio-demografica appare decisamente svantaggiata (otto pazienti su dieci sono celibi-nubili, nove su dieci non svolgono alcuna attività lavorativa, solo uno su sei ha un livello scolastico superiore alla licenza di scuola media). L'evoluzione degli ultimi anni sembra però indicare l'ingresso di nuovi pazienti più giovani, in cui una collocazione socio-ambientale diversa dall'istituzione segnala una maggiore integrazione sociale. Per quanto riguarda le diagnosi, due terzi dell'attività erogata nelle Comunità Protette è rivolta ai disturbi schizofrenici, seguono i disturbi di personalità, il ritardo mentale e i disturbi affettivi. Oggi su dieci pazienti residenti in Comunità Protetta sei soffrono di schizofrenia, uno di disturbo di personalità, uno di disturbo affettivo e uno di ritardo mentale.

Le Comunità Protette si confermano come strutture legate a progetti lungodegenziali, dove due terzi dei pazienti è residente per più di 180 giorni all'anno e dove la durata media della degenza per paziente all'anno è arrivata a 256 giorni. La quota di pazienti ricoverati ininterrottamente lungo l'anno è andata crescendo, fino ad arrivare a un terzo del totale.

Il profilo di attività di queste strutture negli ultimi anni sembra orientarsi in misura maggiore che in passato verso le attività riabilitative, con una riduzione della quota relativa alla risocializzazione. Mentre è maggiore in queste strutture rispetto ai primi anni l'attività di tipo psichiatrico, svolge un ruolo minore l'attività di supporto sociale. In misura ancora maggiore che nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche è da sottolineare come il numero medio di interventi erogato durante la singola giornata di degenza sia

relativamente basso, ad indicare probabilmente una non completa rilevazione degli interventi strutturati erogati. Questo probabilmente comporta una valutazione ancora incompleta per quanto riguarda le attività erogate in queste strutture.

I Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e le Comunità Protette mantengono tra loro differenze importanti sia in termini di utenza trattata (più giovane, più inserita nel tessuto sociale e con una minore disabilità nei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche) che di pattern di trattamento (degenze più lunghe spesso di carattere lungodegenziale e una minore presenza delle attività che mirano al reinserimento sociale, come quella rivolta alla famiglia o quella di supporto sociale, nelle Comunità Protette). L'ingresso però nella rete delle Comunità Protette di pazienti più giovani e con una maggiore integrazione sociale, in cui il programma degenziale ha una durata programmata e limitata nel tempo, dovrebbe spingere in misura ancora maggiore verso la differenziazione delle attività erogate.

Il futuro di queste strutture, come quello dei Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche, va nella direzione di una maggiore differenziazione dei programmi e delle attività, superando il rischio di diventare il contenitore aspecifico di pazienti con disturbi mentali gravi non in grado di vivere nel territorio.



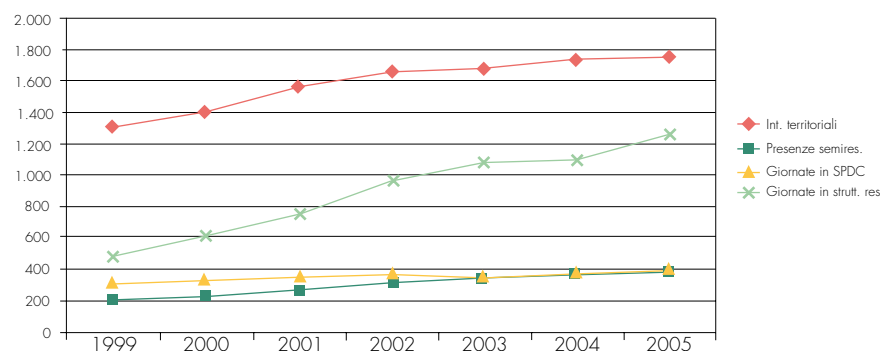
CONCLUSIONI



CONCLUSIONI

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità "un sistema di salute mentale include tutte le organizzazioni e risorse, il cui fine principale è il miglioramento della salute mentale della popolazione che vive nell'area di riferimento". La valutazione di un sistema di salute mentale deve guardare anche al contesto legislativo, alle politiche e ai piani di salute mentale, al rapporto con la medicina di base e con altri settori significativi per la salute mentale (quali i servizi per le dipendenze e la neuropsichiatria infantile), al ruolo delle associazioni di utenti, familiari e del terzo settore, alle connessioni con i servizi sociali. L'analisi di un sistema di salute mentale è più ampia di quanto sia la descrizione dell'attività dei servizi psichiatrici, ma i limiti dei sistemi informativi presenti in altri Settori (ad esempio nella medicina di base) rendono difficile estendere l'area di valutazione. Nonostante questi limiti, questa rappresenta la prima analisi epidemiologica in grado di valutare in profondità e sull'intero territorio regionale una rete di servizi psichiatrici, i quali costituiscono la principale componente del sistema di salute mentale di una regione.

Figura 1 - Interventi territoriali, presenze semiresidenziali, giornate di degenza in SPDC e strutture residenziali (tasso per 10.000).



QUALE DIREZIONE PER IL SISTEMA LOMBARDO DI SALUTE MENTALE?

I dati del sistema informativo psichiatrico ci permettono di rispondere a questa domanda, delineando uno scenario di sistema. La rete lombarda dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle strutture private accreditate rappresenta un sistema articolato, che partendo dalla centralità del territorio, eroga a circa 120.000 utenti più di 3.000.000 di prestazioni territoriali, semiresidenziali, ospedaliere e residenziali. Tra il 1999 ed il 2005 il sistema è cresciuto in termini di offerta ed è diventato più complesso (Figura 1): i pazienti trattati sono aumentati del 35%, gli interventi territoriali nei Centri Psicosociali del 35%, le presenze semiresidenziali nei Centri Diurni dell'89%, le giornate di degenza nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del 26% e quelle in Strutture Residenziali del 164%.

Si è registrato anche un aumento delle risorse immesse nel sistema. La valorizzazione delle prestazioni è cresciuta complessivamente di circa il 70%, ma in modo non omogeneo tra le diverse tipologie di strutture: vi è stato un incremento importante nelle strutture residenziali e semiresidenziali, minore nelle strutture ospedaliere e in quelle territoriali. Le ore di personale sono cresciute del 40%, anche qui in modo differenziato. Le risorse umane sono rimaste stabili nel settore pubblico mentre sono aumentate nel settore privato, fino ad arrivare a circa un quarto del totale. Sotto il profilo delle strutture, l'incremento di personale è stato legato all'attivazione di nuove Strutture Residenziali e in misura minore di nuovi Centri Diurni, mentre la dotazione di personale dei Centri Psicosociali e dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, le strutture "storiche" presenti nei Dipartimenti di Salute Mentale a partire dai primi anni '80, non ha subito modificazioni sostanziali.

Il tasso dei pazienti trattati (prevalenza) è cresciuto in misura maggiore nei primi anni rispetto all'ultimo triennio, mentre non cresce in misura analoga il tasso dei pazienti che si rivolgono per la prima volta ai Dipartimenti di Salute Mentale. Si è assistito cioè ad un rallentamento del turn-over del sistema, accompagnato da un significativo aumento della quota di utenti in carico da più di quattro anni. Questo rallentamento nell'ingresso di nuovi pazienti nel sistema è principalmente legato all'attività dei Centri Psicosociali la cui accessibilità determina i tassi di prevalenza e incidenza.

Chi sono gli utenti in trattamento nei Dipartimenti di Salute Mentale lombardi? Sono donne e uomini che frequentemente vivono con un partner, lavorano e, in particolare tra i nuovi casi, posseggono un livello scolastico superiore. Il profilo sociodemografico di questi utenti indica che il sistema lombardo di salute mentale non vede tra i suoi utenti solo persone con minori livelli di integrazione sociale, ma è stato in grado di avvicinarsi alla fasce di maggiore integrazione nella popolazione generale. È da valutare nei prossimi anni se questa maggiore accessibilità alla popolazione attiva, uno dei meriti dell'assistenza psichiatrica sul territorio, si coniugherà anche alla capacità di trattare i soggetti più fragili e emarginati dal punto di vista sociale.

Tra i nuovi casi, i pazienti nelle fasce di età intermedie, comprese tra 35 e 54 anni, mostrano il maggiore incremento, mentre tra i casi prevalenti non solo le fasce intermedie, ma anche la fascia anziana al di sopra dei 65 anni aumentano in modo significativo. Questi dati segnalano che un'attenzione particolare deve essere posta sia nei riguardi della popolazione più anziana che di quella più giovane. Tra gli anziani, il progressivo processo di invecchiamento nella popolazione generale porta a un incremento delle persone anziane con problemi di carattere psichiatrico legati non solo ai disturbi mentali organici, ma anche a disturbi affettivi. Di qui la necessità di migliorare la capacità di risposta dei Dipartimenti di Salute Mentale nei confronti degli specifici bisogni di questa fascia di popolazione, anche attraverso una maggiore

integrazione tra i servizi di salute mentale e le strutture che nell'area neurologica si occupano di disturbi demenziali. Sul versante opposto, è ridotto l'accesso ai servizi dei soggetti al di sotto dei 35 anni che mostrano nei tassi di prevalenza e di incidenza un incremento inferiore a quello complessivo. Le fasce più giovani sono ancora in buona misura sottorappresentate nel sistema, nonostante le indagini di popolazione mostrino una diffusione di disturbi psichici analoga alle altre fasce di età. Il ridotto accesso delle fasce più giovani dovrebbe indurre ad una riflessione approfondita sulla capacità attrattiva dei Centri Psicosociali, sul ruolo che ancora gioca lo stigma nei confronti di queste strutture e sul rapporto con la medicina generale.

L'analisi per genere indica differenze sostanziali tra uomini e donne nel rapporto con i servizi di salute mentale. Innanzitutto esistono differenze tra i due sessi in termini sociodemografici e diagnostici. Dal punto di vista socio-demografico le pazienti di sesso femminile appartengono a classi di età più anziane, sono più frequentemente coniugate e vivono con il partner, hanno la stessa percentuale di diplomati - laureati dei pazienti maschi ma un minore inserimento nel mondo del lavoro. Rispetto alla diagnosi, i disturbi schizofrenici e di personalità sono più frequenti nel sesso maschile, mentre i disturbi affettivi e nevrotici nel sesso femminile.

Per quanto riguarda l'accesso e l'utilizzo dei servizi di salute mentale, le utenti di sesso femminile hanno presentato dal 1999 al 2005 tassi di prevalenza costantemente superiori a quelli dei maschi, ma questa maggiore accessibilità non ha significato maggiore utilizzo dei servizi. Le pazienti di sesso femminile hanno un utilizzo simile a quello dei pazienti maschi, in termini di giornate di degenza e di interventi erogati, solo per quanto riguarda i Centri Psicosociali e i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, mentre per quanto riguarda le Strutture Residenziali e Semiresidenziali l'utilizzo è significativamente minore. Sono necessarie analisi più approfondite per comprendere se questo minore utilizzo delle strutture con finalità riabilitative e di risocializzazione sia frutto di un minore bisogno, legato ad un migliore funzionamento psicosociale delle utenti di sesso femminile, o piuttosto rifletta una condizione di non equità.

Dal punto di vista diagnostico, esiste una netta differenziazione tra nuovi utenti, che presentano in più della metà dei casi disturbi affettivi e nevrotici, e utenti già in carico in cui quattro diagnosi (schizofrenia, disturbi affettivi, nevrosi e disturbi di personalità) coprono più del 85% dei casi. Negli ultimi sette anni si è osservato un incremento maggiore per i disturbi affettivi e nevrotici e minore per la schizofrenia. Anche sotto il profilo delle attività, pur aumentando in termini assoluti il numero di interventi e giornate di degenza rivolte ai pazienti con schizofrenia, in termini percentuali la quota di attività assorbita da questa patologia si è andata riducendo e sono sempre maggiori le risorse dedicate ai pazienti con disturbi affettivi e di personalità.

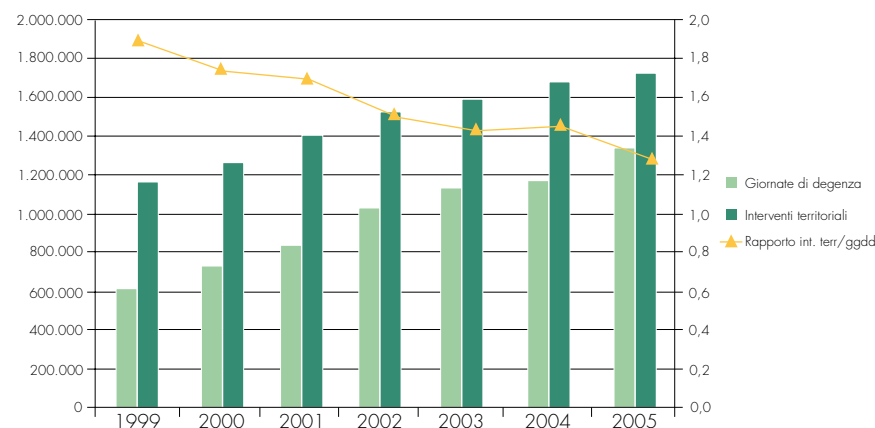
Questo cambiamento, causato dalla maggiore accessibilità del sistema, è avvenuto senza che ci fosse nei clinici una piena consapevolezza su come governare la transizione da un sistema di salute mentale imperniato sul trattamento dei disturbi mentali gravi ad uno che tratta non solo i disturbi mentali gravi, ma anche ad esempio i disturbi affettivi di minore gravità.

Questa transizione, se governata, può portare ad un incremento auspicabile dei tassi di incidenza e prevalenza, cioè del numero di pazienti trattati nei servizi, e ad una conseguente riduzione del carico, oggi elevato e misconosciuto, nella popolazione generale dei disturbi affettivi di gravità moderata e lieve. Al tempo stesso bisogna evitare di sottrarre le risorse oggi dedicate ai disturbi mentali gravi per dirottarle sui disturbi emotivi comuni, venendo meno a quella che comunque rappresenta la *mission* del sistema, il trattamento dei disturbi mentali gravi. Il problema che si pone è quello di un equilibrio a livello di sistema tra accessibilità (la facilità con cui gli utenti accedono alla assistenza necessaria in funzione dei propri bisogni) e appropriatezza organizzativa (l'erogazione di un intervento in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con i bisogni clinici del paziente), tra necessità di favorire l'accesso al sistema di tutte le persone che necessitino di un trattamento specialistico e quella di dedicare più risorse ai pazienti più gravi. Un incremento della popolazione trattata è anche auspicabile, in quanto favorirebbe un'ulteriore riduzione dello stigma delle strutture psichiatriche, che, seppur diminuito in misura significativa grazie al modello territoriale di assistenza psichiatrica, rappresenta ancora un freno all'accesso della popolazione alle cure psichiatriche, specie nelle fasce più giovani.

ATTIVITÀ TERRITORIALE E RESIDENZIALITÀ: CRITICITÀ O RISORSE DEL SISTEMA?

Mentre l'accessibilità del sistema, in termini di incremento dei tassi di prevalenza e incidenza, ha subito negli ultimi anni un rallentamento, la sua complessità, in termini di incremento e diversificazione delle attività, è cresciuta. È possibile indicare la direzione in cui si dirige il sistema di salute mentale lombardo grazie ad un indicatore¹ (Lund & Fisher, 2003), utilizzato a livello internazionale per confronti tra sistemi di salute mentale, che valuta il rapporto tra interventi erogati dalle strutture territoriali (Centri Psicosociali e Centri Diurni) e giornate di degenza erogate dalle strutture ospedaliere (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) e residenziali (Centri Residenziali di Terapie Psichiatriche e Comunità Protette). In Lombardia negli ultimi anni il sistema si è sempre più arricchito di posti letto nelle strutture residenziali, mentre è stato minore l'incremento dell'attività territoriale: se nel 1999 venivano erogati due interventi territoriali per ogni giornata di degenza, nel 2005 si è scesi a 1,3 interventi territoriali per ogni giornata di degenza (Figura 2)².

Figura 2 - Rapporto tra interventi territoriali e giornate di degenza.



Questo significa che se da un lato di Regione Lombardia è stata in grado di aumentare l'offerta in campo residenziale, carente fino a qualche anno fa, ora deve porre attenzione a non sbilanciare il sistema nella direzione opposta. Un ulteriore incremento delle attività residenziali, a scapito dell'attività territoriale, può portare non solo a problemi di sostenibilità economica (nel 2005 il 56% delle risorse è andato in questa direzione), ma anche di appropriatezza organizzativa, in quanto come è stato evidenziato in una ricerca svolta all'interno di Regione³, non sempre sono i pazienti più gravi a beneficiare di questo trattamento. Inoltre può accadere che per la presenza di minori risorse a livello territoriale, i pazienti vengano trattati preferibilmente a livello residenziale invece che attraverso un trattamento territoriale intensivo, che oltre ad essere meno costoso, può essere altrettanto o più efficace.

Perché il sistema trovi un maggiore equilibrio è utile intervenire sia nell'area residenziale che sulla componente territoriale. Rispetto alla residenzialità, la programmazione regionale ha già dato indicazioni per la riconversione delle strutture residenziali, per la riformulazione e differenziazione dei programmi di degenza e per l'attivazione di progetti di residenzialità "leggera". Il risultato atteso è una maggiore appropriatezza dell'intervento residenziale a fronte di un minor impegno di risorse. A livello territoriale, il Centro Psicosociale rappresenta il *gatekeeper* del sistema, è la struttura di entrata nel sistema ed è quella con cui nove pazienti su dieci hanno almeno un contatto all'anno. Il suo ruolo è quindi centrale, anche perché senza la funzione di filtro del Centro Psicosociale le altre strutture non potrebbero funzionare come strutture specialistiche "di secondo livello", con il compito di trattare i casi più complessi. Migliorare l'attività territoriale significa intervenire su due fronti, quello dei disturbi mentali gravi e quello dei disturbi emotivi comuni. Nei confronti dei pazienti con disturbi mentali gravi, va incrementata la componente psicosociale, che oggi rappresenta circa un terzo del totale dell'attività territoriale, arricchendola di interventi "basati sulle evidenze" e di interventi rivolti all'inclusione sociale.

Un'attenzione particolare dovrebbe essere posta ai disturbi mentali gravi al momento dell'esordio, al trattamento domiciliare intensivo, alla psicoeducazione e agli interventi strutturati rivolti alle famiglie, alle pratiche innovative nel campo del lavoro e dell'auto-aiuto. Governare la transizione da un sistema imperniato sul trattamento dei disturbi mentali gravi ad uno che tratta non solo i disturbi mentali gravi, ma anche i disturbi comuni, significa lavorare sia all'interno che all'esterno delle strutture territoriali. All'interno dei Centri Psicosociali, è necessario diversificare la risposta attraverso il governo clinico dei pattern di trattamento: ai disturbi mentali gravi dovrebbero essere assicurati pattern intensivi, articolati e continuativi e ai disturbi affettivi di gravità lieve e moderata trattamenti brevi e consultazioni. All'esterno dei Centri Psicosociali è imperativo stabilire attraverso le Aziende Sanitarie Locali rapporti organici con la Medicina Generale e coinvolgere maggiormente il Medico di Medicina Generale nel trattamento dei disturbi emotivi comuni. Il coinvolgimento della Medicina Generale rappresenta una questione sotto alcuni aspetti ancora irrisolta (ad esempio riguardo quali siano le forme di rapporto più efficaci). Un contributo alla sua soluzione può nascere non solo dalle proposte dei Dipartimenti di Salute Mentale ma anche dallo sviluppo di nuove forme associative all'interno della Medicina Generale. È importante però che il rapporto con la Medicina di Base venga affrontato con iniziative organiche da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale, al fine di ridurre il numero dei disturbi affettivi non trattati all'interno della popolazione generale.

Per fare fronte a questi gravosi obiettivi, è certo necessario potenziare le risorse presenti nei Centri Psicosociali, le cui ore di lavoro sono aumentate in misura modesta negli ultimi sette anni. Tuttavia l'immissione di nuove risorse non è sufficiente a garantire pratiche territoriali innovative: è necessario anche un cambiamento nella cultura degli operatori che vi lavorano. Il Centro Psicosociale si trova di fronte ad un bivio: o diventare una versione aggiornata, più ricca e diversificata dell'Ambulatorio Psichiatrico, oppure rilanciare la sua attività nel territorio, governando i flussi di accesso, monitorando la qualità della cura e arricchendo la sua proposta di cura di interventi psicosociali innovativi. Le Azioni Innovative promosse dalla Regione hanno risposto in parte a queste esigenze all'interno di un programma triennale, a cui, per potere esercitare una funzione significativa a livello di sistema, dovrebbe essere garantita una continuità anche negli anni futuri.

IL SISTEMA INFORMATIVO, UNO STRUMENTO PER LO SVILUPPO

Nelle Conclusioni non poteva non essere affrontato il futuro del sistema informativo regionale, lo strumento che ha reso possibile questa analisi. Leginski⁴ (1989) ha sintetizzato nella frase *"Who receives what services from whom at what cost with what effect?"* quali sono i contenuti di un sistema informativo per la salute mentale e le domande a cui deve rispondere.

LE DOMANDE	LE INFORMAZIONI RICHIESTE
Chi riceve	Le informazioni sociodemografiche e cliniche sugli utenti
quale servizio	I dettagli sugli interventi erogati (volume e tipo di prestazioni)
da chi	Le caratteristiche della struttura e degli operatori
a quali costi	La spesa per i servizi di salute mentale
e con quale effetto	La valutazione degli esiti a livello di paziente

Oggi in Lombardia il sistema informativo risponde in maniera articolata alle prime quattro domande, mentre è in grado solo in misura ridotta di fornire indicazioni sull'esito dei trattamenti. Per quanto riguarda la valutazione degli esiti, si può prospettare la sperimentazione, in alcune aree e sotto forma di progetto di ricerca, di un sistema informativo orientato clinicamente, che contenga al suo interno strumenti per la valutazione routinaria della gravità e dell'esito in grado di fotografare le caratteristiche cliniche e psicosociali dei pazienti. Questo favorirebbe, oltre ad una valutazione dell'efficacia nella pratica dei Dipartimenti di Salute Mentale, anche un utilizzo clinico dei dati nell'ottica del miglioramento continuo di qualità e del governo clinico.

Ma la sfida che il sistema informativo dovrà affrontare nei prossimi anni non è tanto legata al tipo di informazioni raccolte, quanto al loro effettivo utilizzo da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale e alla loro integrazione all'interno dei flussi del sistema informativo sanitario. Il sistema informativo è oggi utilizzato prevalentemente per la valorizzazione e il monitoraggio delle prestazioni, mentre è meno frequente che le informazioni siano utili alla valutazione epidemiologica e al miglioramento continuo di qualità. Affinché possano essere sfruttate le potenzialità già oggi presenti nel sistema, è necessario generare indicatori in grado di fotografare la qualità della cura sia a livello regionale in un'ottica di benchmarking, che a livello dei Dipartimenti di Salute Mentale in un'ottica di governo clinico. A partire da questi indicatori i Dipartimenti di Salute Mentale possono implementare azioni migliorative "basate sulle informazioni". Per raggiungere questo risultato, i Dipartimenti di Salute Mentale, e i loro Nuclei Qualità in particolare, devono svolgere un ruolo più attivo sia nella formazione degli operatori che nell'analisi dei dati. Gli operatori dovrebbero diventare non più solo il punto di partenza dei flussi informativi, ma utilizzatori in prima persona delle informazioni raccolte.

Un secondo elemento strategico è l'integrazione all'interno dei flussi del sistema informativo sanitario. Tramite il progetto Carta Regionale dei Servizi - SISS le informazioni relative alle attività di salute mentale saranno collegate a quelle relative all'assistenza ospedaliera, all'assistenza specialistica ambulatoriale e alla medicina di base, permettendo, a livello di paziente, una migliore continuità informativa tra i diversi livelli di assistenza. A livello di Regione il collegamento con gli altri data base regionali (prima tra tutti la farmaceutica, ma anche le dipendenze e la neuropsichiatria infantile) potenzierà in modo significativo le capacità valutative del sistema.

L'integrazione con il resto del sistema informativo sanitario può portare quindi un beneficio significativo sia in termini di assistenza diretta al paziente che di valutazione del sistema di salute mentale. Infine il sistema informativo può diventare uno strumento prezioso per la valutazione dell'impatto delle politiche regionali per la salute mentale. L'inclusione all'interno dei prossimi piani per la salute mentale di indicatori, legati a obiettivi di sistema e verificabili tramite il sistema informativo, può aumentare l'*accountability* delle politiche e la capacità programmatoria regionale.

UNO SGUARDO AL FUTURO

Se a livello di sistema di salute mentale l'obiettivo del decennio scorso è stato quello di completare la rete dei servizi, oggi è necessario intervenire sull'attività dei servizi, migliorandone la qualità e introducendo elementi di innovazione. Porsi il problema dell'innovazione significa attivare nei servizi esperienze di "best practices", sviluppare modelli di governo clinico, promuovere la partecipazione di utenti e familiari e porsi in relazione attiva con gli altri settori sanitari e non sanitari, attori nel campo della salute mentale. La realizzazione di un sistema integrato ed articolato di salute mentale passa attraverso uno stretto rapporto tra programmazione, gestione delle risorse, erogazione dei servizi e valutazione dei risultati ottenuti. L'informazione e la valutazione possono avere un ruolo attivo in questo processo di integrazione, dando a tutti gli attori del sistema una maggiore consapevolezza della direzione in cui sta andando il sistema lombardo, mettendone in luce le criticità e monitorando le azioni migliorative.

¹Lund C, Fisher AJ. Community hospital indicators in South African public sector mental health services J. Ment. Health Policy Econ. 2003; 6(4); 181-7.

²I valori di questo indicatore vanno però parzialmente corretti per quanto riguarda il periodo dal 1999 al 2002, alla luce del fatto che alcuni erogatori privati di attività residenziale, pur essendo presenti da decenni, sono stati accreditati e quindi sono entrati nei flussi informativi psichiatrici solo a partire dal 2002. Questo ha comportato che le giornate di degenza residenziali erogate "di fatto" da queste strutture non siano state conteggiate nel calcolo dell'indicatore in esame e che quindi il valore "di fatto" dell'indicatore per quanto riguarda il periodo 1999-2002 può essere stimato come inferiore a quello rilevato dal sistema informativo.

³Regione Lombardia - Progetto RESPIR - Studio sui costi delle strutture psichiatriche residenziali di Regione Lombardia - Assessorato alla Sanità; 2002.

⁴Leginski W., Croze C., Driggers J., Dumpman S., Geersten D., Kamis-Gould E., Namerow J., Patton R., Wilson N. & Wurster C. (1989) Data Standards for mental health decision support system: a report of the task force to revise the data content and system guidelines of the mental health statistics improvement program. National Institute of Mental Health. US Department of Health and Human Services. Washington.



APPENDICE

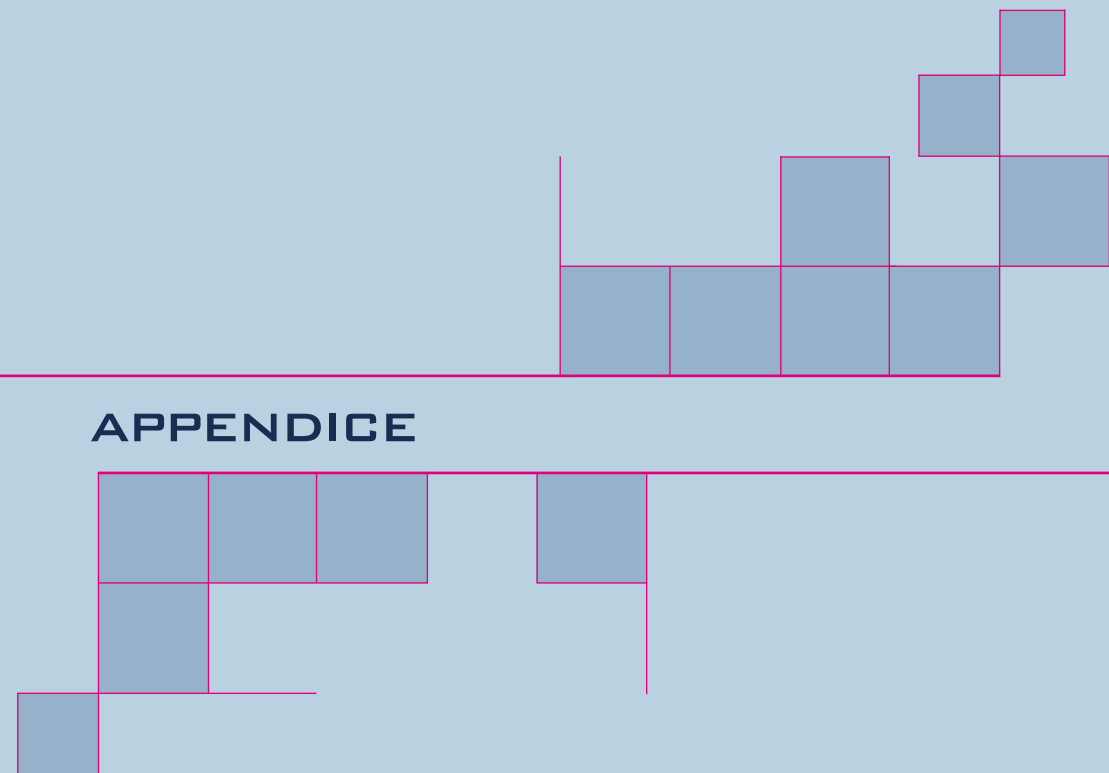


TABELLA 1 - POPOLAZIONE LOMBARDA 1999-2005 MAGGIORE DI 14 ANNI							
TOT. ETÀ	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15-24	970.610	934.259	898.846	870.989	864.267	864.988	865.186
25-34	1.513.081	1.501.536	1.444.475	1.418.454	1.413.449	1.406.300	1.380.661
35-44	1.402.026	1.447.790	1.449.937	1.496.122	1.553.972	1.605.563	1.632.926
45-54	1.256.595	1.276.932	1.242.226	1.241.203	1.247.876	1.264.479	1.281.080
55-64	1.161.511	1.146.851	1.159.243	1.174.242	1.187.278	1.187.457	1.181.337
65+	1.579.975	1.619.213	1.645.978	1.692.924	1.740.603	1.795.416	1.841.882
TOTALE	7.883.798	7.926.581	7.840.705	7.893.934	8.007.445	8.124.203	8.183.072
M PER ETÀ	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15-24	496.852	478.735	459.673	446.313	444.548	445.696	445.045
25-34	778.707	773.699	739.563	726.583	725.995	724.886	711.573
35-44	714.657	740.540	737.681	762.893	795.348	824.987	840.653
45-54	626.219	636.492	616.214	617.038	621.276	630.858	640.359
55-64	562.865	556.583	561.398	569.889	577.586	578.105	575.540
65+	612.498	631.809	646.513	669.902	695.234	722.467	746.510
TOTALE	3.791.798	3.817.858	3.761.042	3.792.618	3.859.987	3.926.999	3.959.680
F PER ETÀ	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15-24	473.758	455.524	439.173	424.676	419.719	419.292	420.141
25-34	734.374	727.837	704.912	691.871	687.454	681.414	669.088
35-44	687.369	707.250	712.256	733.229	758.624	780.576	792.273
45-54	630.376	640.440	626.012	624.165	626.600	633.621	640.721
55-64	598.646	590.268	597.845	604.353	609.692	609.352	605.797
65+	967.477	987.404	999.465	1.023.022	1.045.369	1.072.959	1.095.372
TOTALE	4.092.000	4.108.723	4.079.663	4.101.316	4.147.458	4.197.204	4.223.392
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
F	4.092.000	4.108.723	4.079.663	4.101.316	4.147.458	4.197.204	4.223.392
M	3.791.798	3.817.858	3.761.042	3.792.618	3.859.987	3.926.999	3.959.680
TOTALE	7.883.798	7.926.581	7.840.705	7.893.934	8.007.445	8.124.203	8.183.072

TABELLA 2 - PERCENTUALE DI DATI NON RILEVATI SUL NUMERO DEI PAZIENTI, INTERVENTI, RICOVERI E GIORNATE DI DEGENZA RILEVATI							
PREVALENZA	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero pazienti rilevati	84.004	92.809	101.499	107.170	110.904	114.998	117.344
% Dati non rilevati TITOLO DI STUDIO	10%	11%	11%	10%	10%	11%	11%
% Dati non rilevati STATO CIVILE	6%	7%	7%	7%	7%	7%	8%
% Dati non rilevati COLLOCAZIONE SOCIOAMBIENTALE	8%	9%	8%	9%	9%	9%	9%
% dati non rilevati DIAGNOSI	11%	9%	6%	6%	6%	7%	8%
INCIDENZA	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero pazienti rilevati	18.118	22.063	24.377	24.640	23.891	23.729	19.353
% Dati non rilevati TITOLO DI STUDIO	9%	8%	7%	5%	5%	6%	10%
% Dati non rilevati STATO CIVILE	4%	4%	4%	3%	3%	3%	5%
% Dati non rilevati COLLOCAZIONE SOCIOAMBIENTALE	6%	7%	6%	4%	4%	5%	6%
% dati non rilevati DIAGNOSI	16%	13%	11%	11%	11%	12%	14%
CENTRI PSICOSOCIALI E AMBULATORI	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero pazienti rilevati	77.242	84.065	92.047	96.941	102.005	105.839	108.740
% Dati non rilevati TITOLO DI STUDIO	11%	10%	10%	9%	8%	8%	9%
% Dati non rilevati STATO CIVILE	7%	6%	6%	6%	5%	5%	5%
% Dati non rilevati COLLOCAZIONE SOCIOAMBIENTALE	9%	8%	8%	7%	7%	6%	7%
% dati non rilevati DIAGNOSI	13%	8%	6%	6%	7%	13%	9%
Numero interventi rilevati	1.023.290	1.103.695	1.224.019	1.303.801	1.346.245	1.408.999	1.438.252
% dati non rilevati DIAGNOSI	5%	3%	2%	3%	3%	5%	4%

CENTRI DIURNI							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero pazienti rilevati	2.840	3.151	3.640	4.010	4.122	4.145	4.341
% Dati non rilevati TITOLO DI STUDIO	8%	8%	10%	9%	8%	8%	9%
% Dati non rilevati STATO CIVILE	4%	4%	6%	5%	4%	4%	5%
% Dati non rilevati COLLOCAZIONE SOCIOAMBIENTALE	6%	6%	8%	8%	6%	6%	7%
% Dati non rilevati DIAGNOSI	5%	3%	3%	3%	3%	4%	4%
Numero interventi rilevati	146.839	171.934	203.890	241.981	261.333	280.927	289.739
% Dati non rilevati DIAGNOSI	4%	2%	2%	2%	2%	2%	3%
SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero pazienti rilevati	11.269	11.929	12.617	13.449	13.344	13.974	13.977
% Dati non rilevati TITOLO DI STUDIO	12%	12%	14%	16%	16%	18%	22%
% Dati non rilevati STATO CIVILE	5%	7%	8%	11%	10%	12%	15%
% Dati non rilevati COLLOCAZIONE SOCIOAMBIENTALE	9%	9%	11%	13%	13%	15%	18%
% Dati non rilevati DIAGNOSI	13%	12%	10%	12%	11%	18%	15%
Numero ricoveri SPDC rilevati	21.095	21.535	21.188	22.369	21.416	22.463	22.141
% Dati non rilevati DIAGNOSI	12%	9%	8%	5%	9%	9%	7%
Numero ggdd SPDC rilevate	240.825	250.676	257.224	276.364	264.686	291.923	313.732
% Dati non rilevati DIAGNOSI	10%	9%	7%	9%	9%	15%	12%
CENTRI RESIDENZIALI DI TERAPIE PSICHIATRICHE							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero pazienti rilevati	1.044	1.243	1.370	1.471	1.584	1.713	1.781
% Dati non rilevati TITOLO DI STUDIO	7%	9%	11%	12%	13%	12%	12%
% Dati non rilevati STATO CIVILE	3%	3%	6%	7%	9%	7%	7%
% Dati non rilevati COLLOCAZIONE SOCIOAMBIENTALE	6%	6%	9%	10%	11%	9%	9%
% Dati non rilevati DIAGNOSI	6%	4%	4%	4%	4%	6%	6%

Numero ricoveri CRT rilevati	2.601	3.132	3.577	3.122	3.265	3.591	3.602
% Dati non rilevati DIAGNOSI	4%	3%	3%	4%	5%	6%	7%
Numero ggdd CRT rilevate	156.393	175.029	200.123	222.859	246.454	252.784	261.436
% Dati non rilevati DIAGNOSI	5%	3%	3%	4%	5%	6%	6%
COMUNITÀ PROTETTE							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero pazienti rilevati	984	1.186	1.635	2.164	2.526	2.489	2.970
% Dati non rilevati TITOLO DI STUDIO	6%	9%	14%	11%	12%	13%	15%
% Dati non rilevati STATO CIVILE	3%	6%	11%	8%	8%	8%	9%
% Dati non rilevati COLLOCAZIONE SOCIOAMBIENTALE	2%	9%	13%	10%	11%	12%	12%
% Dati non rilevati DIAGNOSI	5%	3%	3%	3%	3%	6%	4%
Numero ricoveri CP rilevati	1.886	2.141	2.674	3.769	4.275	4.326	5.022
% Dati non rilevati DIAGNOSI	3%	3%	2%	2%	2%	6%	4%
Numero ggdd CP rilevate	217.760	303.225	376.093	525.563	618.284	625.038	762.799
% Dati non rilevati DIAGNOSI	5%	4%	2%	2%	2%	4%	3%

Progetto grafico
AB Comunicazioni

Stampa
Bruvol srl

Finito di stampare
Nel mese di novembre