

I NUMERI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA

Di Peppe Dell'Acqua e Renata Bracco
Da *Italianieuropei* nr. 2/2009)

Le informazioni sulla rete dei servizi a tutela della salute mentale in Italia sono tuttora frammentarie. Non è stato attivato ancora un Sistema Informativo nazionale per la Salute Mentale che rilevi le strutture (quante sono, dove, con quali orari di apertura, per quanti giorni all'anno), i processi (quante persone si rivolgono ai servizi di salute mentale, che tipo di risposte ricevono, dopo quanti giorni, l'attività a domicilio è abituale, per quante persone, ecc.) e gli esiti (conclusioni concordate del rapporto terapeutico, ripresa del lavoro e suo inizio ex novo grazie al supporto dei servizi di salute mentale, ripetuti ricoveri con le modalità del TSO per le persone già note al CSM, ecc.)

Il vuoto informativo è stato in parte tamponato dai progetti Progres. Sono tre studi finanziati dal Ministero della Salute, con il contributo scientifico dell'Istituto Superiore della Sanità, che hanno permesso nel corso di questo decennio di mappare la rete dei servizi di salute mentale presenti nel territorio nazionale: nel 2000 le strutture residenziali (Progres SR), nel 2003 le strutture di ricovero per pazienti in fase di acuzie (Progres Acuti) ed infine nel 2005 i servizi di salute mentale territoriali (Progres CSM). I tre studi, condotti a qualche anno di distanza l'uno dall'altro rimangono tuttora, da quel che è dato sapere, gli unici studi che forniscono una panoramica nazionale sui servizi di salute mentale.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1999 - 2000 indica con i termini Dipartimento di Salute Mentale (DSM) il modello organizzativo per l'assistenza psichiatrica della popolazione adulta. Prevede che ogni Azienda Sanitaria istituisca il DSM inteso come struttura organizzativa che coordina un'ampia rete di servizi che si articolano in strutture a differente intensità assistenziale.

In Italia ci sono 210 DSM. Per 167 di questi il territorio di competenza coincide con l'intero territorio della ASL. 103 DSM (49%) servono una popolazione inferiore ai 250.000 abitanti mentre in altri 20 (9%) il bacino di utenza è di oltre 500 mila abitanti. Vi sono anche 3 DSM nel cui territorio di competenza risiede una popolazione di oltre un milione di persone.

La mission del DSM secondo il POTSM 1999 - 2000 dovrebbe essere principalmente la presa in carico dei pazienti gravi; nel 63,8% dei DSM (134) il regolamento nel quale si definisce tale mandato è stato approvato con delibera tra il 1976 e il 2006.

30 DSM (14,28%) rispondono ai bisogni di salute di popolazioni specifiche attraverso punti di accoglienza della domanda quali: servizi per l'handicap psichico, psicoterapia, ansia e depressione, disturbi del comportamenti alimentare, servizi socio-psichiatrici, servizi rivolti ai giovani all'esordio psicotico.

I Centri di Salute Mentale

Secondo il POTSM 1999 - 2000 il CSM è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza.

I CSM, CPS in Lombardia, sono 707, omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale con la sola eccezione del Molise dove non sono stati attivati. Il POTSM 1999 - 2000 prevede che "il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana". Gli standard previsti sono soddisfatti in una piccola parte dei CSM italiani. Solo 112 CSM (15,8%) sono aperti almeno 72 ore su 6 giorni la settimana. Tra di essi figurano i CSM del Friuli Venezia Giulia, alcuni CSM campani e sardi. Nelle 3 regioni questi CSM sono aperti 24 ore al giorno, 7 giorni su 7 e sono dotate di 6 - 8 p.l. per il ricovero delle persone in contatto.

Gli orari di accesso al pubblico sono perciò diversificati e spaziano da orari di apertura di 2 ore al giorno (valore minimo rilevato nel Progres CSM nel 2005) ad aperture pressoché continuative. L'apertura media è di 61 ore settimanali, frequente l'orario ridotto nei prefestivi e festivi e/o la chiusura completa.

L'accesso al CSM è vincolato ad un invio da parte di un medico in 93 CSM (13%) mentre in 452 l'accesso è subordinato al pagamento del ticket. Una persona che ritiene che avere bisogno di un

contatto specialistico non urgente con il CSM deve attendere mediamente quasi 8 giorni (7,80). In quasi 2/3 dei CSM (59,3 %) l'accesso è regolato dalla lista d'attesa mentre il restante 1/3 accoglie la domanda in tempo reale o quasi. Circa la metà dei CSM che hanno fornito queste informazioni hanno un lista d'attesa superiore agli 8 giorni, di questi 82 CSM possono fissare il primo colloquio solo a 2 settimane dalla richiesta con un'attesa massima di 75 giorni (2 mesi e mezzo!).

Nel corso del trimestre del 2005, in cui vi è stata la raccolta di informazioni del Progres CSM, oltre mezzo milione di persone, circa 520.000, siano state in contatto con almeno un CSM. Le persone in contatto con i CSM sono state 457.146, ma un centinaio di CSM (125) non ha fornito le informazioni richieste sulla numerosità dell'utenza per cui il dato è stato stimato.

Se tra le persone il cui quadro diagnostico ci è noto, immaginiamo un gruppo di 20 tra queste ci saranno quasi 6 che soffrono di un disturbo psicotico, quasi 5 di un disturbo del tono dell'umore, le restanti vivono situazioni di malessere dovute a disturbi d'ansia o ad altre forme morbose.

A disposizione di questo esercito di persone in difficoltà che si sono rivolte al CSM vi sono 14.934 professionisti, in equivalenti a tempo pieno: psichiatri, psicologi infermieri, assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione, ecc.

Tabella 1 - I CSM e la sede degli interventi

Regione	% di pazienti visitati in luoghi diversi dal CSM	% di pazienti visitati sede del CSM
Valle d'Aosta	8%	92%
Sardegna	10%	90%
P.A. Bolzano	12%	88%
Calabria	12%	88%
Sicilia	17%	83%
Abruzzo	17%	83%
Campania	17%	83%
Lombardia	18%	82%
Veneto	19%	81%
Umbria	19%	81%
Puglia	21%	79%
Piemonte	22%	78%
Italia	24%	76%
Lazio	25%	75%
Marche	26%	74%
Emila R.	26%	74%
Toscana	27%	73%
Liguria	34%	66%
P.A. Trento	44%	56%
FVG	74%	26%

Nei CSM italiani lavorano in media circa 15 operatori ed operatrici. L'equipe media è composta da 4 medici psichiatri, 1,5 psicologo, quasi 8 infermieri e quasi 2 tra assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione. Il CSM medio, nel trimestre esaminato, è stato contattato da circa 730 persone per le quali i 15 operatori ed operatrici hanno predisposto gli interventi necessari.

La numerosità del personale risente di significative differenze regionali per cui abbiamo 8 regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Sicilia) in cui per 100.000 abitanti il personale del CSM è tra le 15 – 20 unità. In compenso in altre 4 realtà regionali (P.A. Trento, Toscana, Umbria, Campania) sono a disposizione oltre 30 unità/100.000 abitanti. Il Friuli Venezia Giulia si discosta dalle altre regioni con 50 unità/100.000 abitanti. Lo scostamento è

dovuto al fatto che nel CSM 24 ore sono disponibili 6 – 8 p.l. per il ricovero dell'utenza in crisi e il personale si fa carico anche dell'assistenza psichiatrica delle persone ricoverate nel servizio. In mancanza di un sistema informativo nazionale per la salute mentale non ci sono informazioni esaustive relative alle attività svolte da tutti i CSM italiani.

Sono invece disponibili le informazioni relative al 2005 sulla mobilità del CSM nel territorio ovvero: il CSM si pone in una posizione di attesa dei pazienti nella sede del servizio o interviene anche nel territorio nel perseguimento dei suoi obiettivi che sono: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione?

Tabella 2 - Personale dei CSM /100.000 abitanti e differenza dallo standard del progetto obiettivo tutela salute mentale

Regione	Personale /100.000 abitanti	Personale previsto dal POT S M 1 operatore ogni 1.500 abitanti
Valle d'Aosta	16	-51
Veneto	16	-51
Abruzzo	17	-50
Lombardia	17	-50
Marche	18	-49
Basilicata	18	-49
Puglia	19	-48
Sicilia	20	-47
Piemonte	21	-46
P.A. Bolzano	24	-43
Lazio	25	-42
Italia	26	-41
Calabria	28	-39
Emilia Romagna	28	-39
Sardegna	29	-38
Liguria	30	-37
Umbria	32	-35
P.A. Trento	34	-33
Campania	35	-32
Toscana	38	-29
FVG	49	-18

3 regioni su 19 sono esemplari nell'attività domiciliare: per ogni 100 persone in contatto con i CSM nel Friuli Venezia Giulia si interviene fuori sede per oltre 74 di esse, nella P.A. di Trento per 44, in Liguria per 35. Fanalini di coda sono la Valle d'Aosta e la Sardegna che intervengono in altre sedi per 8 e 10 persone su 100.

I dati forniti dai responsabili in questo tipo di ricerche fanno apparentemente emergere un'ampia disponibilità di interventi di vario tipo che vanno interpretati con cautela, dal momento che si tratta di affermazioni non sottoposte a verifica e, soprattutto, perché essi non consentono di discriminare tra la disponibilità di specifiche modalità di intervento, ed il loro effettivo utilizzo.

Esaminando solo uno degli interventi proposti e cioè le attività di gruppo rivolte ai familiari delle persone in contatto con il CSM si scopre che 185 CSM, il 26,2%, dichiarano che non se ne occupano e non svolgono, se non in casi eccezionali, attività di gruppo rivolte ai soli familiari. Escludendo dai conteggi i 64 CSM che non hanno fornito le informazioni richieste, quasi 1 CSM su 3, il 29%, non sviluppa questo tipo di attività!

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e il ricovero delle persone con disturbo psichico

La graduale chiusura degli Ospedali Psichiatrici e la progressiva introduzione del modello organizzativo del DSM ha fatto sì che il ricovero delle persone con disturbo psichico avvenisse all'interno dell'ospedale generale, nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) che è parte integrante del DSM anche se situato nella struttura ospedaliera.

Nelle 20 Regioni partecipanti al Progres Acuti (con la sola esclusione della Sicilia e di 4 SPDC lombardi) sono presenti 262 SPDC con 3.431 p.l. Nelle stesse Regioni sono inoltre attive 23 Cliniche Psichiatriche Universitarie con circa 400 p.l. I p.l. restanti sono distribuiti tra i 16 CSM 24 ore (Campania, Friuli Venezia Giulia) ed i 6 Centri Crisi, entrambi con 98 p.l. In Toscana sono disponibili i 20 p.l. attivabili al bisogno presso i reparti di medicina.

Nel complesso in Italia (Sicilia esclusa), vi sono 4.113 p.l. nelle strutture pubbliche con una media circa 13 posti per struttura; con lo 0,79 p.l./10.000 abitanti.

Le Case di Cura (CdC), ubicate in 10 tra le 20 regioni censite, sono 54, con 4.862 p.l. con una media di 90 posti per struttura e quasi 1 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Il Lazio, la Campania e la Calabria hanno il minor numero di p.l. nelle strutture pubbliche e presentano la più elevata concentrazione di p.l. in CdC.

Tabella 3 - La distribuzione dei posti letto nelle regioni

Residenti censimento 2001		p.l. strutture pubbliche	p.l. per 10.000 abitanti	p.l. Case di Cura	p.l. per 10.000 abitanti	p.l. complessivi	p.l. per 10.000 abitanti
4.214.677	Piemonte	305	0,72	730	1,73	1.035	2,46
119.548	Valle d'Aosta	15	1,26	0	0,00	15	1,26
9.032.554	Lombardia	826	0,91	78	0,09	904	1,00
462.999	P.A. Bolzano	64	1,38	0	0,00	64	1,38
4.527.694	Veneto	477	1,05	444	0,98	921	2,04
1.183.764	Friuli Venezia Giulia	165	1,39	0	0,00	165	1,39
1.571.783	Liguria	228	1,45	0	0,00	228	1,45
3.983.346	Emilia Romagna	366	0,92	659	1,65	1.025	2,57
3.497.806	Toscana	291	0,83	165	0,47	456	1,30
825.826	Umbria	30	0,36	0	0,00	30	0,36
1.470.581	Marche	140	0,95	142	0,97	282	1,92
5.112.413	Lazio	290	0,57	1.213	2,37	1.503	2,94
1.262.392	Abruzzo	94	0,75	0	0,00	94	0,75
320.601	Molise	39	1,22	0	0,00	39	1,22
5.701.931	Campania	256	0,45	892	1,56	1.148	2,01
4.020.707	Puglia	216	0,54	45	0,11	261	0,65
597.768	Basilicata	45	0,75	0	0,00	45	0,75
2.011.466	Calabria	116	0,58	494	2,46	610	3,03
1.631.880	Sardegna	102	0,63	0	0,00	102	0,63
477.017	P.A. Trento	48	1,01	0	0,00	48	1,01
52.026.753	ITALIA	4.113	0,79	4.862	0,94	8.975	1,73

43.573.175	Totale regioni con strutture pubbliche e private	3.283	0,75	4.862	1,12	8.145	1,87
------------	--	-------	------	-------	------	-------	------

La degenza media delle persone ricoverate nelle strutture pubbliche del Nord-Est risulta pressoché doppia (24 giorni) rispetto alla degenza media nel Sud (12 giorni). E' del tutto probabile che la scarsità di p.l. nelle strutture pubbliche nel meridione d'Italia determini un'accelerazione della dimissione, con degenze più brevi rispetto ad aree del paese fornite di un maggior numero di p.l. La scarsità di p.l. per acuti si accompagna a maggiori costi assistenziali complessivi, causati dal riversarsi delle necessità di ricovero in altre strutture o aree geografiche.

In tutte le strutture, pubbliche e private, la presenza del personale è assicurata nell'arco delle 24 ore.

Il programma Progres Acuti ha raccolto i dati d'attività riferiti all'anno 2001. In media in ogni SPDC e CPU vi è 1 ricovero al giorno mentre nelle CdC, che hanno capienze maggiori, i ricoveri sono stati quasi 2 al giorno.

Nelle strutture pubbliche che hanno fornito le informazioni sono state ricoverate circa 72.000 persone per complessivi 103.250 ricoveri. Le giornate di ricovero sono state 1.227.679 con una durata media di 12 giorni.

Nelle CdC sono state ricoverate 23.097 persone per complessivi 35.880 ricoveri. Le giornate di ricovero sono state 1.252.049 con una durata media di 35 giorni.

Nessuna CdC accoglie le persone ricoverate in TSO. Tutti gli SPDC (fuorché due per motivi logistici), alcune CPU ed alcuni CSM 24 ore accolgono le persone ricoverate con le modalità del TSO.

Rispetto al totale dei ricoveri annui, i ricoveri con le modalità del TSO sono stati 12.793, il 12,9% del totale ed hanno coinvolto 966 persone. Laddove i posti-letto pubblici sono numericamente scarsi, come nel Sud, la proporzione di ricoveri in regime di TSO è circa doppia rispetto alle restanti aree, verosimilmente nel tentativo di "forzare" il ricovero attraverso lo strumento del TSO.

Da ricerche condotte in Europa emerge l'esistenza di un gran numero di reparti psichiatrici ospedalieri con le porte aperte, in contraddizione con quanto rilevato nella nostra nazione dove circa l'80% dei SPDC ha le porte d'ingresso chiuse a chiave.

Circa la metà degli SPDC e delle CPU e quasi la totalità delle CdC non hanno la disponibilità del ricovero sulle 12 ore in day-hospital (DH) per contrastare l'evoluzione di situazioni critiche nel paziente e/o alleggerire il contesto di vita e la gravosità del carico familiare.

Nelle 301 strutture pubbliche lavorano 8.058 persone, nelle CdC 2.384. La disponibilità di personale a tempo pieno, di qualsiasi profilo professionale, per p.l. varia in maniera marcata, nei SPDC per ogni p.l. ci sono almeno 2 unità di personale, nelle CdC per 2 p.l. circa 1 unità. La numerosità del personale nelle strutture pubbliche dipende dal numero di p.l. più basso che nelle CdC e dall'insieme dei pazienti accolti che nei servizi ospedalieri pubblici.

Le strutture pubbliche e le CdC ricoverano tipologie parzialmente diverse di pazienti. Da un lato solo le strutture pubbliche ricoverano con le modalità del TSO, mentre dall'altro i criteri di esclusione che le CdC adottano sono di solito più restrittivi per cui spesso non ammettono le persone particolarmente difficili e a rischio (ad es. persone con comportamenti aggressivi dovuti al disturbo di cui soffrono o con elevato rischio suicidario). Dai risultati ottenuti nel census-day nazionale dell'8 Maggio 2003 è emerso che le strutture pubbliche tendenzialmente ricoverano persone più giovani e di sesso maschile, mentre le CdC tendono a ricoverare persone più anziane e di sesso femminile.

Sebbene la totalità dei SPDC siano stati aperti negli ultimi 30 anni, e solo 7 CPU (30%) fosse attiva prima del 1978, 7 SPDC sono ubicati in locali al di sotto del livello stradale, 111 SPDC (42%) non hanno nemmeno una camera singola e molti hanno un considerevole numero di camere di degenza a 3 o 4 letti. Meno di due SPDC su tre hanno uno spazio aperto accessibile alle persone ricoverate e tra questi circa la metà non ha una sala di soggiorno.

Le Strutture residenziali

Secondo il POTSM 1999 - 2000 , si definisce struttura residenziale (SR) “una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all’interno di specifiche attività riabilitative.”

Nelle regioni italiane si utilizzano terminologie diverse per indicare le SR che generalmente rispondono a funzioni diverse.

La funzione socio – assistenziale per persone con disturbo psichico e ridotte capacità di vita autonoma, che richiedono un sostegno per le attività della vita quotidiana e/o che traggono vantaggio dalla vita comunitaria. Il supporto del personale può essere programmato con una certa flessibilità, in relazione ai diversi bisogni e livelli di autonomia degli ospiti.

La funzione terapeutico - riabilitativa risponde ai bisogni di persone con disturbi rilevanti e importanti disabilità che necessitano di programmi terapeutico - riabilitativi individualizzati e continuativi per tempi differenziati e che non possono contare né sulla rete familiare, perché assente o inadatta a offrire un sostegno, né sulla rete sociale. Il supporto del personale è solitamente diurno-notturno.

Le SR si differenziano per l’intensità assistenziale che prevede la presenza di personale sulle 24 ore (alta intensità), sulle 12 ore (bassa intensità) e a fasce orarie (bassa intensità).

Nel 2000 sono state censite 1.370 SR con 4 o più posti residenziali per complessivi 17.138 posti.

1005 case erano strutture ad alta intensità, quasi 3 su 4, 335 a media intensità e solo per 30 abitazioni l’assistenza era fornita a fasce orarie. Oltre la metà, 692 case, era stata aperta dopo il 1996 probabilmente nell’urgenza delle normative relative al superamento dell’Ospedale Psichiatrico. Delle restanti abitazioni, 265 case erano state aperte prima del 1990 ed altre 406 nello scorcio degli anni Novanta compreso tra il 1990 e il 1996.

Nelle SR vi sono circa 12,5 posti per SR ed un tasso di posti residenziali per 10.000 abitanti pari a quasi 3 posti (superiore allo standard del POTSM 1999 - 2000 pari a 2/10.000). La dotazione di SR è risultata molto variabile tra le varie aree d’Italia. I DSM in quegli anni gestivano quasi la metà delle SR. Per quanto riguarda gli operatori, nelle SR lavoravano 11.240 operatori in equivalenti a tempo pieno, più una quota significativa di operatori a tempo parziale; il numero medio di operatori per SR è di quasi 14.

Le persone ospitate nelle SR erano 15.943; il 58%, di esse, 9.319 persone, non è mai stato ricoverato in Ospedale Psichiatrico (OPP), mentre il restante 40% era composto da ex-degenti dell’OPP ed una piccola quota di 253 persone proveniva all’Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Circa la metà delle SR ospitava prevalentemente persone comprese nella fascia di età tra 40 e 59 anni.

Dal Progres SR emerge un’ampia variabilità nella dotazione di SR tra le varie Regioni e P.A., che è correlata alla dotazione di altre strutture assistenziali psichiatriche. La maggior parte delle SR fornisce un’assistenza di tipo intensivo, e nel 2000 mancava quel range differenziato di strutture, in termini di intensità assistenziale, livelli di autonomia, ecc., considerato come ottimale per il trattamento prolungato di persone con livelli di grave disabilità che possono evolvere nel tempo.

I NUMERI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA

**Di Peppe Dell’Acqua e Renata Bracco
Da *Italianieuropei* nr. 2/2009)**

Le informazioni sulla rete dei servizi a tutela della salute mentale in Italia sono tuttora frammentarie. Non è stato attivato ancora un Sistema Informativo nazionale per la Salute Mentale che rilevi le strutture (quante sono, dove, con quali orari di apertura, per quanti giorni all’anno), i processi (quante persone si rivolgono ai servizi di salute mentale, che tipo di risposte ricevono, dopo quanti giorni, l’attività a domicilio è abituale, per quante persone, ecc.) e gli esiti (conclusioni concordate del rapporto terapeutico, ripresa del lavoro e suo inizio ex novo grazie al supporto dei servizi di salute mentale, ripetuti ricoveri con le modalità del TSO per le persone già note al CSM, ecc.)

Il vuoto informativo è stato in parte tamponato dai progetti Progres. Sono tre studi finanziati dal Ministero della Salute, con il contributo scientifico dell’Istituto Superiore della Sanità, che hanno permesso nel corso di questo decennio di mappare la rete dei servizi di salute mentale presenti nel territorio nazionale: nel 2000 le strutture residenziali (Progres SR), nel 2003 le strutture di ricovero per pazienti in fase di acuzie (Progres Acuti) ed infine nel 2005 i servizi di salute mentale territoriali

(Progres CSM). I tre studi, condotti a qualche anno di distanza l'uno dall'altro rimangono tuttora, da quel che è dato sapere, gli unici studi che forniscono una panoramica nazionale sui servizi di salute mentale.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1999 - 2000 indica con i termini Dipartimento di Salute Mentale (DSM) il modello organizzativo per l'assistenza psichiatrica della popolazione adulta. Prevede che ogni Azienda Sanitaria istituisca il DSM inteso come struttura organizzativa che coordina un'ampia rete di servizi che si articolano in strutture a differente intensità assistenziale.

In Italia ci sono 210 DSM. Per 167 di questi il territorio di competenza coincide con l'intero territorio della ASL. 103 DSM (49%) servono una popolazione inferiore ai 250.000 abitanti mentre in altri 20 (9%) il bacino di utenza è di oltre 500 mila abitanti. Vi sono anche 3 DSM nel cui territorio di competenza risiede una popolazione di oltre un milione di persone.

La mission del DSM secondo il POTSM 1999 - 2000 dovrebbe essere principalmente la presa in carico dei pazienti gravi,; nel 63,8% dei DSM (134) il regolamento nel quale si definisce tale mandato è stato approvato con delibera tra il 1976 e il 2006.

30 DSM (14,28%) rispondono ai bisogni di salute di popolazioni specifiche attraverso punti di accoglienza della domanda quali: servizi per l'handicap psichico, psicoterapia, ansia e depressione, disturbi del comportamenti alimentare, servizi socio-psichiatrici, servizi rivolti ai giovani all'esordio psicotico.

I Centri di Salute Mentale

Secondo il POTSM 1999 - 2000 il CSM è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza.

I CSM, CPS in Lombardia, sono 707, omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale con la sola eccezione del Molise dove non sono stati attivati. Il POTSM 1999 - 2000 prevede che "il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana". Gli standard previsti sono soddisfatti in una piccola parte dei CSM italiani. Solo 112 CSM (15,8%) sono aperti almeno 72 ore su 6 giorni la settimana. Tra di essi figurano i CSM del Friuli Venezia Giulia, alcuni CSM campani e sardi. Nelle 3 regioni questi CSM sono aperti 24 ore al giorno, 7 giorni su 7 e sono dotate di 6 - 8 p.l. per il ricovero delle persone in contatto.

Gli orari di accesso al pubblico sono perciò diversificati e spaziano da orari di apertura di 2 ore al giorno (valore minimo rilevato nel Progres CSM nel 2005) ad aperture pressoché continuative. L'apertura media è di 61 ore settimanali, frequente l'orario ridotto nei prefestivi e festivi e/o la chiusura completa.

L'accesso al CSM è vincolato ad un invio da parte di un medico in 93 CSM (13%) mentre in 452 l'accesso è subordinato al pagamento del ticket. Una persona che ritiene che avere bisogno di un contatto specialistico non urgente con il CSM deve attendere mediamente quasi 8 giorni (7,80). In quasi 2/3 dei CSM (59,3 %) l'accesso è regolato dalla lista d'attesa mentre il restante 1/3 accoglie la domanda in tempo reale o quasi. Circa la metà dei CSM che hanno fornito queste informazioni hanno un lista d'attesa superiore agli 8 giorni, di questi 82 CSM possono fissare il primo colloquio solo a 2 settimane dalla richiesta con un'attesa massima di 75 giorni (2 mesi e mezzo!).

Nel corso del trimestre del 2005, in cui vi è stata la raccolta di informazioni del Progres CSM, oltre mezzo milione di persone, circa 520.000, siano state in contatto con almeno un CSM. Le persone in contatto con i CSM sono state 457.146, ma un centinaio di CSM (125) non ha fornito le informazioni richieste sulla numerosità dell'utenza per cui il dato è stato stimato.

Se tra le persone il cui quadro diagnostico ci è noto, immaginiamo un gruppo di 20 tra queste ci saranno quasi 6 che soffrono di un disturbo psicotico, quasi 5 di un disturbo del tono dell'umore, le restanti vivono situazioni di malessere dovute a disturbi d'ansia o ad altre forme morbose.

A disposizione di questo esercito di persone in difficoltà che si sono rivolte al CSM vi sono 14.934 professionisti, in equivalenti a tempo pieno: psichiatri, psicologi infermieri, assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione, ecc.

Tabella 1 - I CSM e la sede degli interventi

Regione	% di pazienti visitati in luoghi diversi dal CSM	% di pazienti visitati sede del CSM
----------------	---	--

Valle d'Aosta	8%	92%
Sardegna	10%	90%
P.A. Bolzano	12%	88%
Calabria	12%	88%
Sicilia	17%	83%
Abruzzo	17%	83%
Campania	17%	83%
Lombardia	18%	82%
Veneto	19%	81%
Umbria	19%	81%
Puglia	21%	79%
Piemonte	22%	78%
Italia	24%	76%
Lazio	25%	75%
Marche	26%	74%
Emila R.	26%	74%
Toscana	27%	73%
Liguria	34%	66%
P.A. Trento	44%	56%
FVG	74%	26%

Nei CSM italiani lavorano in media circa 15 operatori ed operatrici. L'equipe media è composta da 4 medici psichiatri, 1,5 psicologo, quasi 8 infermieri e quasi 2 tra assistenti sociali, educatori, tecnici della riabilitazione. Il CSM medio, nel trimestre esaminato, è stato contattato da circa 730 persone per le quali i 15 operatori ed operatrici hanno predisposto gli interventi necessari.

La numerosità del personale risente di significative differenze regionali per cui abbiamo 8 regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Marche, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Sicilia) in cui per 100.000 abitanti il personale del CSM è tra le 15 – 20 unità. In compenso in altre 4 realtà regionali (P.A. Trento, Toscana, Umbria, Campania) sono a disposizione oltre 30 unità/100.000 abitanti. Il Friuli Venezia Giulia si discosta dalle altre regioni con 50 unità/100.000 abitanti. Lo scostamento è dovuto al fatto che nel CSM 24 ore sono disponibili 6 – 8 p.l. per il ricovero dell'utenza in crisi e il personale si fa carico anche dell'assistenza psichiatrica delle persone ricoverate nel servizio.

In mancanza di un sistema informativo nazionale per la salute mentale non ci sono informazioni esaustive relative alle attività svolte da tutti i CSM italiani.

Sono invece disponibili le informazioni relative al 2005 sulla mobilità del CSM nel territorio ovvero: il CSM si pone in una posizione di attesa dei pazienti nella sede del servizio o interviene anche nel territorio nel perseguimento dei suoi obiettivi che sono: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione?

Tabella 2 - Personale dei CSM /100.000 abitanti e differenza dallo standard del progetto obiettivo tutela salute mentale

Regione	Personale /100.000 abitanti	Personale previsto dal POT S M 1 operatore ogni 1.500 abitanti
Valle d'Aosta	16	-51
Veneto	16	-51
Abruzzo	17	-50
Lombardia	17	-50
Marche	18	-49

Basilicata	18	-49
Puglia	19	-48
Sicilia	20	-47
Piemonte	21	-46
P.A. Bolzano	24	-43
Lazio	25	-42
Italia	26	-41
Calabria	28	-39
Emilia Romagna	28	-39
Sardegna	29	-38
Liguria	30	-37
Umbria	32	-35
P.A. Trento	34	-33
Campania	35	-32
Toscana	38	-29
FVG	49	-18

3 regioni su 19 sono esemplari nell'attività domiciliare: per ogni 100 persone in contatto con i CSM nel Friuli Venezia Giulia si interviene fuori sede per oltre 74 di esse, nella P.A. di Trento per 44, in Liguria per 35. Fanalini di coda sono la Valle d'Aosta e la Sardegna che intervengono in altre sedi per 8 e 10 persone su 100.

I dati forniti dai responsabili in questo tipo di ricerche fanno apparentemente emergere un'ampia disponibilità di interventi di vario tipo che vanno interpretati con cautela, dal momento che si tratta di affermazioni non sottoposte a verifica e, soprattutto, perché essi non consentono di discriminare tra la disponibilità di specifiche modalità di intervento, ed il loro effettivo utilizzo.

Esaminando solo uno degli interventi proposti e cioè le attività di gruppo rivolte ai familiari delle persone in contatto con il CSM si scopre che 185 CSM, il 26,2%, dichiarano che non se ne occupano e non svolgono, se non in casi eccezionali, attività di gruppo rivolte ai soli familiari. Escludendo dai conteggi i 64 CSM che non hanno fornito le informazioni richieste, quasi 1 CSM su 3, il 29%, non sviluppa questo tipo di attività!

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e il ricovero delle persone con disturbo psichico

La graduale chiusura degli Ospedali Psichiatrici e la progressiva introduzione del modello organizzativo del DSM ha fatto sì che il ricovero delle persone con disturbo psichico avvenisse all'interno dell'ospedale generale, nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) che è parte integrante del DSM anche se situato nella struttura ospedaliera.

Nelle 20 Regioni partecipanti al Progres Acuti (con la sola esclusione della Sicilia e di 4 SPDC lombardi) sono presenti 262 SPDC con 3.431 p.l. Nelle stesse Regioni sono inoltre attive 23 Cliniche Psichiatriche Universitarie con circa 400 p.l. I p.l. restanti sono distribuiti tra i 16 CSM 24 ore (Campania, Friuli Venezia Giulia) ed i 6 Centri Crisi, entrambi con 98 p.l. In Toscana sono disponibili i 20 p.l. attivabili al bisogno presso i reparti di medicina.

Nel complesso in Italia (Sicilia esclusa), vi sono 4.113 p.l. nelle strutture pubbliche con una media circa 13 posti per struttura; con lo 0,79 p.l./10.000 abitanti.

Le Case di Cura (CdC), ubicate in 10 tra le 20 regioni censite, sono 54, con 4.862 p.l. con una media di 90 posti per struttura e quasi 1 p.l. ogni 10.000 abitanti.

Il Lazio, la Campania e la Calabria hanno il minor numero di p.l. nelle strutture pubbliche e presentano la più elevata concentrazione di p.l. in CdC.

Tabella 3 - La distribuzione dei posti letto nelle regioni

Residenti censimento 2001		p.l. strutture pubbliche	p.l. per 10.000 abitanti	p.l. Case di Cura	p.l. per 10.000 abitanti	p.l. complessivi	p.l. per 10.000 abitanti
---------------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------------

4.214.677	Piemonte	305	0,72	730	1,73	1.035	2,46
119.548	Valle d'Aosta	15	1,26	0	0,00	15	1,26
9.032.554	Lombardia	826	0,91	78	0,09	904	1,00
462.999	P.A. Bolzano	64	1,38	0	0,00	64	1,38
4.527.694	Veneto	477	1,05	444	0,98	921	2,04
1.183.764	Friuli Venezia Giulia	165	1,39	0	0,00	165	1,39
1.571.783	Liguria	228	1,45	0	0,00	228	1,45
3.983.346	Emilia Romagna	366	0,92	659	1,65	1.025	2,57
3.497.806	Toscana	291	0,83	165	0,47	456	1,30
825.826	Umbria	30	0,36	0	0,00	30	0,36
1.470.581	Marche	140	0,95	142	0,97	282	1,92
5.112.413	Lazio	290	0,57	1.213	2,37	1.503	2,94
1.262.392	Abruzzo	94	0,75	0	0,00	94	0,75
320.601	Molise	39	1,22	0	0,00	39	1,22
5.701.931	Campania	256	0,45	892	1,56	1.148	2,01
4.020.707	Puglia	216	0,54	45	0,11	261	0,65
597.768	Basilicata	45	0,75	0	0,00	45	0,75
2.011.466	Calabria	116	0,58	494	2,46	610	3,03
1.631.880	Sardegna	102	0,63	0	0,00	102	0,63
477.017	P.A. Trento	48	1,01	0	0,00	48	1,01
52.026.753	ITALIA	4.113	0,79	4.862	0,94	8.975	1,73
43.573.175	Totale regioni con strutture pubbliche e private	3.283	0,75	4.862	1,12	8.145	1,87

La degenza media delle persone ricoverate nelle strutture pubbliche del Nord-Est risulta pressoché doppia (24 giorni) rispetto alla degenza media nel Sud (12 giorni). E' del tutto probabile che la scarsità di p.l. nelle strutture pubbliche nel meridione d'Italia determini un'accelerazione della dimissione, con degenze più brevi rispetto ad aree del paese fornite di un maggior numero di p.l. La scarsità di p.l. per acuti si accompagna a maggiori costi assistenziali complessivi, causati dal riversarsi delle necessità di ricovero in altre strutture o aree geografiche.

In tutte le strutture, pubbliche e private, la presenza del personale è assicurata nell'arco delle 24 ore.

Il programma Progres Acuti ha raccolto i dati d'attività riferiti all'anno 2001. In media in ogni SPDC e CPU vi è 1 ricovero al giorno mentre nelle CdC, che hanno capienze maggiori, i ricoveri sono stati quasi 2 al giorno.

Nelle strutture pubbliche che hanno fornito le informazioni sono state ricoverate circa 72.000 persone per complessivi 103.250 ricoveri. Le giornate di ricovero sono state 1.227.679 con una durata media di 12 giorni.

Nelle CdC sono state ricoverate 23.097 persone per complessivi 35.880 ricoveri. Le giornate di ricovero sono state 1.252.049 con una durata media di 35 giorni.

Nessuna CdC accoglie le persone ricoverate in TSO. Tutti gli SPDC (fuorché due per motivi logistici), alcune CPU ed alcuni CSM 24 ore accolgono le persone ricoverate con le modalità del TSO.

Rispetto al totale dei ricoveri annui, i ricoveri con le modalità del TSO sono stati 12.793, il 12,9% del totale ed hanno coinvolto 966 persone. Laddove i posti-letto pubblici sono numericamente scarsi, come nel Sud, la proporzione di ricoveri in regime di TSO è circa doppia rispetto alle restanti aree, verosimilmente nel tentativo di “forzare” il ricovero attraverso lo strumento del TSO.

Da ricerche condotte in Europa emerge l'esistenza di un gran numero di reparti psichiatrici ospedalieri con le porte aperte, in contraddizione con quanto rilevato nella nostra nazione dove circa l'80% dei SPDC ha le porte d'ingresso chiuse a chiave.

Circa la metà degli SPDC e delle CPU e quasi la totalità delle CdC non hanno la disponibilità del ricovero sulle 12 ore in day-hospital (DH) per contrastare l'evoluzione di situazioni critiche nel paziente e/o alleggerire il contesto di vita e la gravosità del carico familiare.

Nelle 301 strutture pubbliche lavorano 8.058 persone, nelle CdC 2.384. La disponibilità di personale a tempo pieno, di qualsiasi profilo professionale, per p.l. varia in maniera marcata, nei SPDC per ogni p.l. ci sono almeno 2 unità di personale, nelle CdC per 2 p.l. circa 1 unità. La numerosità del personale nelle strutture pubbliche dipende dal numero di p.l. più basso che nelle CdC e dall'insieme dei pazienti accolti che nei servizi ospedalieri pubblici.

Le strutture pubbliche e le CdC ricoverano tipologie parzialmente diverse di pazienti. Da un lato solo le strutture pubbliche ricoverano con le modalità del TSO, mentre dall'altro i criteri di esclusione che le CdC adottano sono di solito più restrittivi per cui spesso non ammettono le persone particolarmente difficili e a rischio (ad es. persone con comportamenti aggressivi dovuti al disturbo di cui soffrono o con elevato rischio suicidario). Dai risultati ottenuti nel census-day nazionale dell'8 Maggio 2003 è emerso che le strutture pubbliche tendenzialmente ricoverano persone più giovani e di sesso maschile, mentre le CdC tendono a ricoverare persone più anziane e di sesso femminile.

Sebbene la totalità dei SPDC siano stati aperti negli ultimi 30 anni, e solo 7 CPU (30%) fosse attiva prima del 1978, 7 SPDC sono ubicati in locali al di sotto del livello stradale, 111 SPDC (42%) non hanno nemmeno una camera singola e molti hanno un considerevole numero di camere di degenza a 3 o 4 letti. Meno di due SPDC su tre hanno uno spazio aperto accessibile alle persone ricoverate e tra questi circa la metà non ha una sala di soggiorno.

Le Strutture residenziali

Secondo il POTSM 1999 - 2000 , si definisce struttura residenziale (SR) “una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative.”

Nelle regioni italiane si utilizzano terminologie diverse per indicare le SR che generalmente rispondono a funzioni diverse.

La funzione socio – assistenziale per persone con disturbo psichico e ridotte capacità di vita autonoma, che richiedono un sostegno per le attività della vita quotidiana e/o che traggono vantaggio dalla vita comunitaria. Il supporto del personale può essere programmato con una certa flessibilità, in relazione ai diversi bisogni e livelli di autonomia degli ospiti.

La funzione terapeutico - riabilitativa risponde ai bisogni di persone con disturbi rilevanti e importanti disabilità che necessitano di programmi terapeutico - riabilitativi individualizzati e continuativi per tempi differenziati e che non possono contare né sulla rete familiare, perché assente o inadatta a offrire un sostegno, né sulla rete sociale. Il supporto del personale è solitamente diurno-notturno.

Le SR si differenziano per l'intensità assistenziale che prevede la presenza di personale sulle 24 ore (alta intensità), sulle 12 ore (bassa intensità) e a fasce orarie (bassa intensità).

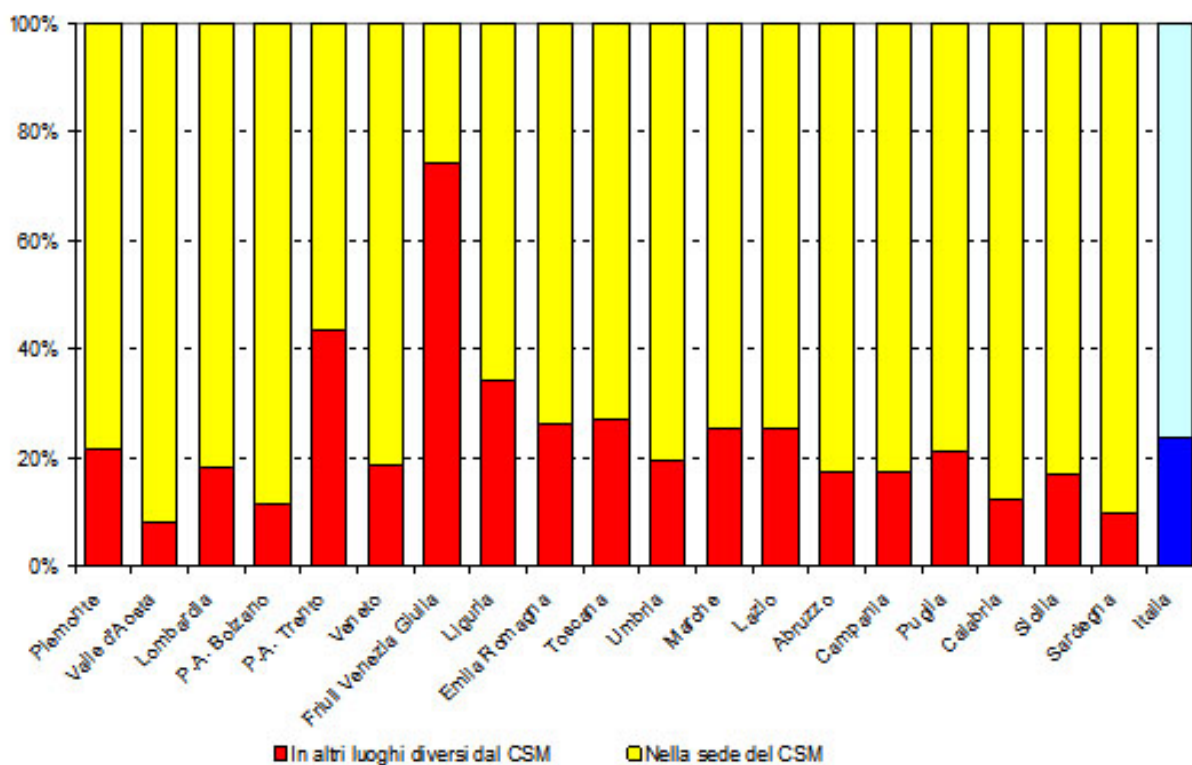
Nel 2000 sono state censite 1.370 SR con 4 o più posti residenziali per complessivi 17.138 posti.

1005 case erano strutture ad alta intensità, quasi 3 su 4, 335 a media intensità e solo per 30 abitazioni l'assistenza era fornita a fasce orarie. Oltre la metà, 692 case, era stata aperta dopo il 1996 probabilmente nell'urgenza delle normative relative al superamento dell'Ospedale Psichiatrico. Delle restanti abitazioni, 265 case erano state aperte prima del 1990 ed altre 406 nello scorcio degli anni Novanta compreso tra il 1990 e il 1996.

Nelle SR vi sono circa 12,5 posti per SR ed un tasso di posti residenziali per 10.000 abitanti pari a quasi 3 posti (superiore allo standard del POTSM 1999 - 2000 pari a 2/10.000). La dotazione di SR è risultata molto variabile tra le varie aree d'Italia. I DSM in quegli anni gestivano quasi la metà delle SR. Per quanto riguarda gli operatori, nelle SR lavoravano 11.240 operatori in equivalenti a tempo pieno, più una quota significativa di operatori a tempo parziale; il numero medio di operatori per SR è di quasi 14.

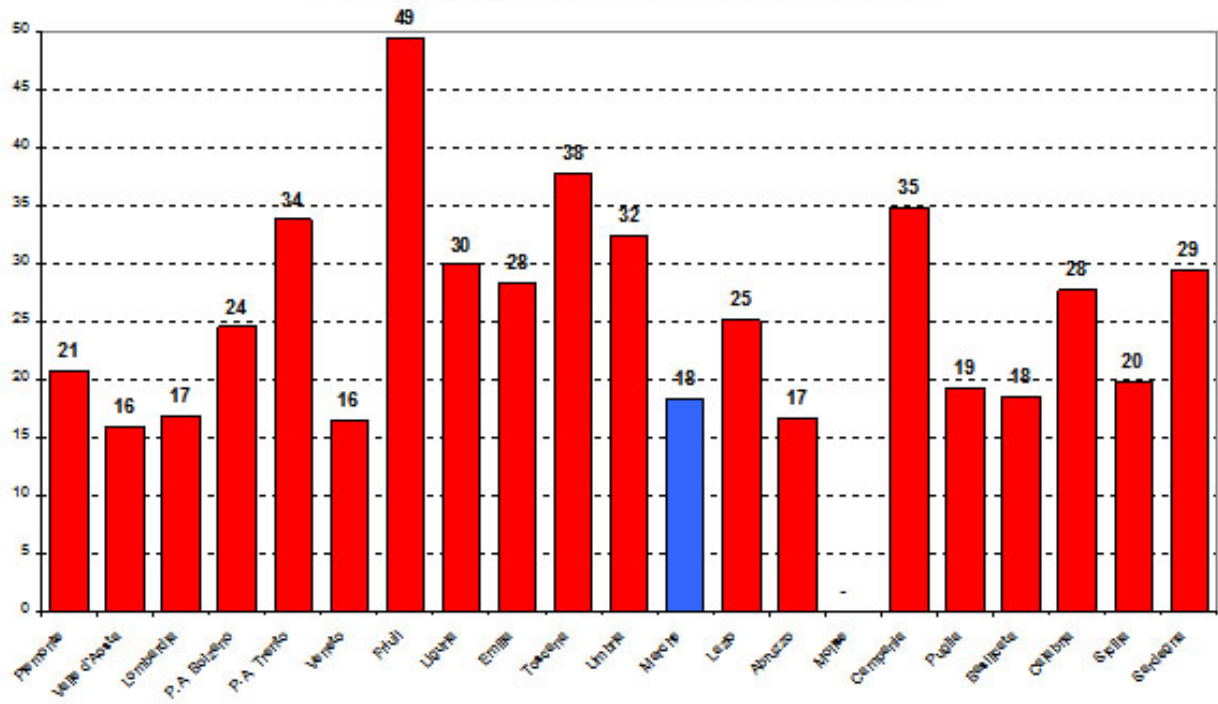
Le persone ospitate nelle SR erano 15.943; il 58%, di esse, 9.319 persone, non è mai stato ricoverato in Ospedale Psichiatrico (OPP), mentre il restante 40% era composto da ex-degenti dell'OPP ed una piccola quota di 253 persone proveniva all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Circa la metà delle SR ospitava prevalentemente persone comprese nella fascia di età tra 40 e 59 anni. Dal Progres SR emerge un'ampia variabilità nella dotazione di SR tra le varie Regioni e P.A., che è correlata alla dotazione di altre strutture assistenziali psichiatriche. La maggior parte delle SR fornisce un'assistenza di tipo intensivo, e nel 2000 mancava quel range differenziato di strutture, in termini di intensità assistenziale, livelli di autonomia, ecc., considerato come ottimale per il trattamento prolungato di persone con livelli di grave disabilità che possono evolvere nel tempo.

Il lavoro territoriale dei Centri di Salute Mentale nei 3 mesi valutati dalla ricerca Progres



NB Le informazioni relative alla Basilicata non sono pervenute. Il Molise non è rappresentato perché non sono stati attivati i CSM.

La distribuzione regionale del personale dei CSM per 100.000 abitanti



Il Molise non è rappresentato perché non sono stati attivati i CSM.