

Salute mentale

Nel testo del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle persone con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie è definita "una tematica ad alta complessità". In effetti, l'accoglienza, la diagnosi, la definizione e l'attuazione di un programma terapeutico e/o riabilitativo sono passaggi che coinvolgono e necessitano del coordinamento tra figure professionali e strutture differenti, con un panorama che va dal Medico di Medicina Generale al Centro Specialistico di Salute Mentale, passando attraverso le altre articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale.

Tutto ciò, senza considerare che solo una parte dei pazienti portatori di patologia mentale, verosimilmente quelli con disturbi maggiori, sono effettivamente presi in carico dai servizi di salute mentale. Alla luce di quanto esposto, non stupisce che il riordino ed il miglioramento della gestione di tali servizi, programmati nel Progetto Obiettivo, siano stati considerati adempimenti prioritari nel Piano Sanitario Nazionale. Le questioni principali da risolvere erano la costruzione di una rete integrata, lo sviluppo di un'organizzazione dipartimentale del lavoro, l'aumento delle competenze professionali dei lavoratori, infine il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico.

Per tentare di valutare l'andamento del fenomeno e l'efficacia degli interventi effettuati, sono stati analizzati in questa sede tre degli indicatori di maggiore diffusione e validità. Il tasso di mortalità per suicidio può essere considerato un proxy indiretto della presenza di disagio psichico nella popolazione, nonché dell'efficienza dei servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici ed il rapporto tra il numero di ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) ed il totale dei ricoveri, sebbene con importanti limiti metodologici (occorrerebbe, ad esempio, verificare l'uniformità del sistema informativo, o disaggregare i dati per regime di erogazione), sono anch'essi indici dell'efficacia dei servizi territoriali nel prevenire le emergenze e gli episodi di acuzie. In particolare, essendo il TSO una modalità d'intervento da ritenersi straordinaria, questo indicatore può essere considerato una misura indiretta di efficacia dei programmi terapeutici e riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di Salute Mentale.

Dall'analisi del trend decennale, riferito alla variazione tra l'anno 1992 ed il 2002 (ovvero i dati più recenti), il tasso standardizzato di mortalità per suicidio appare in netta diminuzione, soprattutto tra le femmine (-27%), sul territorio nazionale. Similmente, appaiono in calo i ricoveri per disturbi psichiatrici e la quota di ospedalizzazioni in TSO, sebbene siano disponibili informazioni relative solamente agli ultimi anni (dal 1999 al 2002, e dal 2001 al 2003, rispettivamente). Di conseguenza, il trend generale appare positivo, e può essere affermato che, in attesa di ulteriori e più approfondite verifiche, le azioni intraprese, ed i notevoli cambiamenti organizzativi implementati in questa decade sembrano avere avuto un impatto positivo sulla popolazione.

A queste considerazioni globali vanno affiancate analisi più dettagliate relative alle diverse realtà regionali, ove persistono ampie differenze. Tale esame è rimandato al testo, in questa sede si può accennare, a titolo di esempio, alla peculiarità del Trentino-Alto Adige, ed in particolare la Provincia Autonoma di Trento, ove nessuno degli indicatori ivi esaminati è migliorato nell'arco di tempo considerato, e dove permangono tassi elevati di mortalità per suicidio (oltre il doppio della media nazionale) e di ospedalizzazione per disturbi psichiatrici.

Seppure esista una quota che può considerarsi "fisiologica" per tutti gli indicatori esaminati, è indubbio che esistano tuttora ampi margini di miglioramento. Tra gli aspetti che appaiono a tutt'oggi problematici, i principali sono l'implementazione di un valido sistema informativo; l'integrazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali, i cui compiti reali sono tutt'ora spesso mal definiti; la scarsa attenzione alla salute mentale nell'età evolutiva; la problematica attuazione dei centri di costo e, infine, la limitata offerta formativa degli operatori e dei soggetti che, a diverso titolo, concorrono a pianificare, realizzare e valutare progetti di promozione della salute mentale. Su quest'ultimo punto, speriamo che questo capitolo possa apportare un piccolo ma utile contributo.

Mortalità per suicidio

Significato. L'indicatore è relativo ai registri di mortalità Istat ed è finalizzato a valutare, in modo indiretto, il livello di salute mentale della popolazione, nonché l'efficienza dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione degli episodi di acuzie (incluso il sistema di emergenza). In effetti, si stima che il 90% dei suicidi siano associati a patologie psichiatriche gravi: psicosi schizofreniche, sindromi maniaco-depressive (disturbo bipolare), depressioni maggiori ricorrenti. Tra i determinanti cosiddetti "minori" sono invece le reazioni acute a seguito di eventi psico-sociali stressanti, la disoccupazione, l'alcolismo e/o l'abuso di sostanze stupefacenti,

le malattie gravi ed invalidanti, oltre all'età avanzata ed il sesso maschile. Esistono inoltre alcuni fattori di rischio peculiari per specifiche fasce di età: negli anziani, oltre ai motivi organici (decadimento delle funzioni vitali, etc.), la perdita del ruolo sociale, la solitudine, l'alterazione delle relazioni interpersonali con familiari e conoscenti; negli adolescenti, il cosiddetto disagio giovanile, ovvero l'alterazione nella strutturazione dei rapporti interpersonali e nella armonica visione del "Se" nella fase di transizione dalla pubertà all'età adulta, oltre all'aver assistito ad un tentativo di suicidio.

Tasso di mortalità per suicidio

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Numero di morti per suicidio}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati sulla mortalità sono di estrema importanza, tuttavia essi dovrebbero essere integrati da quelli dei tentativi registrati di suicidio e delle autolesioni (nei paesi occidentali, si stima che il rapporto tra tentati suicidi e suicidi portati a compimento sia di 8-25 ad 1). Questo permetterebbe di definire con maggior precisione la dimensione del problema sul territorio e pianificare le necessarie politiche sociali. Infine, occorre ricordare che il numero complessivo di suicidi si ritiene sottostimato – in misura non quantificabile – poiché un certo numero di decessi viene attribuito ad incidenti di varia natura, mentre nella realtà essi possono essere stati causati da veri e propri atti suicidari "occultati" dagli autori stessi.

E' importante notare che il tasso di mortalità per suicidio non rappresenta un *proxi* particolarmente preciso del livello di salute mentale, poiché esso non rileva il tasso di tentati suicidi e può dipendere in modo notevole da difficoltà di accesso ai servizi e dalle condizioni del sistema ospedaliero di emergenza. Quindi, il tasso di mortalità specifico per età permette di studiare il fenomeno più analiticamente evidenziando le fasce d'età ove il rischio è più elevato, nonché l'eventuale impatto di strategie di controllo quali l'introduzione del Dipartimento di Salute Mentale o miglioramenti nell'accesso ai servizi di Emergenza.

Valori di riferimento. Come riferimento è stata scelta la media dei quattro valori regionali più bassi (anno 2002): per i maschi 0.34 (età 15-24); 0.81 (età 55-64); 1.09 (età 65-74); 2.01 (età 75+) e 0.70 (tasso standardizzato); per le femmine 0.0 (età 15-24); 0.22 (età 55-64); 0.14 (età 65-74); 0.10 (età 75+) e 0.16 (tasso standardizzato).

In Europa, l'Italia è uno dei paesi con i più bassi rischi di morte per suicidio, insieme a Spagna (tasso standardizzato 8.6) e Malta (4.5), mentre tassi decisamente più elevati si registrano nei paesi nordici (fino a punte, come in Lituania, di 44 suicidi per 100.000 abitanti).

Descrizione dei risultati

Il tasso d'incidenza generale di suicidi (dai registri di mortalità Istat) è stimato, dalle elaborazioni più recenti (anno 2002) pari a 0,69 casi per 10.000 abitanti (1,07 per i maschi; 0,27 per le femmine) ed appare in calo rispetto alle rilevazioni della decade precedente (1992 – 0,79 per 10.000), anche se tale decremento è decisamente più marcato tra le femmine (-27%) che tra i maschi (-7%). I tassi di mortalità crescono in modo netto con l'aumentare dell'età, tanto che la classe di età più interessata è quella relativa ai 75+ anni, in entrambi i sessi. Il tasso standardizzato indica una maggiore incidenza di suicidi nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud (con le rilevanti eccezioni di Sardegna, seconda come tasso di incidenza tra i maschi; e Liguria, ultima tra le donne). L'esame dell'andamento temporale segnala, a livello nazionale, una riduzione del tasso standardizzato ed una uniforme diminuzione del tasso specifico per età in tutte le classi e per entrambi i sessi. Occorre evidenziare, tuttavia, come alcune realtà regionali abbiano mostrato aumenti anche rilevanti del tasso standardizzato (in particolare Veneto, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise e Sardegna per i maschi).

Tabella 1 - Tasso di mortalità per suicidio per classi di età e tasso standardizzato per regione di residenza (per 10.000 abitanti) – **Maschi** – Anni 1992, 2002

Regioni	15-24		55-64		65-74		75+		Tasso std*	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002
Piemonte	0,86	0,50	2,50	1,97	2,06	2,38	5,36	3,79	1,65	1,34
Valle d'Aosta	1,21	0,00	4,22	5,26	4,26	3,47	10,40	2,77	2,48	2,39
Lombardia	0,75	0,57	1,61	1,45	1,97	1,97	3,91	3,04	1,28	1,09
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,86</i>	<i>0,50</i>	<i>2,50</i>	<i>1,97</i>	<i>2,06</i>	<i>2,38</i>	<i>5,36</i>	<i>3,79</i>	<i>1,65</i>	<i>1,34</i>
<i>Trento</i>	<i>1,21</i>	<i>0,00</i>	<i>4,22</i>	<i>5,26</i>	<i>4,26</i>	<i>3,47</i>	<i>10,40</i>	<i>2,77</i>	<i>2,48</i>	<i>2,39</i>
Veneto	0,59	1,04	1,65	1,85	1,68	1,88	2,41	2,84	1,09	1,26
Friuli-Venezia Giulia	0,73	0,37	2,03	1,11	2,43	2,08	6,77	3,13	1,63	1,14
Liguria	0,28	0,48	2,14	0,76	2,73	1,17	4,98	3,39	1,33	0,84
Emilia-Romagna	0,91	0,51	2,24	1,44	3,37	2,59	6,18	4,88	1,71	1,35
Toscana	0,75	0,55	2,10	1,12	2,77	1,99	6,18	3,74	1,53	1,08
Umbria	1,11	1,18	1,97	2,96	3,08	3,35	5,16	5,40	1,38	1,52
Marche	0,91	1,03	1,47	1,51	2,16	1,68	3,46	3,23	1,19	1,23
Lazio	0,48	0,36	1,09	0,81	2,29	1,34	2,53	2,20	0,87	0,75
Abruzzo	0,75	0,94	1,50	1,43	2,68	1,57	2,82	3,40	0,98	1,24
Molise	0,41	1,02	1,05	1,81	2,73	3,64	3,86	2,44	0,94	1,12
Campania	0,50	0,34	0,94	0,87	1,72	0,70	2,80	2,13	0,86	0,62
Puglia	0,48	0,58	0,93	1,06	1,87	1,27	3,40	2,20	0,92	0,77
Basilicata	0,80	0,50	2,35	1,38	0,42	1,36	3,13	1,51	1,10	0,94
Calabria	0,29	0,28	1,71	0,81	2,35	1,23	2,41	2,34	1,01	0,69
Sicilia	0,63	0,72	2,01	0,89	1,66	1,96	4,00	2,64	1,21	0,97
Sardegna	0,84	1,69	2,75	1,75	3,29	3,39	5,16	4,44	1,75	1,96
Italia	0,66	0,62	1,75	1,35	2,24	1,84	4,19	3,16	1,27	1,07

* La popolazione di riferimento è quella residente al censimento del 1991.

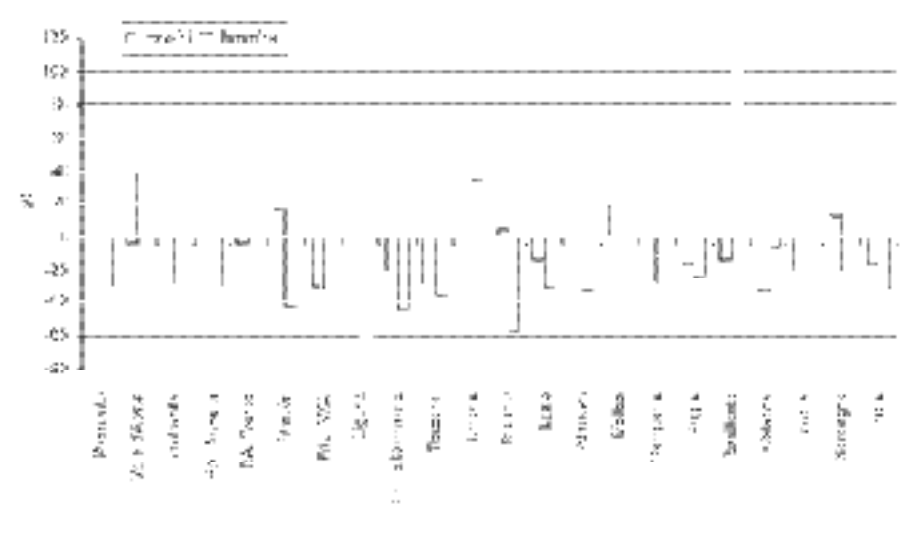
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat – Health for All Italia. Anno 2005.

Tabella 2 - Tasso di mortalità per suicidio per classi di età e tasso standardizzato per regione di residenza (per 10.000 abitanti) – **Femmine** – Anni 1992, 2002

Regioni	15-24		55-64		65-74		75+		Tasso std*	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002
Piemonte	0,21	0,05	0,91	0,83	1,10	0,92	1,30	0,87	0,55	0,39
Valle d'Aosta	1,27	0,00	1,33	0,00	0,00	0,00	0,00	4,36	0,34	0,48
Lombardia	0,16	0,14	0,59	0,45	0,72	0,44	0,50	0,33	0,37	0,26
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,21</i>	<i>0,05</i>	<i>0,91</i>	<i>0,83</i>	<i>1,10</i>	<i>0,92</i>	<i>1,30</i>	<i>0,87</i>	<i>0,55</i>	<i>0,39</i>
<i>Trento</i>	<i>1,27</i>	<i>0,00</i>	<i>0,80</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>4,36</i>	<i>0,34</i>	<i>0,48</i>
Veneto	0,34	0,09	0,86	0,45	0,97	0,64	0,67	0,27	0,45	0,26
Friuli Venezia.Giulia	0,25	0,00	1,43	0,83	1,19	0,84	1,11	0,35	0,58	0,40
Liguria	0,20	0,00	0,47	0,17	0,88	0,09	1,56	0,79	0,46	0,14
Emilia-Romagna	0,20	0,30	1,34	0,45	1,07	0,72	1,83	1,34	0,67	0,38
Toscana	0,22	0,13	0,84	0,33	0,74	0,68	0,87	0,41	0,37	0,24
Umbria	0,00	0,50	1,07	0,56	0,59	0,75	0,49	0,70	0,35	0,47
Marche	0,21	0,00	0,95	0,22	0,72	0,66	0,69	0,21	0,41	0,18
Lazio	0,18	0,07	0,52	0,39	0,67	0,31	0,86	0,71	0,33	0,23
Abruzzo	0,00	0,00	0,50	0,55	0,72	0,13	0,36	0,93	0,31	0,21
Molise	0,00	0,00	0,47	0,58	0,00	0,00	0,64	0,00	0,17	0,14
Campania	0,14	0,18	0,40	0,41	0,70	0,23	0,38	0,46	0,26	0,23
Puglia	0,32	0,07	0,41	0,27	0,54	0,55	0,49	0,58	0,30	0,23
Basilicata	0,00	0,53	0,27	0,65	0,35	0,29	0,92	0,00	0,16	0,34
Calabria	0,12	0,07	0,43	0,29	0,66	0,57	0,72	0,22	0,20	0,19
Sicilia	0,03	0,22	0,43	0,44	0,62	0,42	0,89	0,44	0,27	0,27
Sardegna	0,14	0,20	0,34	0,21	0,30	0,12	0,73	0,56	0,31	0,25
Italia	0,18	0,13	0,69	0,45	0,77	0,50	0,87	0,57	0,39	0,27

* La popolazione di riferimento è quella residente al censimento del 1991.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat – Health for All Italia. Anno 2005.

Grafico 1 - Variazione percentuale dal 1992 al 2002 del tasso standardizzato di mortalità per suicidio**Tasso standardizzato di mortalità per suicidio. Maschi. Anno 2002****Tasso standardizzato di mortalità per suicidio. Femmine. Anno 2002****Raccomandazioni di Osservasalute**

I cambiamenti sostanziali nell'ambito della organizzazione e gestione della salute mentale, ai sensi del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" (DPR 10 novembre 1999), con l'introduzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei centri di salute mentali, dei centri diurni ed altro ancora, sembrano avere raggiunto, almeno parzialmente, alcuni degli obiettivi prefissati. Tuttavia, la problematica sembra permanere, soprattutto tra i maschi in una dimensione che suggerisce l'esistenza di margini di miglioramento, colmabili sia attraverso il completamento della fase d'implementazione delle strategie di controllo previste, sia mediante interventi specifici a favore dei soggetti a maggior rischio, sia mediante un

miglioramento dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali interessati, partendo dalla realizzazione di uno specifico sistema informativo per il contesto della Salute Mentale. Occorre ribadire, infine, che il suicidio rappresenta un evento "sentinella" e sarebbe di conseguenza opportuno l'avvio di attività di approfondimento dei fattori causali e/o dello stato di funzionamento dei servizi di Salute Mentale a livello regionale. A questo proposito, risulta essenziale l'integrazione tra i gestori dei flussi informativi locali (le strutture epidemiologiche regionali) ed i servizi di salute mentale.

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. Si tratta di un indicatore di risultato atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione di emergenze ed episodi di acuzie della patologia. L'indicatore individua la percentuale di soggetti dimessi, con diagnosi primaria di disturbo psichico, da istituti di cura (siano essi ospedali per acuti o case di cura convenzionate o private).

La definizione di patologia psichica è evinta dai codici 290-319 proposti dalla classificazione ICD-9 (*International Classification of Diseases*): riguarda quindi un'ampia gamma di disturbi che comprendono

psicosi, nevrosi, disturbi di personalità e altre patologie anche correlate all'abuso di sostanze. La ulteriore standardizzazione per età dei tassi (popolazione italiana 1991), unita ad una valutazione di andamento nell'arco di 4 anni, permette da un lato un confronto interregionale, dall'altro una valutazione intra-regionale dell'efficacia dei numerosi progetti obiettivo che sono stati condotti al fine di garantire al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio affermando la centralità dell'intervento preventivo e curativo.

Tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 10.000$$

Numero dimissioni per disturbi psichici
Popolazione media residente

Validità e limiti. Il tasso soffre della mancanza di dati relativi alla frequenza di patologia psichica: malgrado la standardizzazione per età, infatti, non siamo in grado di valutare se un più alto utilizzo dell'ospedale corrisponda ad una reale maggior necessità della popolazione piuttosto che ad una carenza di servizi territoriali. La patologia psichica è ancora, nel nostro paese, sottostimata e sottovalutata e non esistono registri di patologia, attivi su tutto il territorio nazionale, in grado di quantificare la sua frequenza. Tuttavia la validità dei dati presentati come indicatore *proxi* della attività dei servizi territoriali, è degna di rilievo: i dati, ad una verifica oggettiva con la numerosità dei servizi esistenti per regione, sembrano ricalcare i diversi modelli di approccio alla patologia psichica. Le regioni che presentano tassi elevati di ospedalizzazione sono quelle che presentano valori inferiori alla media italiana rispetto all'attivazione di centri diurni per il trattamento dei pazienti e la conseguente prevenzione di ospedalizzazione dovuta, da un lato, ad episodi acuti della patologia, dall'altro ad un tentativo di controllo sociale.

Benchmark. Non esistono benchmark validati dal momento che la tipologia dei sistemi che regolano il trattamento della patologia psichica è varia tra i diversi paesi e non standardizzabile a livello internazionale.

Descrizione dei risultati

I tassi grezzi relativi al trattamento di patologie psichiche in regime di ricovero mostrano, in Italia, una riduzione dal 1999 all'anno 2002 (ultimo dato disponibile): il valore medio nazionale passa infatti dal 52,15 al 50,98 x 10.000 abitanti. Campania, Umbria,

Marche, Puglia e Friuli-Venezia Giulia sono le regioni che presentano i tassi più bassi (fino a valori inferiori del 40% alla media nazionale). Mentre la Campania ripropone sostanzialmente il dato del 1999, per le altre si rilevano riduzioni sostanziali. Altre regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Basilicata) pur rimanendo vicine alla media italiana si allineano alla tendenza in diminuzione. Non in tutte le regioni, tuttavia, si assiste a questo fenomeno: i dati relativi alla Valle d'Aosta, Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria, Sicilia e Sardegna propongono un'inversione di tendenza. Il tasso di trattamento ospedaliero della patologia psichica è infatti in aumento nel corso degli anni considerati. Se per Sardegna e Molise i valori rimangono comunque vicini o addirittura inferiori alla media nazionale e le fluttuazioni sono minime, le altre regioni presentano tassi elevati di per sé e comunque con una preoccupante tendenza ad un maggior ricorso all'ospedalizzazione. La valutazione dei tassi standardizzati per età e stratificati per genere fornisce altri elementi di valutazione e più utili riferimenti inter-regionali. Le regioni che presentavano tassi grezzi inferiori al valore medio nazionale mantengono e rafforzano tale primato; lo stesso si rileva, sia per il sesso femminile che per quello maschile, per le regioni che risultavano alla lettura dei tassi grezzi superiori alla media nazionale. Tali dati segnalano come i valori grezzi non siano il risultato di una diversa struttura di popolazione che potrebbe di per sé inficiare il dato (ad es. un maggior numero di anziani potrebbe giustificare una maggior probabilità di ricovero per patologia psichica, un maggior numero di giovani giustificare un eccesso di ricoveri legato a patologie riferibili al consumo di sostanze).

Tabella 1 - Tasso grezzo di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (per 10.000 abitanti) per regione di residenza - Anni 1999, 2002

Regioni	1999	2002
Piemonte	51,41	48,61
Valle d' Aosta	76,56	78,52
Lombardia	51,93	49,96
Trentino-Alto Adige	75,81	67,04
Veneto	63,50	49,47
Friuli-Venezia Giulia	42,57	35,76
Liguria	80,74	80,47
Emilia-Romagna	58,17	52,76
Toscana	47,03	45,82
Umbria	47,72	34,10
Marche	53,14	43,52
Lazio	51,13	61,66
Abruzzo	76,89	80,78
Molise	52,82	55,96
Campania	27,26	27,83
Puglia	52,35	42,16
Basilicata	49,50	47,12
Calabria	44,01	51,01
Sicilia	59,43	69,92
Sardegna	45,08	49,20
Italia	52,15	50,98

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat - Health For All - Anno 2005.

Tabella 2 - Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici (per 10.000 abitanti), per sesso e regione di residenza - Anni 1999, 2002

Regioni	1999		2002	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	48,20	47,93	46,19	45,74
Valle d' Aosta	72,70	63,75	78,06	61,62
Lombardia	47,99	51,11	47,46	49,27
Trentino-Alto Adige	71,65	74,20	63,29	64,77
Veneto	57,60	60,84	44,75	47,61
Friuli-Venezia Giulia	38,18	38,61	32,71	32,20
Liguria	82,20	70,86	74,39	74,65
Emilia-Romagna	49,92	56,02	45,78	51,02
Toscana	45,92	44,01	42,85	45,75
Umbria	43,95	44,09	32,59	33,47
Marche	55,64	46,59	46,75	37,67
Lazio	51,85	47,87	63,65	59,60
Abruzzo	79,44	69,41	84,54	72,43
Molise	58,13	47,07	58,21	51,79
Campania	30,10	24,41	31,18	24,10
Puglia	55,37	49,24	43,70	39,70
Basilicata	51,47	47,84	47,32	46,14
Calabria	47,30	41,11	53,72	47,38
Sicilia	64,44	55,06	74,28	64,50
Sardegna	44,22	43,74	51,88	44,38
Italia	51,34	49,17	50,36	48,26

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat - Health For All - Anno 2005.

Nel confronto tra i dati del 1999 e quelli del 2002 in alcune regioni si osservano diversi livelli di tendenza: mentre per la Valle d' Aosta, nell' arco temporale considerato si osserva un netto aumento dei ricoveri di soggetti maschi ed una diminuzione di quelli relativi al sesso femminile, per Liguria e Toscana la tendenza è contraria.

In generale, considerando sia il dato grezzo che quello standardizzato per età, non si evince un problema di tipo geografico: nelle macro aree i valori medi sono simili mentre emergono regioni con comportamenti diversi

Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici. Maschi. Anno 2002



Tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici. Femmine. Anno 2002



Raccomandazioni di Osservasalute

La patologia psichica rappresenta un problema di salute tra i più occorrenti e nascosti, che se non adeguatamente diagnosticato e controllato, si manifesta con episodi acuti e con tragiche conseguenze. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e anche al consumo di sostanze renderanno tale patologia sempre più frequente.

A tal fine l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative in ambito nazionale e regionale, codificate da progetti obiettivo nei Piani Sanitari, hanno formulato obiettivi e standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale. I dati presentati, seppur con i limiti precedentemente esposti, sono ancor più significativi tenendo conto della spesa sanitaria legata ai ricoveri ospedalieri spesso evitabili con un'adeguata organizzazione territoriale e distrettuale. Infatti la valutazione dei dati, letta congiuntamente alla attivazione dei centri diurni per regione, dimostra una maggior ospedalizzazione laddove sia più carente una struttura organizzativa territoriale che potrebbe determinare non solo una riduzione dei ricoveri ospedalieri, ma maggiori livelli di salute dei soggetti affetti da patologia psichica.

Dimissioni in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Significato. Il ricovero in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) fu istituito con la Legge Quadro n. 180 del 1978. Tale direttiva prevede la possibilità di ricovero, in via eccezionale, contro la volontà dell'assistito nei casi in cui vi siano patologie mentali gravi e scompensate, senza coscienza di malattia, che necessitino urgentemente l'ospedalizzazione. Questi ricoveri possono essere effettuati esclusivamente presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di aziende e presidi ospedalieri.

Il rapporto tra il numero di ricoveri di tipo TSO ed il totale dei ricoveri rappresenta un indicatore indiretto dell'efficacia terapeutica delle strutture territoriali dedicate ai pazienti con disturbi psichici. Essendo il TSO una modalità d'intervento da ritenere straordinaria, a fronte di un sistema sanitario capace dell'assistenza "ordinaria" dei pazienti (anche gravi), questo indicatore può essere considerato una misura indiretta di efficacia dei programmi terapeutici e riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di Salute Mentale.

Percentuale di ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Numero di ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)}}{\text{Numero totale di dimissioni ospedaliere}} \times 100$$

Validità e limiti. La quota di ricoveri TSO è un indicatore altamente correlato all'efficacia della rete territoriale di salute mentale. Tuttavia, vi sono tre limiti principali. In primo luogo, la raccolta delle informazioni sui TSO non è uniforme nel panorama nazionale, perdurando una sotto-notifica che potrebbe fortemente alterare i risultati. Secondariamente, appare più opportuno inserire al denominatore i soli ricoveri psichiatrici per acuti, al posto del totale dei ricoveri per tutte le cause, poiché quest'ultimo numero risente inevitabilmente della composizione per età delle varie regioni, che sappiamo non essere omogenea. Le regioni con popolazione più anziana hanno un più elevato numero di ricoveri per tutte le cause, che riduce la percentuale di ricoveri TSO sul totale. Viceversa, il totale di ricoveri psichiatrici per acuti non dipende dall'età in modo sostanziale. Infine, permane in diverse realtà locali un utilizzo del ricovero TSO con modalità improprie, ovvero verso i tossicodipendenti/alcolici,

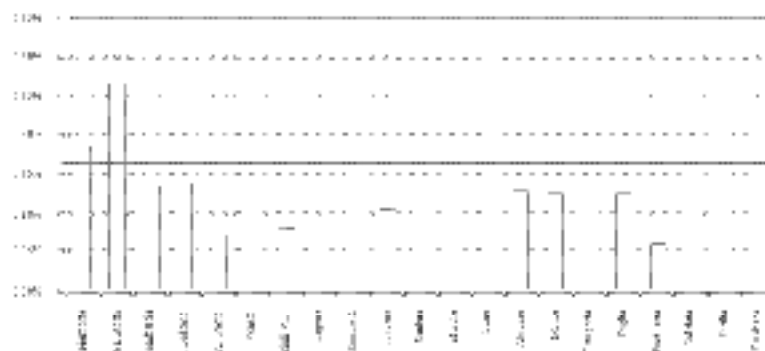
o per persone anziane con deficit cognitivi. Tali ricoveri sono tipicamente di durata pari o inferiore a due giorni. Sarebbe quindi opportuno poter verificare anche la quota di TSO la cui durata risulta inferiore a tale soglia, per poter stimare il livello di inappropriata nell'impiego di tale modalità d'intervento.

Valori di riferimento. Non essendovi indicazioni specifiche, come riferimento è stata scelta la media nazionale per l'anno 2003 (0,17%). Una valida alternativa può essere considerata la media delle quattro regioni con il minor tasso di ricoveri TSO (0,08%).

Descrizione dei risultati

Il dato più recente fornito dall'Istat, relativo all'anno 2003, segnala che lo 0,17% dei ricoveri è stato effettuato in modalità TSO. Rispetto alle rilevazioni dell'anno 2001, la quota di TSO appare in netto calo (-8%), tuttavia già nel 2002 questa riduzione era

Grafico 1 - Percentuale di dimissioni in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per regione - Anno 2003



Nota: la linea continua orizzontale corrisponde alla media nazionale.

Tabella 1 - Percentuale di dimessi in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per regione di residenza – Anni 2001-2003

Regioni	2001	2002	2003	Anno 2003	
				Numero di dimessi in TSO	Numero totale di dimessi
Piemonte	0,17	0,18	0,19	897	478.550
Valle D'Aosta	0,18	0,31	0,26	37	13.990
Lombardia	0,14	0,14	0,14	1.852	1.367.499
Bolzano-Bozen	0,19	0,15	0,14	117	84.300
Trento	0,07	0,09	0,07	41	55.752
Veneto	0,12	0,13	0,13	798	598.820
Friuli-Venezia Giulia	0,09	0,07	0,08	123	154.479
Liguria	0,10	0,10	0,09	208	234.692
Emilia-Romagna	0,56	0,18	0,20	1.181	594.849
Toscana	0,08	0,09	0,10	493	473.507
Umbria	0,16	0,15	0,12	142	121.043
Marche	0,21	0,16	0,15	314	205.851
Lazio	0,69	0,34	0,35	2.890	834.028
Abruzzo	0,14	0,16	0,13	327	254.259
Molise	0,09	0,13	0,12	72	58.435
Campania	0,51	0,12	0,14	1.142	823.266
Puglia	0,09	0,10	0,13	844	671.816
Basilicata	0,06	0,06	0,06	45	75.614
Calabria	0,12	0,17	0,16	470	296.985
Sicilia	0,19	0,18	0,20	1.606	792.613
Sardegna	0,21	0,22	0,23	597	257.148
Italia	0,25	0,16	0,17	14.196	8.447.496

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Anno 2005.

Numero di dimessi in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Anno 2003



evidente e non riflette quindi un *trend* storico lineare. Vi sono, inoltre, marcate differenze tra le regioni: la Basilicata e la Provincia Autonoma di Trento risultano avere la minore quota di TSO (rispettivamente 0,06% e 0,07%), mentre nel Lazio (0,35%), Valle d'Aosta (0,26%) e Sardegna (0,23%) si osservano i valori più elevati. Tuttavia, la mancanza di un chiaro gradiente Nord-Sud tende a confermare la rilevanza del problema di sotto-notifica, che rende poco significativo qualunque ulteriore commento sui dati. Un segnale verso tale ipotesi proviene anche dall'esame dei *pattern* regionali di variazione percentuale della quota TSO dall'anno 2001 al 2003: si evidenziano differenze estreme che risultano difficili da interpretare esclusivamente pensando a variazioni di efficienza del sistema di salute mentale, ma che sembrerebbero collegati, almeno parzialmente, a mutati atteggiamenti verso la segnalazione dei ricoveri TSO.

Modelli organizzativi e di gestione della salute mentale in Piemonte

Prof.ssa Roberta Siliquini

Il Piano Sanitario Nazionale ed i Progetti Obiettivi "Tutela della Salute Mentale" hanno fornito gli strumenti necessari per rendere "praticabile", nella nostra regione, la Legge 180 del 78. Questo attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale dei servizi di Salute Mentale che ha reso possibile rispondere ai bisogni di natura psichiatrica in modo integrato a livello di prevenzione, presa in carico, riabilitazione e reinserimento sociale.

L'applicazione della suddetta Legge, in Piemonte, si è realizzata con difficoltà:

- a) i piani di deospedalizzazione hanno incontrato difficoltà attuative: il calo della popolazione manicomiale, per alcuni anni, è stato determinato da cause "fisiologiche", la dimissione dei pazienti più difficili e impegnativi era ostacolata dalla mancanza di strutture intermedie;
- b) per molto tempo il ricovero ospedaliero ha continuato ad essere l'unico intervento possibile;
- c) la ristrutturazione e la riconversione delle strutture manicomiali è avvenuta con lentezza.

Oggi, invece, i servizi psichiatrici regionali sono organizzati come **Dipartimenti di Salute Mentale** (DSM). Il DSM comprende servizi che garantiscono livelli diversi di "protezione" a seconda dei bisogni e dei livelli di autonomia degli assistiti a livello di funzionamento personale, familiare e sociale.

Il **Centro di Salute Mentale** (CSM) realizza interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza attraverso: attività di accoglienza, definizione e attuazione di programmi terapeutico riabilitativi e socio riabilitativi personalizzati; attività di raccordo con i Medici di Medicina Generale, consulenza specialistica ai servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze, etc), alle strutture residenziali per anziani e per disabili; attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private; interventi sulla famiglia, valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità delle pratiche e delle procedure adottate.

Il **Servizio di Diagnosi e Cura Psichiatrico** (SPDC) è il servizio dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero; esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri; effettua accertamenti di tipo internistico, interventi farmacologici, valutazioni sulla situazione generale dell'utente con colloqui di tipo socio-assistenziale.

Il **Day Hospital** (DH) è un'area di assistenza semi residenziale in cui si effettuano prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Il Centro Diurno (CD): è una struttura semi residenziale con funzioni terapeutico riabilitative, dotata di una propria *equipe*, integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Consente alla Pubblica Amministrazione di sperimentare e apprendere diverse abilità (cura di sé, attività di vita quotidiana, relazioni interpersonali individuali e di gruppo,...) anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Le **Strutture Residenziali** (Comunità protette di tipo A e B, Comunità Alloggio, Gruppi Appartamento,...) sono strutture extra ospedaliere in cui si svolge un programma terapeutico riabilitativo e socio-riabilitativo con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative; hanno carattere abitativo di ridotte dimensioni; sono destinate ad utenti che necessitano di interventi riabilitativi ed assistenziali di lunga durata. In esse i livelli di assistenza e/o protezione forniti variano in funzione della tipologia e delle esigenze degli ospiti; le funzioni terapeutico - riabilitative sono realizzate presso il Centro Diurno.

Nonostante l'attuazione del modello dipartimentale restano ancora aperte alcune questioni:

- la disomogeneità, nel territorio regionale, del potenziamento delle strutture non ospedaliere che limiterebbero i fenomeni di lunghe ospedalizzazioni ed episodi di nuova cronicità;
- talvolta il ricovero e la permanenza nei servizi ospedalieri riguarda assistiti con i bisogni più disparati (più di natura assistenziale o sociale che legati a necessità ed urgenze cliniche);
- la difficoltà a ricoverare negli SPDC competenti per zona (carenza di posti letto, ricoveri impropri,...) e la necessità di effettuare i ricoveri al di fuori del proprio territorio con conseguente allontanamento dell'utente, seppur temporaneamente, dal suo contesto di vita (lontananza dai familiari, dai servizi territoriali che lo hanno in cura,...);
- la discontinuità e/o disomogeneità dei programmi di aggiornamento, riqualificazione e formazione post base e continua del personale di assistenza;
- la discontinuità e/o disomogeneità delle attività di collegamento/integrazione fra i servizi psichiatrici territoriali e gli altri presidi pubblici e privati, le associazioni di volontariato ed il privato sociale nel garantire la continuità terapeutica dei progetti di cura e riabilitazione;
- la carenza del personale di assistenza;

- la difficoltà di utilizzare come modello di assistenza il *case management* che garantirebbe prestazioni sanitarie di qualità elevata, contenimento dei costi, riduzione della frammentazione degli interventi assistenziali, miglioramento della qualità della vita dei clienti (Zander K,1988);
- la gestione dei reparti in chiusi ed aperti, laddove aprire e chiudere la porta assume le connotazioni di una modalità di accoglienza continuativa, arricchita di contenuti relazionali e terapeutici, che caratterizza lo stile di lavoro dell'equipe e non il "chiudere dentro".

I modelli organizzativi della salute mentale in Abruzzo

Dott.sa Francesca Bolino

In Abruzzo, la realtà organizzativa dei servizi di Salute Mentale si caratterizza per un'estrema disomogeneità all'interno del territorio regionale, che può definirsi strutturato "a macchia di leopardo". In particolare, si ha conoscenza dell'uso di registri epidemiologici solo in alcuni Dipartimenti; tale situazione impedendo la monitoraggio dei due indici di maggiore rilevanza clinica: il numero di Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO) ed il numero di suicidi. Inoltre, alcuni Dipartimenti di Salute Mentale sono del tutto sprovvisti di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, mentre altri Dipartimenti ne ospitano fino a tre al loro interno. Sempre relativamente ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura, alcune realtà locali non hanno possibilità di accogliere ricoveri in regime di TSO, sebbene essi mantengano l'estensione dell'accoglimento di TSO nel privato accreditato. Analoga difformità è osservabile per ciò che concerne le strutture residenziali e semiresidenziali, la cui gestione è peraltro affidata quasi interamente a privati.

Alla luce di quanto detto, è da più parti sostenuta l'esigenza di attivare un Osservatorio Epidemiologico specifico per la Salute Mentale, il quale potrebbe rappresentare uno strumento fondamentale per la verifica ed il miglioramento della gestione assistenziale, per fornire livelli elevati ed omogenei di assistenza sull'intero territorio regionale.