

Rapporto

numero

data

Dipartimento

23 marzo 2010

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

della Commissione speciale sanitaria sulla pianificazione socio-psichiatrica cantonale 2009 - 2012

INDICE

1.	INTRODUZIONE	3
2.	I LAVORI DELLA COMMISSIONE E DELLA SOTTOCOMMISSIONE	3
3.	CONSIDERAZIONI GENERALI	4
3.1	Pubblico - Privato	4
3.2	Il territorio e la prevenzione	5
4.	L'OSC IN CIFRE.....	5
4.1	Distribuzione letti	5
4.2	Costi	6
4.3	Evoluzione utenza	7
5.	LA PIANIFICAZIONE 2005 - 2008	8
5.1	Gli aspetti formali.....	8
5.2	Le decisioni del Gran Consiglio	8
5.3	La posizione del Consiglio di Stato	9
5.4	Il parere della Commissione	10
6.	LA PIANIFICAZIONE 2009 - 2012: LE PROPOSTE DEL CONSIGLIO DI STATO	10
6.1	Ambiti di intervento prioritari	10
6.2	Schede programmatiche.....	11
7.	COMMENTI E PROPOSTE DELLA COMMISSIONE	11
7.1	In generale	11
7.2	Pazienti adulti sul territorio.....	12
7.2.1	I Servizi psico-sociali (SPS).....	12
7.2.2	I Centri diurni	13
7.2.3	Le strutture intermedie.....	13
7.2.4	La popolazione anziana.....	13
7.2.5	I problemi relativi al lavoro	14

7.3	La Clinica psichiatrica cantonale (CPC).....	14
7.3.1	I problemi.....	14
7.3.2	La contenzione	14
7.3.3	I ricoveri coatti	15
7.3.4	Ammissioni e riammissioni	15
7.4	Il disagio giovanile	15
7.4.1	I Servizi medico psicologici (SMP).....	15
7.4.2	I Centri psico-educativi (CPE).....	16
7.4.3	La collaborazione con il reparto di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano	17
7.4.4	Le strutture di accoglienza per giovani pazienti psichiatrici.....	17
7.4.5	Il "Progetto giovani"	18
7.5	I diritti dei pazienti.....	18
7.6	Una gestione partecipativa	18
8.	CONCLUSIONI.....	19

ALLEGATI

1. Evoluzione dell'ammontare delle rette LAMal per la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) dal 1991 al 2010 e dei sussidi UFAS/AI per il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) e per i Centri diurni (CD)
2. Situazione degli effettivi del personale al 31.12.2009 e risorse umane richieste nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012
3. Lettera Consiglio di Stato 16 febbraio 2010 riguardante i pazienti psichiatrici accolti in cliniche o ospedali somatici
4. EOC/ORL, documento 4 settembre 2009 sulla presa a carico di pazienti pedopsichiatrici presso l'Ospedale regionale di Lugano
5. Elenco documenti esaminati o consultati dalla sottocommissione
6. Riassunto e conseguenze finanziarie delle proposte commissionali
7. Decreti legislativi

1. INTRODUZIONE

In occasione dell'esame della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005 - 2008, la Commissione sanitaria ha ritenuto necessario non limitarsi ad un esame sommario del documento presentato dal Consiglio di Stato. Nel Rapporto 11 gennaio 2007 approvato dal Gran Consiglio il 29 gennaio successivo (in seguito: Rapporto PSC 2007) si ricordava che *"non passa giorno - o quasi - in cui gli organi di stampa non riferiscono di fatti, a volte molto gravi e preoccupanti nei quali sono coinvolti adulti o adolescenti"*.

La Commissione, in quell'occasione, ha ritenuto necessario svolgere un lavoro approfondito, ricordare i principi su cui si fonda l'intervento sociopsichiatrico e verificare l'attualità della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (LASP) del 26 gennaio 1983. La Commissione aveva ribadito la bontà dei principi sanciti dalla LASP, quali: privilegiare le cure ambulatoriali rispetto a quelle stazionarie; regionalizzare gli interventi; garantire una presa a carico pluridisciplinare, fondamentale per non psichiatrizzare ogni intervento; investire nella prevenzione; ridurre al minimo la contenzione e i ricoveri coatti. Il Rapporto PSC 2007 conteneva misure concrete, sulle quali torneremo più avanti.

La Commissione, nel presente rapporto, riafferma la validità dei principi e delle conclusioni contenute nel Rapporto PSC 2007, ritenendo che la situazione alla quale siamo confrontati oggi non sia mutata in modo sostanziale. La Commissione analizza quindi le proposte contenute nel progetto di Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 (in seguito: PSC 2019-2012), alla luce, come già affermato, delle precedenti decisioni del Gran Consiglio.

2. I LAVORI DELLA COMMISSIONE E DELLA SOTTOCOMMISSIONE

Il Consiglio di Stato ha trasmesso al Gran Consiglio il progetto di Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 l'11 marzo 2009.

La Commissione ha proceduto alle seguenti audizioni:

- 30 aprile 2009: Audizione di Giovanni Petazzi (capo della Divisione della salute pubblica) e del dr. Silvano Testa (Direzione OSC)
- 10 settembre 2009: audizione di: dr. eoc. Carlo Maggini, Direttore Ente Ospedaliero Cantonale, dr. Valdo Pezzoli, primario di pediatria all'ospedale regionale di Lugano, dr.ssa Lorenza Bolzani, direttore sanitario della Clinica Viarnetto, dr.ssa Zuercher, specialista in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il 10 settembre ha istituito una sottocommissione formata da Marco Chiesa, Carlo Luigi Caimi, Nadia Ghisolfi, Nicoletta Mariolini, Graziano Pestoni, Maristella Polli, Patrizia Ramsauer. Il 1.ottobre ha designato relatori Carlo Luigi Caimi e Graziano Pestoni e quest'ultimo coordinatore della sottocommissione. La stessa si è riunita otto volte tra il 1. ottobre 2009 e il 4 marzo 2010 (1. ottobre, 15 ottobre, 29 ottobre, 19 novembre, 26 novembre, 10 dicembre, 4 febbraio, 4 marzo).

Il 15 ottobre 2009 ha visitato l'OSC a Mendrisio, il CPE di Stabio e la Casa Sirio a Breganzona. Durante diverse sedute la sottocommissione è stata assistita da Michele Salvini, direttore OSC e dal dr. med. Silvano Testa, direttore medico CPC in rappresentanza della Direzione OSC. Il 26 novembre ha sentito il dr.med. Gianni Zampato, coordinatore degli SPS.

Il 4 marzo 2010 ha trasmesso una bozza di rapporto alla Commissione speciale sanitaria. La Commissione ne ha discusso durante le sedute dell'11 e del 22 marzo. La Commissione ringrazia tutti per i preziosi contributi ed in particolare il direttore Michele Salvini e il dott. Silvano Testa per la loro disponibilità.

3. CONSIDERAZIONI GENERALI

3.1 Pubblico - Privato

3.1.1

Dal 1. gennaio 2012 anche le cliniche private riconosciute dalla pianificazione LAMal beneficeranno del finanziamento cantonale. Però, per quanto concerne il finanziamento per caso da parte della LAMal, si dovrà attendere presumibilmente il 1. gennaio 2015 perché il progetto psysuisse, ora ripreso anch'esso nel campo della SwissDRG SA, verrà sviluppato dopo quello somatico e in parallelo a quello delle cliniche di riabilitazione. Ci sono tuttavia indicazioni contrarie che non escludono l'entrata in vigore prima del 2015.

3.1.2

Con la modifica della LAMal del dicembre 2007 che prevede un nuovo sistema di finanziamento, tutti gli operatori psichiatrici saranno obbligati ad accogliere tutti i casi di psichiatria acuta, indipendentemente dalla loro patologia, come risulta dalle direttive preliminari della Conferenza dei direttori della sanità (CDS/GDK) che dovrebbero essere riprese da tutte le Leggi cantonali d'applicazione della LAMal.

3.1.3

Attualmente i cattivi e buoni rischi vengono assunti in proporzione al numero di posti letto destinati ai pazienti ricoverati coattivamente (8 presso la Clinica Santa Croce di Orselina, illimitatamente presso la CPC) e alla loro effettiva fruibilità (la notte, nei giorni festivi,...) il che non è per esempio attualmente il caso presso la Clinica Viarnetto di Pregassona.

3.1.4

I rapporti sembrano buoni e improntati alla collaborazione. Ad esempio, è iniziata la formazione comune di specializzazione FMH in psichiatria e psicoterapia per medici assistenti, si organizzano momenti formativi comuni, il personale delle Cliniche private può seguire il programma della formazione di base in psichiatria presso l'OSC a Mendrisio e può partecipare alle settimane di formazione OSC in merito alla gestione dell'aggressività. Anche con gli psichiatri con pratica privata si può affermare che la collaborazione sia intensa e positiva¹.

3.1.5

La Commissione chiede che venga allestito un rapporto intermedio sull'applicazione della nuove modalità ed è evidente che la prossima pianificazione deve considerare anche il settore privato.

¹ Lettera OSC 20 ottobre 2009

3.1.6

Durante i dibattiti commissionali è pure stata posta la questione della diversa organizzazione del servizio ospedaliero pubblico: la sociopsichiatria (OSC) di diretta competenza del Consiglio di Stato; gli ospedali somatici, gestiti attraverso l'Ente ospedaliero cantonale. La Commissione non ha tuttavia ritenuto né di esprimere giudizi, né di formulare proposte.

3.2 Il territorio e la prevenzione

3.2.1

Il Rapporto PSC 2007, come ricordato in precedenza, ricordava le premesse che devono reggere l'intervento sociopsichiatrico per rispettare i diritti della persona bisognosa. "Dal profilo organizzativo, il principio fondamentale risiede nel fatto che la cura deve essere data non solo in un ospedale, bensì anche sul territorio, la cosiddetta concezione aperta. Le esperienze testimoniano della bontà di privilegiare le cure ambulatoriali e semi-stazionarie rispetto alle cure ospedaliere; regionalizzare / settorializzare gli interventi; garantire la continuità terapeutica grazie ad una presenza sul territorio di strutture che offrono una presa a carico pluridisciplinare; garantire il rispetto dell'utente, coinvolgendolo nella scelta della terapia e limitando al minimo la contenzione e il ricovero coatto; svolgere su tutto il territorio, soprattutto per i bambini e gli adolescenti, ma anche per gli adulti, un'attività preventiva².

Lo stesso rapporto ricordava il ruolo dell'OSC per tutti gli interventi e le attività psico-socio-educative esenti da farmaci, i cui strumenti privilegiati sono il dialogo, la parola, l'ascolto e le attività mirate al mantenimento del legame sociale. D'altra parte questo approccio è sempre più diffuso in tutte le strutture, sia pubbliche, sia private.

3.2.2

La Commissione ha constatato con soddisfazione che il progetto di Pianificazione 2009 - 2012 prevede un potenziamento delle attività sul territorio, un miglioramento delle relazioni tra le strutture stazionarie e quelle ambulatoriali, nonché un'attenzione maggiore alla prevenzione, sia per gli adulti, sia per i minori. La Commissione ritiene che il trasferimento di risorse e di conseguenza delle attività dallo stazionario al territorio vada perseguito anche in futuro. Un'attenzione particolare dovrebbe pure essere accordata ai modelli che prevedono la visita degli operatori a domicilio. Questi cambiamenti stravolgono in modo importante il modello di presa a carico attuale e necessitano di un monitoraggio, di un controllo sulle competenze e sulla qualità del servizio offerto.

4. L'OSC IN CIFRE

4.1 Distribuzione letti

La distribuzione dei letti in psichiatria stazionaria acuta non si è modificata rispetto a quanto indicato nella tabella contenuta nel Rapporto PSC 2007 (pag. 9): 50% pubblico, 50% privato.

² Rapporto PSC 11 gennaio 2007, pag. 5, 6 e 7

4.2 Costi

I costi totali dell'OSC (residenziale e sul territorio) ammontavano nel 2008 a 57.5 milioni di franchi. A titolo di confronto i costi diretti e indiretti della psichiatria e psicoterapia privata a carico della LAMAL ammontavano, sempre nel 2008, a 24.7 milioni di CHF³.

L'OSC -si legge nella PSC 2009-2012- ha continuato negli sforzi di contenimento della spesa in atto da parecchi anni. L'evoluzione finanziaria dal 1991 al 2007 (dati consuntivo) indica un aumento medio annuo dei costi totali di gestione pari allo 0.74% in termini nominali. Siccome l'indice dei prezzi al consumo, nel medesimo periodo, ha fatto registrare un incremento medio annuo dell'1.23%, si riscontra una diminuzione media annua reale dei costi di gestione dello 0.49%.

Evoluzione finanziaria dell'OSC 1991 - 2007⁴

		1991 cons.	1995 cons.	2000 cons.	2005 cons.	2007 cons.
30	Spese per il personale	41'995'572	43'637'080	42'154'232	48'074'578	48'538'950
31	Spese per beni e servizi	4'968'129	4'890'773	5'256'919	6'151'546	6'424'346
33	Ammortam. (crediti inesig.)	2'612	5'551	-	-	23'414
36	Contributi	-	-	-	45'000	45'000
39	Addebiti interni	3'363'882	3'403'009	2'724'320	2'406'432	1'629'995
3	Totale spese correnti	50'330'195	51'936'413	50'135'471	56'677'556	56'661'705
42	Redditi della sost. (affitti)	127'000	122'000	63'500	95'040	95'635
43	Tariffe e vendite	16'938'243	16'354'327	20'809'455	24'030'943	23'773'251
46	Contr. per spese correnti	2'431'412	6'123'701	7'542'401	7'464'852	7'555'609
49	Accrediti interni	-	-	51'852	-	-
4	Totale ricavi correnti	19'496'655	22'600'028	28'467'208	31'590'835	31'424'495
FABBISOGNO		30'833'539	29'336'385	21'668'263	25'086'721	25'237'210

Il fabbisogno, nel periodo 1991-2007, è diminuito da 30,8 milioni a 25,2, ossia del 18.8% e, in percentuale, mediamente dell'1.24% all'anno in termini nominali e del 2.44% in termini reali.

³ Lettera Santésuisse 14 dicembre 2009

⁴ PSC 2009-2012, pag 31

L'allegato 1 illustra l'evoluzione dell'ammonta delle rette LAMal per la Clinica psichiatrica cantonale, nonché dei sussidi per il Centro abitativo, ricreativo e del lavoro e per i Centri diurni.

4.3 Evoluzione utenza

4.3.1

Per quanto riguarda l'utenza, l'evoluzione è stata la seguente:

	2000	2008
OSC (totale)	7260	8278

4.3.2

L'andamento è dato soprattutto dall'evoluzione dei casi visti presso i Servizi ambulatoriali adulti:

	1991	2000	2005	2008
SPS e SSPM	2814	4385	5746	5210

Come si può constatare l'anno 2005 segna un'inversione di tendenza. Nel dettaglio: Mendrisio: da 708 a 591 (- 117); Lugano: da 1379 a 1475 (+ 96); Locarno: da 904 a 723 (- 181); Bellinzona : da 1193 a 1003 (- 190); SPPM: da 1562 a 1418 (-144).

Il dato interessante, come rileva la Direzione dell'OSC, è che questa diminuzione è equamente ripartita fra nuove segnalazioni (-258) e pazienti già in cura e che non sono più seguiti dagli SPS (- 278). Nuove segnalazioni: Mendrisio: - 49; Lugano: -1; Locarno:- 68; Bellinzona: - 52; SPPM: -88.

La Direzione OSC osserva: *"...dopo aumenti costanti di pazienti SPS dal 1986 e dopo l'impennata tra il 2002 ed il 2004 provocata dall'incremento di attività del SPPM e dall'aumento del numero di pazienti in cura presso il SPS di Lugano che da 980 del 2002 sono aumentati a 1361 (+ 381) nel 2004, abbiamo concluso che in gran parte è dovuto all'apertura di studi medici da parte di medici quadro che hanno lasciato l'OSC e che sono stati seguiti dai loro pazienti.*

A Mendrisio ci ha lasciato il dr. M.B. che era Capo del Servizio, a Bellinzona il dr. P. prima - ora primario della Clinica Santa Croce - ed il dr. C. poi hanno iniziato una nuova attività. Per il SPPM abbiamo avuto la partenza del dr. J., Caposervizio, e del dr. M., capoclinica. A Locarno è andata in pensione la dr.ssa M. che però collabora con un studio privato. A Lugano invece, dove gli avvicendamenti sono restati all'interno dell'OSC a parte la partenza del dr. D. sostituito dal dr. T. che aveva molti pazienti in cura, in pratica siamo restati sullo stesso numero di utenti con ancora un aumento dal 2005 al 2008.⁵ "

La migrazione di professionisti -in particolare di medici che occupavano funzioni importanti- dai servizi dell'OSC al privato, ha quindi comportato un conseguente trasferimento di pazienti. È evidentemente difficile sapere quali siano le conseguenze dal profilo della presa a carico e da quello dei costi, tenuto conto anche della diversità di finanziamento (pubblico: ½ fiscalità ½ cassa malati; privato: 100% cassa malati). La Commissione non ha potuto accertare nemmeno le ragioni di queste improvvise e

⁵ Lettera OSC 25 gennaio 2010

importanti partenze. che comunque danno un segnale preoccupante nei confronti dell'OSC. La Commissione chiede se sia possibile far luce su queste dimissioni e capirne i motivi.

4.3.3

L'evoluzione presso i servizi per minorenni è stata invece la seguente:

	1991	2000	2005	2008
SMP	1420	1851	1806	1817

L'evoluzione del personale è rimasta pressoché immutata.

Per una visione più particolareggiata della situazione si rimanda alla PSC 2009 -2012.

5. LA PIANIFICAZIONE 2005 - 2008

5.1 Gli aspetti formali

Durante l'esame della Pianificazione 2005-2008 è sorta la questione procedurale relativa all'applicabilità della nuova "Legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio" adottata dal Parlamento il 7 novembre 2006, ed entrata in vigore il 1° gennaio 2007. Secondo questa nuova legge⁶ il parlamento non si limita più a discutere i documenti ed a esprimere eventuali raccomandazioni, ma deve invece esprimersi con un voto. La Commissione si è quindi posta il quesito se la pianificazione in discussione a quel momento doveva essere sottoposta o meno alla nuova legge. Ha quindi deciso di chiedere un parere al consulente giuridico del Governo e di sentire il Consiglio di Stato, allo scopo di evitare divergenze di carattere procedurale. La Commissione ha preso atto del parere del Consulente giuridico e della comunicazione del Consiglio di Stato dai quali emergeva l'opportunità di approvare formalmente la Pianificazione. Il Rapporto è stato pertanto accompagnato da un Decreto legislativo, poi approvato dal Gran Consiglio il 29 gennaio 2007. L'art. 1 del DL recitava: la pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005 - 2008 è approvata nel senso dei considerandi del rapporto commissionale e della discussione parlamentare. L'articolo 2 decretava l'immediata entrata in vigore. Il Consiglio di Stato era pertanto confrontato con una decisione vincolante del Legislativo, attraverso un DL non dissimile nella forma da quello allegato alla PSC 2009-2012.

5.2 Le decisioni del Gran Consiglio

Il Rapporto approvato dal Gran Consiglio in data 29 gennaio 2007 così commentava le proposte operative contenute nel progetto governativo:

"... la pianificazione rileva con chiarezza una serie di problematiche riguardanti i disagi sia degli adulti, sia dei minori. Le proposte generali, nonché quelle contenute nelle schede, non sembrano tuttavia atte ad affrontare compiutamente la problematica descritta. Occorre evitare in particolare la frantumazione degli interventi sulla base di presunte casistiche e valorizzare invece una presa a carico globale. L'importante problematica relativa al mondo del lavoro, da parte sua, non deve essere affrontata -come sembra il caso- attraverso l'assunzione di nuovo specifico personale, bensì sviluppando una collaborazione con le organizzazioni sindacali e padronali presenti sul territorio.

⁶ Vedi Rapporto PSC 2007, pagg. 3 e 4

Nella questione dei minori, appare trascurata tutta la problematica -fondamentale- relativa alla prevenzione.

... La maggiore attenzione sembra rivolta agli aspetti finanziari. Anche la Commissione è evidentemente attenta a questi aspetti, soprattutto in un periodo in cui le risorse pubbliche sono limitate.

L'obiettivo di non provocare un aumento dei costi per lo Stato non può essere tuttavia considerato prioritario rispetto alla soluzione di gravi disagi, alla mancanza di rispetto dei pazienti, all'incremento di un grave e preoccupante disagio giovanile.

Inoltre, privilegiare la cura e gli interventi riparatori, rispetto a quelli preventivi ..., significa rinviare soltanto un problema nel tempo e affrontare successivamente costi maggiori e maggiori drammi umani e famigliari. (pag. 24).

E questa era la conclusione del Rapporto:

“La Commissione è consapevole che la messa in atto delle sue proposte potrebbe comportare, almeno nel breve periodo, un aumento di spesa per l'Ente pubblico. Essa ritiene tuttavia che soltanto un adeguato intervento, conformemente alla LASP, ossia ospedaliero, ma anche sul territorio, di cura e riparatorio ma anche preventivo, consente di evitare il ripetersi di fatti gravi e di drammi, a volte irreparabili. La Commissione è pure convinta che le maggiori risorse investite nei servizi dell'OSC, ormai ampiamente collaudati nella loro validità ed efficacia, consentirà di contenere i costi in altri settori, quali la polizia, la magistratura dei minorenni e il carcere minorile. Per gli adulti, una maggiore attenzione da parte del mondo del lavoro, anche di quello pubblico, potrebbe pure, in collaborazione con i servizi competenti, permettere il reinserimento sociale di molte persone con disagi psichici e, a loro volta, evitare drammi e costi. Si tratta di un compito al quale l'ente pubblico non può sottrarsi (pag.27).

Il Gran Consiglio, già allora, chiedeva al Consiglio di Stato la messa in atto di una serie di misure concrete atte a risolvere i numerosi problemi constatati, quali: la contenzione fisica e farmacologica, il numero dei ricoveri coatti; la carenza della attività sul territorio; il disagio giovanile; i casi dei minori con problemi acuti.

5.3 La posizione del Consiglio di Stato

Il Consiglio di Stato in risposta ad un'interrogazione (203.07) con la quale si chiedeva quali sono state le decisioni adottate dopo l'approvazione da parte del GC il 29 gennaio 2007 della Pianificazione così si esprimeva, il 1.aprile 2009:

“...La precaria situazione finanziaria del Cantone ha indotto il Consiglio di Stato a rivalutare l'urgenza di taluni interventi. Alcuni progetti, fra cui l'implementazione delle misure proposte dal Rapporto di maggioranza della Commissione speciale sanitaria sulla Pianificazione sociopsichiatrica 2005-2008, sono stati momentaneamente sospesi per questa legislatura...In questo Rapporto il Parlamento, diversamente dal Rapporto del Consiglio di Stato, ha previsto diverse misure di potenziamento per il settore sociopsichiatrico senza tuttavia procedere, secondo il principio di parsimonia (...), alla quantificazione della spesa e di conseguenza conoscere le conseguenze finanziarie.

Successivamente il Consiglio di Stato, tramite i servizi competenti, ha quantificato l'onere finanziario delle misure di potenziamento e le ha inserite secondo due varianti nel nuovo Piano finanziario della legislatura 2008-2011, edizione dicembre 2007. Si vedano in particolare le misure 18 e 19 della tabella Nuovi compiti (pp. 172-173). Considerato il loro impatto finanziario non indifferente (variante A: 2.83 milioni di franchi con 40 unità di personale supplementare; variante B: 6.30 milioni di franchi con 70 unità di personale supplementare) e l'obiettivo centrale di questa legislatura del risanamento delle finanze cantonali, il Consiglio di Stato ha ritenuto che la tempistica della loro implementazione dovesse essere valutata e concordata

nell'ambito della discussione generale delle misure d'attuazione per il ritorno all'equilibrio finanziario e dell'approvazione della nuova Pianificazione sociopsichiatrica 2009-2012.

Il Consiglio di Stato ha quindi deciso di non dar seguito alle decisioni del Gran Consiglio, fatta eccezione per le due misure seguenti, a decorrere dal 2009:

“Per il momento, con il Preventivo 2009, il Consiglio di Stato ha promosso due misure ritenute prioritarie: le degenze brevi per una valutazione psicosomatica dei pazienti tramite un progetto pilota presso un ospedale EOC; l'apertura dei centri diurni nel fine settimana e nei giorni festivi....”.

5.4 Il parere della Commissione

La Commissione sanitaria ha preso atto che il Consiglio di Stato ha deciso di non dar seguito -per ragioni finanziarie- alle decisioni adottate dal Gran Consiglio il 29 gennaio 2007. L'attualità di questi anni, come pure la stessa PSC 2009-2012, dimostrano che i problemi continuano tuttavia a sussistere e un diverso intervento dell'OSC, come indicato dal Parlamento, sarebbe stato necessario.

La Commissione sanitaria segnala inoltre che, in occasione dell'esame del messaggio n. 5932 sulla polizia, la Commissione della legislazione il 2 dicembre 2008 ha presentato una mozione concernente il disagio e la violenza giovanile. Nei considerandi della stessa si affermava:

“... La Commissione ritiene che molti interventi - per esempio quelli nelle scuole - non competano alla Polizia e che l'intervento odierno della collettività non sia adeguato per la presa a carico di queste situazioni. È necessario un approccio globale e l'Ente pubblico deve attivare altre figure professionali, quali gli operatori socio-psico-educativi.”

La mozione chiedeva quindi al Consiglio di Stato *“di definire e di mettere in atto con sollecitudine un piano globale di intervento per il disagio e la violenza giovanile e di attivare figure professionali con compiti socio-psico-educativi, in particolare quelli dei Servizi medico-psicologici (SMP) e, contemporaneamente, di promuovere e sostenere altri enti per la messa in atto di operatori sul territorio”.*

Nel frattempo nessuna risposta è giunta dal CdS e oltre a diversi altri atti parlamentari presentati negli ultimi mesi da parte di tutti i partiti in merito alla problematica del disagio e della violenza giovanile e che sollecitano interventi urgenti e concreti, anche la Commissione sanitaria si permette di far osservare che i tempi per l'evasione della mozione sono ampiamente scaduti e nessuna decisione sia ancora stata presa.

6. LA PIANIFICAZIONE 2009 - 2012: LE PROPOSTE DEL CONSIGLIO DI STATO

6.1 Ambiti di intervento prioritari

Il progetto di Pianificazione sociopsichiatrica 2009-2012, nei capitoli introduttivi definisce **quattro “bisogni emergenti”**: psichiatria e popolazione anziana; psichiatria e lavoro; psichiatria e età adolescenziale; psichiatria e migrazione. Nell'ambito del “temi operativi di fondo” consacra invece **uno spazio significativo alla prevenzione** (pag. 24-28), una questione di particolare attualità anche a livello nazionale in seguito alla presentazione il 30 giugno 2008 da parte del Consiglio federale di un progetto di nuova legge sulla prevenzione. *“Entro certi limiti -afferma il CdS- emozioni intense, conflittualità, umore basso e*

irritabile e comportamenti a rischio possono essere parte normale di un periodo della vita. In alcuni casi il disagio si trasforma in disturbo psichico....Una salute mentale disturbata può essere precursore o conseguenza di molti comportamenti a rischio per la salute: abuso di alcool e di sostanze, abusi fisici, sessuali o emotivi, condotte a rischio eccessive, abitudini alimentari estreme, aggressività, infrazioni alla legge e ai diritti degli altri, insuccessi scolastici e professionali, assenteismo, isolamento nelle relazioni sociali e famigliari..."

6.2 Schede programmatiche

La seconda parte del rapporto è costituita da sette schede programmatiche (pagg. 32 - 61). Esse toccano tutte le attività dell'OSC e saranno analizzate nel prossimo capitolo.

L'allegato 2 illustra l'evoluzione degli effettivi del personale al 31 dicembre 2009 e l'evoluzione prevista secondo la proposta di Pianificazione 2009-2012.

7. COMMENTI E PROPOSTE DELLA COMMISSIONE

7.1 In generale

Prima pronunciarsi sulle singole proposte, la Commissione ritiene utile esprimere alcune considerazioni di carattere generale:

- a) la prima riguarda la prevenzione. La Commissione ha preso atto con soddisfazione che il progetto di Pianificazione del CdS ritiene la prevenzione un pilastro essenziale nell'attività dell'OSC. La stessa infatti, come già si ricordava, permette di evitare drammi umani e famigliari, e contemporaneamente nel medio periodo dovrebbe pure consentire un contenimento dei costi;
- b) la seconda riguarda la cosiddetta "psichiatriizzazione della società". La Commissione ritiene infondate le preoccupazioni - che emergono talvolta - sulla cosiddetta "psichiatriizzazione della società". Secondo tale modo di vedere, l'OSC dovrebbe limitare la sua azione per evitare di dare un'immagine negativa ai beneficiari dell'intervento. La Commissione a questo riguardo intende precisare quanto segue.
Primo. Ritiene tale concezione frutto di preconcetti che vanno superati. Il disagio sociale e la malattia mentale sono manifestazioni molto diffuse nel nostro tempo e per essere affrontati e risolti con efficacia non devono essere ghettizzati. Ente pubblico e operatori devono pertanto attivarsi affinché il mondo del lavoro e la società in generale considerino la malattia psichica non diversamente da quella fisica.
Secondo. Per quanto riguarda gli interventi operativi per il disagio giovanile, la Commissione ricorda che la LASP⁷, e di conseguenza l'OSC, prevedono interventi sul territorio di educatori, con compiti psico-socio-educativi, e non di infermieri, psicologi o psichiatri. Solo in caso di bisogno gli educatori fanno capo all'équipe pluridisciplinare presente nei loro rispettivi servizi. I servizi dell'OSC sono pertanto predisposti per effettuare interventi diversificati e per evitare di considerare tutti i disagi sin dall'inizio come malattie psichiatriche;
- c) la terza considerazione riguarda il tipo di intervento. Nel progetto di pianificazione 2005-2008 proposto dal CdS (settembre 2005) si promuoveva un modello inteso a creare dei "Centri di competenza" , delle "Agenzie" come sono state chiamate altre

⁷ Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale, in vigore dal 1. gennaio 1985

volte da parte dei responsabili dell'OSC, con lo scopo di offrire competenze specifiche in differenti ambiti: preventivi, clinici, riabilitativi e di formazione e ricerca. Il Rapporto PSC 2007, come pure quello precedente riguardante la pianificazione 1998-2001, raccomandava invece di effettuare interventi globali e di astenersi da eccessivi separazioni, di rinunciare alla creazione di "agenzie" settoriali per singole patologie e di privilegiare la presa a carico globale⁸.

A questo riguardo e per quanto riguarda il disagio e la violenza giovanile la Commissione sottolinea l'importanza di un coordinamento tra i vari operatori e servizi e della necessità di definire un intervento globale;

- d) quarta considerazione. La qualità della relazione e delle cure dipende anche dall'équipe terapeutica. A questo riguardo la Commissione, conformemente a tutti i disposti in materia, ritiene che deve essere accordata grande attenzione alla stabilità delle équipes, ossia alla continuità terapeutica per garantire la qualità degli interventi. Si può comprendere che il contenimento degli effettivi del personale in questi anni e la fluttuazione dello stesso hanno messo a dura prova i responsabili dell'OSC e che spesso essi si trovano confrontati alla necessità di operare trasferimenti interni non pianificati. Tuttavia, la Commissione raccomanda di evitare questi cambiamenti nei reparti e nei servizi;
- e) la quinta, infine, riguarda il Club 74 (così chiamato perché fondato nel 1974), ossia il Club dei pazienti. Il Club '74 dei Pazienti, con il sostegno del Servizio di socioterapia OSC, da oltre un trentennio ha favorito, accompagnato e, a volte anticipato, i numerosi processi di cambiamento della sociopsichiatria pubblica. La salvaguardia della dignità e delle libertà della persona, l'essere considerato soggetto partecipe, non solo oggetto di cura, e un degno reinserimento sociale, sono e sono sempre stati il centro dell'azione e dell'interesse del Club e del Servizio di socioterapia. Le assemblee e le attività, sia autonome, sia in collaborazione con enti e associazioni dimostrano la presenza di una progettualità in molti campi, quali la sensibilizzazione, la prevenzione e l'integrazione.

La Commissione ritiene che queste attività devono essere promosse e sostenute.

7.2 Pazienti adulti sul territorio

7.2.1 I Servizi psico-sociali (SPS)

"Dal punto di vista della salute pubblica e della LASP, una presa a carico esclusivamente territoriale è certamente auspicabile", hanno affermato i responsabili dell'OSC⁹. La Commissione condivide questa dichiarazione di principio, come il seguito della presa di posizione. *"Non per tutti però. Alcuni pazienti necessiteranno sempre e comunque un temporaneo ricovero in una struttura acuta psichiatrica".* Privilegiare la presa a carico territoriale significa tuttavia garantire un'adeguata presenza qualitativa e quantitativa. La Commissione ha preso atto che alcune indicazioni, seppur con qualche ritardo, si stanno concretizzando. Il "progetto Mendrisiotto" va in questa direzione. Esso intenderebbe integrare maggiormente le diverse équipes. In pratica, osserva l'OSC, si auspica che il paziente sia seguito sempre dalla stessa équipe, sia che si rechi al SPS, sia che sia degente in CPC o che frequenti il Centro diurno.

⁸ Rapporto PSC 2007, punto 11.3 e 13.1

⁹ Lettera OSC 20 ottobre 2009

La Commissione ritiene che questo progetto dovrebbe essere sostenuto ed esteso alle altre realtà regionali e coinvolgere anche la Clinica Santa Croce di Orselina.

La Commissione conferma che i servizi sul territorio - SPS e Centri diurni - svolgono un lavoro prezioso di antenna e di sostegno, e che quindi non siano sostituibili con interventi di altro tipo. La presenza di équipes pluridisciplinari offrono diversificazioni nella presa a carico del paziente e quindi proprio per questo motivo vanno sostenuti con convinzione.

7.2.2 I Centri diurni

La Commissione ha preso atto che l'OSC ha dato seguito alla richiesta di apertura dei Centri diurni durante i giorni festivi. L'obiettivo principale è quello di offrire uno spazio di accoglienza agli utenti di questi Centri che fino ad ora restavano chiusi al di fuori dei giorni feriali. Questa decisione permette così di ottenere una continuità nelle attività e, nel contempo, una sorveglianza sullo stato di salute degli utenti. Le esperienze, sottolinea l'OSC, hanno confermato una buona frequenza.

La Commissione ribadisce tuttavia l'importanza di garantire nei Centri diurni un'adeguata presenza di personale e, se possibile, pluridisciplinare. Per il resto valgono le considerazioni espresse al punto precedente.

7.2.3 Le strutture intermedie

La Commissione ha preso atto del sostegno accordato da parte dell'OSC all'apertura e al funzionamento di Casa Sirio, a Breganzona, dell'omonima Fondazione, come pure del progetto analogo che la Fondazione Dragonato a Bellinzona sta realizzando con il sostegno dell'Ufficio invalidi per accogliere pazienti -dimessi dalle Cliniche psichiatriche o segnalati dagli operatori ambulatoriali in psichiatria- che hanno problemi legati all'abitazione e all'inserimento sociale.

Il fatto di non essere seguiti in una Clinica è positivo ai fini del reinserimento sociale e professionale. Evidentemente rimane fondamentale il lavoro in rete affinché possa essere garantita una continuità della presa a carico. Anche in questi casi il ruolo dei SPS rimane fondamentale. La Commissione esprime apprezzamenti sull'operato di queste due strutture intermedie e ritiene importante che abbiano il supporto di risorse umane indispensabile per il buon funzionamento.

7.2.4 La popolazione anziana

La Commissione ha preso atto dell'istituzione di un Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) che dispone di due reparti presso la CPC e che offre, inoltre, una consulenza specialistica agli ospiti delle case per anziani.

L'allungarsi della durata media di vita ha quale conseguenza l'insorgere di malattie tipiche dell'età avanzata, tra le quali figurano la demenza, le malattie del sistema nervoso e quelle del sistema circolatorio cerebrale. È generalmente riconosciuto da tutti i medici geriatri la necessità di una consulenza specialistica alle équipes delle case per anziani.

La Commissione ritiene pertanto di particolare importanza la disponibilità e la professionalità del personale dell'OSC in questo campo e ribadisce che bisognerebbe favorire la loro presenza sul territorio. A sostegno di questa ipotesi c'è pure il vantaggio che questa operazione non causerebbe un costo supplementare all'OSC in quanto il maggior onere dovrebbe essere assunto dalle Case per anziani

7.2.5 I problemi relativi al lavoro

“...le profonde modifiche nell’organizzazione del lavoro hanno generato importanti cambiamenti...Vi sono ...importanti conseguenze sulla salute mentale....Le nuove modalità di lavoro introducono nuovi fattori di stress che determinano paure esistenziali, sentimento cronico di sovraccarico e conseguenza diminuzione della fiducia in sé stessi....Ne deriva una maggiore vulnerabilità nei confronti di malattie fisiche e psichiche...” (PSC 2009 - 2012, pag.35). La Commissione condivide questa analisi della situazione. Considera tuttavia, come aveva già rilevato nel precedente rapporto, che il problema non vada affrontato soltanto attraverso un “Laboratorio” specifico, bensì soprattutto attraverso un’attività sul territorio, intesa a favorire il reinserimento professionale di persone con disagi psichici.

7.3 La Clinica psichiatrica cantonale (CPC)

7.3.1 I problemi

Nel Rapporto approvato dal Gran Consiglio il 29 gennaio 2007 si rilevava l’esistenza nella CPC, ossia per i pazienti adulti stazionari, di una serie di problemi: la carenza di effettivi, un alto numero di ricoveri coatti, un utilizzo eccessivo della contenzione fisica. Una situazione riconosciuta anche dal Consiglio di Stato (pag. 19). La situazione in questi anni si è evoluta, ma rimangono comunque ancora importanti problemi.

7.3.2 La contenzione

Il tasso di occupazione presso la CPC, pur essendo variabile, talvolta supera perfino il 100%. Ciò pone evidentemente la questione della qualità dell’intervento. La Commissione ha preso atto che la contenzione fisica è in costante diminuzione: 210 nel 2005; 176 nel 2006; 126 nel 2007. La Direzione osserva che la diminuzione della contenzione fisica non è dovuta ad un aumento della contenzione farmacologica, ma ad una diversa presa a carico del paziente. Ciò sarebbe dimostrato anche dalla diminuzione, durante lo stesso periodo, del consumo medio di medicinali per giornata di cura, che è passato da franchi 12.01 nel 2004 a 11.50 nel 2007 e a 10.55 nel 2008¹⁰.

La questione è conosciuta da tempo. La Commissione sanitaria in una mozione del 2 giugno 2008 (tuttora inevasa) con la quale chiede al CdS di effettuare uno studio, afferma che *“la contenzione rappresenta un indicatore sensibile del rispetto dei principi fondamentali dello stato di diritto nel contesto della garanzia dei diritti umani in quanto costituisce la prevaricazione dell’autonomia decisionale delle persone più vulnerabili e indifese.... È desiderio della Commissione -si legge più avanti- che la contenzione resti una pratica eccezionale nell’ambito delle cure ai pazienti agitati e potenzialmente a rischio di lesioni, a se stessi e a terzi.....”*

In un lavoro di diploma della Scuola cantonale infermieri del 1988 veniva descritto e analizzato un caso specifico, dal quale emergeva chiaramente che una diversa relazione con il paziente è in grado di evitare l’adozione di misure di contenimento¹¹. La stessa cosa ci è stata confermata dagli operatori dei Centri di salute mentale di Trieste. Un’attenzione all’adeguatezza degli effettivi è quindi assolutamente necessaria per garantire una migliore qualità dell’intervento.

¹⁰ Lettera OSC 23 novembre 2009

¹¹ F. Petrassi e P. Török , Il colloquio, aspetti di un approccio terapeutico, SCI, Mendrisio, maggio 1988

La Commissione propone di rivedere la decisione di istituire un'equipe medico-infermieristica ad hoc, già ipotizzata dall'OSC ma non realizzata per ragioni finanziarie¹², chiamata ad intervenire in urgenza in tutte le situazioni a rischio e che potrebbero altrimenti comportare il ricorso a misure di contenzione. La stessa comporta un costo di 1.0 milioni al lordo e di 0.7 al netto¹³.

7.3.3 I ricoveri coatti

Sui ricoveri coatti la Commissione prende atto che si assiste ad una diminuzione. Dal 47% nel 2005 si è passati al 41%, ciò significa 402 ricoveri coatti su un totale di 982 (2007). Il loro numero è tuttavia ancora molto elevato. Come rilevano i responsabili della CPC, il numero dei ricoveri coatti non dipende solo dal funzionamento della Clinica, bensì da quanto succede sul territorio. La Commissione condivide l'incremento della consulenza sociale e ritiene che vanno pure rafforzate le misure sul territorio intese a contenere ulteriormente il numero dei ricoveri coatti, sia con un diverso funzionamento degli SPS, sia attraverso la definizione di ulteriori protocolli con gli operatori e istituzioni privati.

7.3.4 Ammissioni e riammissioni

Un'ultima osservazione riguarda le riammissioni, la sindrome della "porta girevole" come viene chiamata dagli operatori. È beninteso inevitabile -per talune casistiche- escludere ripetute dimissioni e ammissioni. Si può tuttavia affermare, senza esprimere un giudizio di valore in quanto non disponiamo di parametri comparativi, che più elevata è la percentuale di riammissione, meno efficace è la presa a carico sul territorio. I dati riguardanti la CPC per il 2008 sono i seguenti¹⁴: 936 pazienti ammessi per un totale di 1790 casi. Per 594 persone (63.5%), quella è stata l'unica ammissione in clinica. Per 170 persone (18.2%) si sono verificati due ricoveri. Per 76 persone (8.1%) si sono avuti tre ricoveri. Per 96 persone (10.2%) vi sono stati più di tre ricoveri.

La Commissione condivide che bisogna migliorare la fase di passaggio fra la dimissione dalla Clinica ed il reinserimento sul territorio in collaborazione con la rete sociale e i SPS, eventualmente incrementando il personale.

7.3.5

La Commissione rileva, come appare dall'allegato 1, che un certo numero di pazienti psichiatrici sono ricoverati negli ospedali acuti del Cantone.

7.4 Il disagio giovanile

7.4.1 I Servizi medico psicologici (SMP)

Nella PSC 2009-2012, sulla presa a carico psico-socio-educativa si può leggere (pag. 39-40):

"Relativamente al lavoro da effettuare sul territorio tramite l'operatore psico-socio-educativo (cioè un lavoro nei luoghi dove si trovano i giovani normalmente: lavoro/famiglia/luoghi di svago), al fine di agevolare l'accesso alle cure, è importante garantire una grande flessibilità di orari anche durante i momenti tipicamente del "tempo libero"....Incrementando il personale

¹² PSC 2009-2012, pag 43

¹³ PSC 2009-2102 pag. 43 e 64

¹⁴ Lettera OSC 2 dicembre 2009

socio-educativo degli SMP, che può intervenire regolarmente al di fuori degli orari di ufficio, sarà possibile estendere il lavoro di rete a favore dei giovani e delle loro famiglie fornendo un aiuto valido. Questo personale collaborerà con i servizi sul territorio, in particolare con gli operatori sociali dei comuni visto che un numero sempre maggiore di enti locali ha deciso di assumere queste figure professionali per affrontare il tema del disagio giovanile. L'operatore SMP costituirebbe un'occasione di avvicinamento dei giovani in un'ottica preventiva senza comunque rappresentare una vera e propria presa a carico socio-sanitaria che potrebbe comunque avere luogo successivamente qualora se ne presentasse la necessità...".

La Commissione condivide queste affermazioni. Essa ritiene tuttavia necessaria una maggiore presenza degli psicoeducatori degli SMP anche nelle scuole. Essi possono costituire un ulteriore punto di riferimento per le direzioni e per tutti gli operatori scolastici per quanto riguarda la problematica giovanile all'interno delle scuole. La Commissione ritiene inadeguato il modello attuale di intervento che vede la polizia svolgere un ruolo di primo piano. I Servizi dovranno quindi essere adeguati per consentire di svolgere più compiutamente anche questo compito. Andrà pure definito un piano globale di intervento per il disagio e la violenza giovanile, attivate figure professionali con compiti socio-psico-educativi, in particolare quelli dei Servizi medico-psicologici e, contemporaneamente, sostenuti altri enti per la messa in atto di operatori sul territorio¹⁵. Nella collaborazione con i Comuni andrà pure considerata la necessità di formare adeguatamente gli operatori di strada, nonché di chiarire le modalità e le finalità degli interventi.

7.4.2 I Centri psico-educativi (CPE)

I CPE rappresentano la pedo-psichiatria territoriale costituendone l'istituzione di cura semi-residenziale. L'utenza è rappresentata da bambini da 3 a 12 anni con sindromi di alterazione globale dello sviluppo psicologico e disturbi comportamentali ed emozionali¹⁶. Il CPE, rispetto al passato, oltre ad una presa a carico medico-psicologica e cure individualizzate, offre una scolarizzazione in collaborazione con il territorio, garantendo pertanto al bambino un contatto esterno e quindi maggiori possibilità di inserimento e di integrazione. In questo senso è auspicabile la presenza di più sedi dislocate nelle varie regioni del Cantone.

La Sottocommissione, durante l'audizione dei responsabili dei CPE, si è posta la questione della presa a carico del minore, dopo il compimento dei 12 anni di età, non ancora in grado di integrarsi totalmente nella società e nel mondo scolastico. È emerso che *"un centro residenziale o semi residenziale per alcune situazioni di scompenso adolescenziale sarebbe sicuramente utile. Si potrebbe pensare ad un gruppo adolescenti all'interno del CPE. Questo dovrebbe però anche comportare un adeguamento delle risorse umane. In questo ambito, gli SMP fanno un grosso lavoro che però non è visibile: inoltre il trattamento ambulatoriale di certe situazioni molto difficili non è più sufficiente. I casi di adolescenti difficili non sono tanti. Per ottenere buoni risultati è importante che i CPE per adolescenti svolgano un lavoro territoriale e di prossimità¹⁷".*

La Commissione ha preso atto che nessuno viene dimesso all'età di 12 anni se sussiste ancora un bisogno e che in ogni modo anche in caso di dimissioni i CPE collaborano con le strutture esistenti sul territorio e con gli SMP che ne garantiscono la presa in carico

¹⁵ Vedi anche la mozione 2 dicembre 2008 della Commissione delle legislazione, nonché l'allegato 1 al Rapporto sul messaggio no. 5932 riguardante la riforma della polizia "Prevenzione in ambito giovanile. I servizi medico-psicologici sul territorio"

¹⁶ Documento power point 22.10.09 dott. M. Magnolfi

¹⁷ Verbale visita al CPE di Stabio 15 ottobre 2009

terapeutica ambulatoriale¹⁸. La Commissione ritiene tuttavia che il tema debba essere riesaminato e approfondito ulteriormente, anche nell'ambito di una rilettura delle problematiche legate al disagio giovanile.

7.4.3 La collaborazione con il reparto di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano

La Commissione ha appreso il 10 settembre 2009 nel corso dell'audizione di Carlo Maggini e del pediatra Valdo Pezzoli che l'EOC sta elaborando un sistema di primo intervento, per le urgenze psichiatriche, in collaborazione con l'OSC. Attraverso questa collaborazione è possibile colmare una lacuna derivante dalla mancanza di strutture sanitarie stazionari e adeguate alla presa a carico psichiatrica di ragazzi e adolescenti. Le urgenze non sono sempre affrontabili ambulatorialmente e il ricovero in cliniche psichiatriche non è adeguato. (vedi allegato 2).

L'offerta, che per il momento, non rientra nella pianificazione, darebbe l'opportunità a tutti gli Ospedali del nostro Cantone di far capo al reparto di Pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano, sede Civico, che garantirebbe l'ammissione di giovani in situazione di grave disagio pedo-psichiatrico. L'SMP di Lugano garantirebbe una collaborazione specialistica. La Commissione valuta positivamente questa iniziativa.

La misura comporterebbe le seguenti spese lorde supplementari¹⁹:

- con la sua implementazione fr. 180'000.- all'anno (40% Capo clinica pedopsichiatra; 40% psicologo; 50% infermiere psichiatrico),
- in un secondo tempo, ulteriori fr. 145'000 (100% medico assistente), il totale della spesa lorda supplementare risulterebbe pertanto di fr. 325'000.-

La spesa lorda sarebbe poi contenuta dai ricavi dovuti a questa attività supplementare. Una loro quantificazione risulta non facile. Vista l'importanza di questo servizio per completare l'offerta delle prestazioni per gli adolescenti, la Commissione ritiene che questo servizio vada realizzato.

7.4.4 Le strutture di accoglienza per giovani pazienti psichiatrici

La collaborazione con l'EOC, risolverebbe parzialmente l'annosa questione del ricovero urgente presso la CPC, ritenuto da tutti inadeguato. Non può invece costituire una soluzione per i giovani che necessitano di soggiorni prolungati in una struttura ad hoc.

Nel Rapporto PSC 2007 si proponeva di adeguare due CPE "in modo da accogliere i casi acuti di adolescenti". Il CdS non ha dato seguito alla proposta ritenendola troppo onerosa e il problema è rimasto insoluto. La Direzione OSC²⁰ afferma che bisognerà continuare far capo a strutture extra cantonali. Sono collocamenti utili *"ma spesso di difficile realizzazione, tenuto conto anche e soprattutto della scarse se non nulle competenze linguistiche di parte della nostra utenza. Non bisogna dimenticare che si tratta spesso di giovani da anni in rottura anche con l'ambiente scolastico e a cui manca perciò anche quella base di conoscenza linguistiche abitualmente offerte dalle nostre scuole."* Sollecitata dalla sottocommissione, la direzione OSC ha dichiarato che sarebbe possibile e auspicabile far capo a strutture - idonee e competenti- del Nord Italia, in particolare ma non solo dell'Insubria. Per far ciò occorre tuttavia superare ostacoli relativi al diritto minorile (quando il collocamento è deciso dal giudice dei minore), al codice penale (nei casi in cui è stato optato per una

¹⁸ Lettera OSC 1 febbraio 2010

¹⁹ Vedi lettera CdS 23 febbraio 2010

²⁰ Vedi lettera OSC 1. febbraio 2010

misura alternativa al carcere) o al codice civile (ad esempio quando è indispensabile nominare un tutore).

La Commissione ritiene che si tratta di una soluzione da valutare seriamente sia dal punto di vista procedurale che finanziario e chiede al Consiglio di Stato di definire eventuali protocolli e accordi per consentire il collocamento di minori in strutture idonee del Nord Italia.

7.4.5 Il “Progetto giovani”

La Commissione ha preso atto del progetto sviluppato in collaborazione con l’AI destinato a giovani che hanno avuto un primo scompenso psichiatrico acuto e che potrebbero beneficiare di una riabilitazione sociale e professionale (PSC 2009-2012, pagg. 53 e 54). Ciò comporta una diversificazione delle attività del CARL²¹ e dei rispettivi laboratori. La Commissione condivide tale scelta. Ritiene tuttavia che questa attività di integrazione socio-professionale non dovrebbe essere limitata al mendrisiotto, bensì estesa a tutto il territorio cantonale. In questi casi dovrà essere garantito un adeguato sostegno da parte dei servizi sul territorio.

7.5 I diritti dei pazienti

La Commissione ha preso atto che sono in corso modifiche legislative che comporteranno un adeguamento della LASP.

Al di là degli aspetti giuridici, che verranno valutati a suo tempo, in quest’occasione la Commissione -consapevole che ci troviamo confrontati con un settore e problematiche complesse e delicate- pur prendendo atto dei miglioramenti intervenuti negli ultimi anni, si permette ribadire l’importanza di un rigoroso rispetto dei diritti dei pazienti, della loro autonomia e dell’istituzione di direttive anticipate.

7.6 Una gestione partecipativa

L’OSC è una struttura complessa chiamata a svolgere attività complesse e delicate. Ogni operatore, anche quello che svolge i compiti più semplici, all’interno delle strutture dell’OSC è in stretto contatto con gli ospiti. Spesso sono loro ad avere quantitativamente i contatti più frequenti. La qualità della relazione è pertanto essenziale ai fini del risultato della presa a carico. Graziano Martignoni, ha affermato che per chi lavora in psichiatria la supervisione è indispensabile, tanto quanto i guanti sterili per un chirurgo²².

La Commissione ritiene quindi che tutte le persone che prestano la loro attività presso l’OSC debbano poter partecipare alla definizione delle questioni organizzative e devono essere chiamate ad esprimersi sui singoli casi.

²¹ Centro abitativo, ricreativo e di lavoro

²² Giovani e disagio, tra educazione e presa a carico: realtà e prospettive in Ticino, conferenze, Mendrisio/Chiasso 15 e 16 ottobre 2009

8. CONCLUSIONI

In conclusione, la Commissione condivide i principi contenuti nella PSC 2009-2012, in particolare quelli relativi alla prevenzione e al potenziamento delle attività sul territorio. Costata tuttavia l'esistenza di problemi riguardo al disagio giovanile, al funzionamento della rete sociale, in particolare al collegamento tra CPC e SPS, alla contenzione, al sostegno alla popolazione anziana, ai ricoveri coatti, ai problemi relativi al lavoro. Non tutti i problemi evidenziati sono riconducibili nella stessa misura all'OSC. Per taluni sarà necessario sviluppare la collaborazione con altri operatori e altre istituzioni, pubblici o privati.

La Commissione rileva che l'aspetto finanziario non può sempre essere determinante nelle scelte strategico-operative. L'OSC, come è stato ricordato al punto 4.2 del presente rapporto, ha visto le sue spese, dal 1991 al 2007, diminuire da 30,8 a 25,2 milioni benché la Commissione riconosca che i problemi nella società di oggi siano oggettivamente aumentati, e molti di essi siano ancora irrisolti.

Nella PSC 2009 - 2012 il Consiglio di Stato propone alcuni potenziamenti per un costo totale al netto di 1,305 milioni.

La Commissione, pur tenendo presente la necessità di contenere i costi considera indispensabile un ulteriore sforzo finanziario per far fronte con una maggiore efficacia al disagio giovanile e per ridurre la contenzione fisica presso la CPC.

Per contro altri miglioramenti sono attuabili, secondo la Commissione, attivando diversamente le risorse già esistenti. I costi supplementari degli incrementi proposti dalla Commissione ammontano a franchi 1.485 milioni, come si può constatare dalla tabella allegata "Riassunto e conseguenze finanziarie". Va ricordato tuttavia che questo incremento comporterà diminuzioni di spesa in altri settori, ragioni per cui il cui costo netto sarà inferiore, anche se difficilmente quantificabile. Alcune attività comporteranno pure delle entrate, anch'esse non quantificabili.



La Commissione invita quindi il Gran Consiglio ad aderire alle conclusioni del presente rapporto e ad approvare gli allegati decreti legislativi.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Graziano Pestoni, relatore

Carlo Luigi Caimi, co-relatore

Bignasca M. (con riserva) - Carobbio - Chiesa -

Del Bufalo - Galusero - Ghisolfi - Gianora -

Malacrida - Mariolini - Pagani (con riserva) -

Polli - Salvadè (con riserva) - Weber

ALLEGATO 1

Evoluzione dell'ammontare delle rette LAMal per la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) dal 1991 al 2010 e dei sussidi UFAS/AI per il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) e per i Centri diurni (CD)

L'ammontare delle rette riconosciute da santésuisse, precedentemente dalla Federazione ticinese degli assicuratori malattia FTAM, dal 1991 al 2010 è il seguente:

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Acuti domiciliati in TI - dal 01 al 15 giorno	130.00	137.00	142.00	147.00	151.00					
Acuti domiciliati in TI - dal 16 al 90 giorno	110.00	116.00	120.00	124.00	128.00	160.00	176.00	176.00	176.00	180.00
Acuti domiciliati in TI - oltre il 90 giorno	90.00	95.00	99.00	102.00	105.00					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Acuti domiciliati in TI - dal 01 al 15 giorno						236.00	236.00	236.00	245.00	245.00
Acuti domiciliati in TI - dal 16 al 90 giorno	180.00	180.00	190.00	190.00	190.00	201.00	201.00	201.00	209.00	209.00
Acuti domiciliati in TI - oltre il 90 giorno						156.00	156.00	156.00	162.00	162.00

I sussidi UFAS/AI per il CARL dal 1994 (precedentemente il nostro istituto non era riconosciuto dall'Assicurazione federale per l'invalidità) al 2007 sono stati di:

	Sussidi UFAS per i CD in frs.	Sussidi UFAS per il CARL in frs.
1991		0
1992		0
1993		0
1994		0
1995	385'394	4'965'592
1996	463'153	4'610'718
1997	762'326	6'354'532
1998	596'412	5'468'793
1999	723'923	5'802'115
2000	879'465	6'045'552
2001	963'038	6'105'787
2002	945'745	5'708'099
2003	981'303	6'377'460
2004	683'039	6'280'483
2005	685'256	6'298'320
2006	695'693	6'380'065
2007	733'136	6'468'656

Fonte: lettera OSC 15 marzo 2010

ALLEGATO 2

Situazione degli effettivi del personale al 31.12.2009 e risorse umane richieste nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012

Qui di seguito presentiamo la situazione degli effettivi dell'OSC suddivisi per servizio nonché il loro adeguamento inserito nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 per mettere in atto le misure operative proposte.

	Effettivi al 31.12.2009	Adeguamento Pianificazione 2009-2012	Osservazioni
Direzione OSC	9.05	-	-
Ufficio finanze, personale e controlling	6.40	-	-
Ufficio economato, logistica e sicurezza di cui:	92.20	-	-
- Servizio alberghiero	48.15		
- Servizio ristorazione	36.80		
- Caposervizio, sicurezza e centralino	7.25		
Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) di cui:	83.10		Scheda F pagg. 54-55 della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012
- Direzione CARL	3.50	+ 1.00	
- Unità abitative	60.80	+ 3.00	
- Laboratori protetti	18.80	+ 1.00	
Clinica psichiatrica cantonale (CPC) di cui:	131.65		-
- Direzione medica + Segreteria medica e Assistente sociale	5.30	+ 1.00	
- Medici	17.00		
- Direzione delle cure	3.40		
- Servizio delle cure infermieristiche	99.45		
- Servizio di Socioterapia	6.50		
Direzione dei settori OSC	5.60	+ 1.00	Scheda E pag. 48 Casa Sirio
		+ 1.00	Consolidamento Laboratorio di psicopatologia del lavoro (Scheda B, pag. 37)
Servizi psicosociali (SPS) con i Centri Diurni, di cui:	50.90	-	Comprendono già le 2 unità (0.50 per il CD) già riconosciuti per l'apertura nel fine settimana e nei festivi (Scheda F, pag. 50)
- SPS Mendrisio	10.90		
- SPS Bellinzona	11.40		
- SPS Locarno	11.60		
- SPS Lugano	17.00		
Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM)	3.50	-	Per i letti EOC/OSC si è provveduto ad una convenzione che non aggiunge unità all'effettivo OSC. Per lo Stato si tratterà di un contributo.

Servizi medico-psicologici (SPM) , di cui:	31.80		Scheda C
- SMP Bellinzona	7.00	+ 1.00	pagg. 40-41 di cui 4 operatori sociali e 0.50 di medico assistente per collaborazione con la pediatria OCL
- SMP Coldrerio	5.70	+ 1.00	
- SMP Locarno	6.50	+ 1.00	
- SMP Lugano	12.60	+ 1.50	
Centri psico-educativi (CPE) di cui:	29.30	-	-
- CPE Stabio	7.60		
- CPE Gerra Piano	9.00		
- CPE Stabio	12.70		
Totale	443.50	+ 12.50	

All'aumento proposto di 12.50 unità che porterebbe gli effettivi OSC ad un totale di 456 unità, va aggiunta l'unità limitata nel tempo equivalente ad un costo di fr. 0.12 mio prevista per svolgere lo studio SUPSI sulla contenzione (Schede D ed E, pagg. 44, 48 e 49 della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012).

Fonte: lettera OSC 15 marzo 2010

Lettera Consiglio di Stato 16 febbraio 2010 riguardante i pazienti psichiatrici accolti in cliniche o ospedali somatici

numero			Belinzona
680	mm	12	16 febbraio 2010

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Alla
Sottocommissione Pianificazione
sociopsichiatrica cantonale 2009-2012
della Commissione speciale sanitaria

**Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012
Domande formulate dalla Sottocommissione Pianificazione sociopsichiatrica cantonale
2009-2012 della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio**

Signore e signori deputati,

con lettera del 27 novembre 2009 interrogate lo scrivente Consiglio ponendo le seguenti domande.

Domanda 1:

Quanti pazienti psichiatrici sono in realtà oggi accolti in cliniche e ospedali somatici? Nello specifico si chiede di conoscere:

- a. Il numero annuo di casi ospedalizzati con diagnosi di tipo psichiatrico per ciascun ospedale e clinica non psichiatrica (nel Sopraceneri e nel Sottoceneri).
- b. La durata media della loro degenza (per istituto) e del numero di posti letto occupati sull'arco dell'anno

Domanda 2:

Come si garantisce che queste ospedalizzazioni non siano improprie?

Per rispondere ai quesiti posti si fa riferimento ai dati raccolti dall'Ufficio federale di statistica, tramite l'Ufficio di statistica del Dipartimento delle finanze e dell'economia, in base alla Legge sulla statistica federale (LStat) e alla LAMal.

Va premesso che i dati in questione sono elaborati considerando le diagnosi indicate al momento della dimissione dei pazienti dalle strutture ospedaliere.

È pertanto necessario sottolineare che, per stabilire con certezza se una degenza è conforme o meno al mandato dell'istituto, questi dati possono essere insufficienti e devono essere considerati con grande cautela.

Infatti, per pronunciarsi con sicurezza sulla necessità di qualsiasi ricovero ospedaliero, non basta esaminare i dati statistici, ma occorrerebbe esaminare oltre alla cartella clinica lo sviluppo stesso della presa a carico di un paziente nel corso della degenza: questo segnatamente perché il motivo iniziale di un ricovero può essere ben diverso dalla diagnosi registrata al momento della dimissione dall'istituto e rilevata dalle statistiche.

I dati che seguono hanno di conseguenza solo un valore indicativo per consentire una valutazione di massima della dimensione di queste ospedalizzazioni.

Risposta alla domanda 1a:

La tabella seguente descrive, per il 2008, il **numero di pazienti dimessi** da un ospedale somatico per i quali è stata codificata una (1) sola diagnosi psichiatrica principale (diagnosi del gruppo F della classificazione statistica internazionale delle malattie: disturbi psichici e comportamentali). Si tratta di quei casi la cui diagnosi principale non avrebbe giustificato dal punto di vista teorico il ricovero in un ospedale somatico acuto:

Struttura somatica acuta	Pazienti dimessi 2008
ORLugano	18
San Giovanni	11
Beata Vergine	8
La Carità	14
Faido	4
Acquarossa	8
Cardiocentro	0
Santa Chiara	31
Moncucco	45
Ars Medica	0
Sant'Anna	0
Hildebrand	0
Novaggio	0
San Rocco	8
Varini	51
Totale	198

Dalla tabella si evince quindi che 198 pazienti hanno beneficiato nel 2008 di prestazioni psichiatriche in istituti somatici.

Questi rappresentano lo 0.34%, rispetto al totale di 58'953 dimissioni complessive da istituti acuti non psichiatrici (art. 39 cpv. 1 LAMal). Sono invece il 7.66 % rispetto al totale di 2'584 dimissioni complessive da istituti psichiatrici acuti.

Risposta alla Domanda 1b:

Per i 198 pazienti dimessi nel 2008 da un ospedale somatico e portatori di sola diagnosi psichiatrica, le **giornate di degenza** sono suddivise come riportato nella tabella seguente:

Struttura somatica acuta	Giornate di degenza 2008
ORLugano	233
San Giovanni	36
Beata Vergine	53
La Carità	87
Faido	35
Acquarossa	66
Cardiocentro	0
Santa Chiara	248
Moncucco	509
Ars Medica	0
Sant'Anna	0
Hildebrand	0
Novaggio	0
San Rocco	115
Varini	1'067
Totale	2'449

Sempre con riferimento al 2008, le giornate d'ospedalizzazione dedicate a pazienti con diagnosi principale di tipo psichiatrico, erogate in ospedali e cliniche somatiche, sono quindi state complessivamente 2'449.

Esse equivalgono allo 0.50% rispetto alle 485'711 giornate complessive in istituti acuti non psichiatrici (art. 39 cpv. 1 LAMal) e al 2.49% rispetto alle 98'418 giornate complessive in istituti psichiatrici acuti.

La **degenza media** è invece stata di:

Struttura somatica acuta	Degenza media 2008
ORLugano	12.9
San Giovanni	3.3
Beata Vergine	6.6
La Carità	6.2
Faido	8.8
Acquarossa	8.3
Cardiocentro	0
Santa Chiara	8.0
Moncucco	11.3
Ars Medica	0
Sant'Anna	0
Hildebrand	0
Novaggio	0
San Rocco	14.4
Varini	20.9
Media totale	12.4

La degenza media totale risulta di 12.4 giornate. Per una prima valutazione, si segnala che la degenza media totale in istituti acuti non psichiatrici è di 8.24 giornate, mentre quella in istituti psichiatrici acuti è di 38.09 giornate. Tra la degenza media di questi 198 ricoveri e la degenza media dei ricoveri in istituti psichiatrici acuti sussiste quindi una differenza sostanziale.

Il numero di **posti letto occupati al 100%** sull'arco dell'anno è stato di:

Struttura somatica acuta	Posti letto occupati 100%
ORLugano	0.6
San Giovanni	0.1
Beata Vergine	0.1
La Carità	0.2
Faido	0.1
Acquarossa	0.2
Cardiocentro	0
Santa Chiara	0.7
Moncucco	1.4
Ars Medica	0
Sant'Anna	0
Hildebrand	0
Novaggio	0
San Rocco	0.3
Varini	2.9
Totale	6.7

Il numero totale di posti letto occupati al 100% da queste ospedalizzazioni è di 6.7. Ciò equivale allo 0.50 % del totale complessivo di 1'327.1 posti letto occupati al 100% presso istituti acuti non psichiatrici (art. 39 cpv. 1 LAMal) e al 2.49% del totale complessivo di 268.9 posti letto occupati al 100% presso istituti psichiatrici acuti.

Osservazioni

Si può presumere che il numero di giornate di degenza presso l'Ospedale Civico di Lugano sia stato determinato dalla collaborazione con l'OSC tramite il Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM) che assicura la psichiatria di liaison all'Ospedale regionale di Lugano.

Proprio per consolidare questa collaborazione e migliorarne l'efficienza e l'efficacia, dal 2010 prenderà avvio il progetto contenuto nella Scheda E della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 (pag. 47), già inserito nelle Linee direttive e nel Piano finanziario (2008-2011) nonché nel Preventivo 2009, che prevede l'accoglienza presso l'Ospedale Civico di pazienti con diagnosi psichiatrica anche se accompagnata da altre diagnosi.

Si rileva inoltre che nel 2008 vi sono stati circa altri 800 pazienti ricoverati in strutture somatiche acute con una diagnosi psichiatrica principale accompagnata da diagnosi complementari relative ad affezioni somatiche.

Dall'esame delle diagnosi complementari indicate nella statistica per questi pazienti - su un totale di circa 2'100 diagnosi possibili - si può dedurre che per circa 400 pazienti il ricovero in un

istituto somatico acuto sarebbe stato giustificato, mentre solo un esame approfondito, caso per caso, permetterebbe di dire se sussistono ricoveri non conformi tra i rimanenti. L'individuazione di ricoveri non conformi, come detto, è un'operazione molto impegnativa e difficile.

Risposta alla Domanda 2:

Tenuto conto della casistica di cui alla domanda 1, riteniamo opportuno sostituire il termine "improprio" con "non conforme al mandato dell'autorizzazione di un istituto". Improprio può infatti anche essere associato a cure di qualità inadeguata o addirittura a "falsi ricoveri".

Va anzitutto ricordato che ogni ricovero sia esso di carattere somatico o psichiatrico coinvolge la sfera intima dell'individuo, la sua salute, la relazione esistente fra paziente, curante ed istituto. Tutti questi elementi hanno un'influenza sulle decisioni di ricovero o meno in un determinato ospedale o clinica.

Ciò premesso, una vigilanza attiva specifica sarebbe in ogni caso sproporzionata sia rispetto alle esigenze sanitarie e personali del paziente sia rispetto alle risorse necessarie per esercitarla.

Infatti una degenza non conforme potrebbe essere impedita preventivamente unicamente se ogni ricovero fosse valutato ex-ante dal profilo sanitario da un medico indipendente e competente in materia. A posteriori invece una degenza non conforme, benché ancora da dimostrare, potrebbe forse essere sanzionata, ma non più impedita. Anche ciò richiede però un esame dettagliato di ogni specifico caso e non va dimenticato che solo i singoli assicuratori malattie (e nemmeno l'associazione settoriale santésuisse) dispongono dei motivi del ricovero per ogni singolo caso. Si tratta peraltro di diagnosi generali.

Nel sistema attuale sono quindi in prima linea gli assicuratori malattia a poter intervenire qualora verificino delle ospedalizzazioni ritenute non conformi in virtù dell'autorizzazione e del mandato attribuito all'ospedale che accoglie un determinato paziente. L'assicuratore è infatti chiamato per legge a verificare l'appropriatezza della prestazione (e quindi anche la conformità del fornitore della prestazione in base al mandato di cui all'art. 39 cpv. 1 LAMal), dovendosi egli assumere l'onere finanziario del ricovero. Il non riconoscimento della fattura in mancanza di giustificati motivi (supplemento di informazioni sulle ragioni della degenza) penalizzerebbe l'istituto, diventando un disincentivo molto efficace.

Di fatto ogni struttura ospedaliera autorizzata ad esercitare sul territorio cantonale rientra nella Pianificazione ospedaliera istituita in virtù dell'art. 39 cpv. 1 LAMal che definisce pure i mandati per ogni ospedale o clinica.

Di conseguenza, se gli istituti di cura ed i medici invianti si attengono, come risulta dai dati riportati, a quanto previsto dal Parlamento, le eventuali ospedalizzazioni non conformi rimangono nei valori accettabili della variabilità intrinseca della medicina e della presa a carico della persona malata.

Più in generale, un ulteriore miglioramento della prassi potrà comunque essere ottenuto abbinando alla nuova pianificazione LAMal, che mette l'accento su una definizione più precisa dei mandati, la revisione generale delle autorizzazioni d'esercizio delle strutture ospedaliere previste dall'art. 80 della Legge sanitaria. Si tratta di rendere maggiormente coerenti le definizioni delle autorizzazioni previste da queste leggi.

L'attenzione da parte del Cantone sarà pure rafforzata con le nuove modalità di finanziamento previste dalla modifica LAMal a partire dal 1° gennaio 2012. Va comunque evidenziato che il Cantone, diversamente dagli assicuratori, riconoscerà il suo finanziamento a tutti gli istituti inclusi nella pianificazione LAMal non in base alle fatture di ogni singola degenza, ma tramite un contributo globale (contratto di prestazione).

Sicuramente in caso di cure inadeguate e di abusi manifesti anche gli uffici cantonali a cui compete la vigilanza secondo la Legge sanitaria possono intervenire.

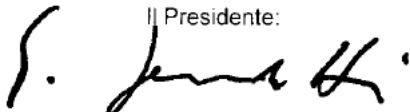
In base ai dati presentati al punto 1, tenuto conto della grande cautela con cui vanno considerate queste informazioni puramente statistiche, visto come un disturbo psichico rispetto ad altre patologie sia sovente ben più difficile da definire e delimitare e rilevata soprattutto la minima incidenza statistica, possiamo affermare che le degenze psichiatriche non conformi sono in Ticino sotto controllo.

Al riguardo va ancora una volta sottolineato come, trattandosi di un ambito delicato che coinvolge la sfera personale dell'individuo e la sua salute, la relazione esistente fra pazienti, curanti ed istituti può avere un'influenza sulle decisioni di ospedalizzazione. Da ultimo devono essere ricordate le importanti variabili legate all'eventuale urgenza ed alla disponibilità di posti letto liberi.

Vogliate gradire, signore e signori deputati, l'espressione della nostra stima.

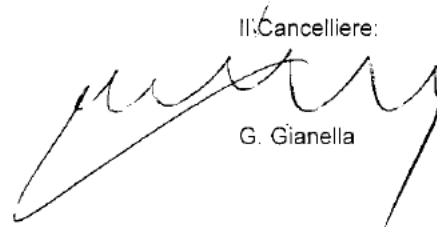
PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



G. Gendotti

Il Cancelliere:



G. Gianella

Copia:

- Direzione Dipartimento della sanità e della socialità
- Direzione Divisione della salute pubblica
- Direzione Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, Via Maspoli, 6850 Mendrisio

EOC/URL, documento 4 settembre 2009 sulla presa a carico di pazienti pedopsichiatrici presso l'Ospedale regionale di Lugano.

Ospedale Regionale di Lugano



PRESA A CARICO DI PAZIENTI PEDOPSICHIATRICI PRESSO L'OSPEDALE REGIONALE DI LUGANO

Questo documento informa sull'attuale modalità di presa a carico in ospedale di pazienti pedopsichiatrici nel Canton Ticino e formula proposte concrete di sviluppo all'interno del servizio di pediatria dell'Ospedale Regionale di Lugano in linea con la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012. La proposta cerca di rispettare al meglio le condizioni imposte dall'attuale economica del Cantone.

1 Definizioni

I pazienti pediatrici sono definiti dall'età (dalla nascita al compimento dei 18 anni) e accomunano le caratteristiche di individui che si trovano in un processo di sviluppo, come per esempio una graduale acquisizione di competenze fisiche e psichiche o la dipendenza da terze persone. Ai pazienti pediatrici si attribuiscono quindi, a seconda dell'età, diversi gradi di autonomia; anche la dipendenza dai genitori è variabile.

Per pazienti pedopsichiatrici si intendono i casi pediatrici per i quali esiste una diagnosi psichiatrica (gruppo diagnostico F) secondo il codice di classificazione ICD-10. Queste patologie comprendono quindi sia le casistiche che, tradizionalmente, sono oggi curate nei reparti e negli ospedali pediatrici (ad es. l'anoressia nervosa), sia le diagnosi di pertinenza "esclusiva" di un servizio di psichiatria, quali le psicosi, i disturbi fobici, le turbe gravi del comportamento. In questa definizione non sono comprese le situazioni di disagio sociale o di stress psicologico derivante da altri fattori, che il codice ICD-10 classifica in altre categorie diagnostiche (per esempio X e Z).

Per presa a carico (diagnosi e terapia) si intendono sia la modalità ambulatoriale, solitamente interdisciplinare (combinazione di approccio psicoterapeutico, somatico, terapie di movimento, arteterapia, sostegno psicologico), sia il trattamento stazionario, pure multidisciplinare e complesso nella sua articolazione, per i casi nei quali è necessaria una terapia intensa o si considera opportuno un allontanamento dal contesto familiare in cui si è sviluppata la patologia.

2 Situazione attuale

2.1. Canton Ticino

Come ben documentato, in particolare nel testo della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012, nel Canton Ticino vi è una mancanza di strutture sanitarie stazionarie adeguate per la presa a carico psichiatrica di ragazzi e adolescenti. Finora si è fatto ricorso a soluzioni di ripiego, quali il ricovero nella Clinica Psichiatrica Cantonale, solitamente come misura d'intervento di crisi, il ricovero in cliniche psichiatriche (al momento solo la Clinica Viarnetto è disposta ad assumere alcuni adolescenti sotto certe condizioni) oppure l'ospedalizzazione nei reparti di pediatria EOC senza la possibilità di un trattamento psichiatrico.

Il ricovero in unità pedopsichiatriche di ospedali universitari di Zurigo o di Ginevra è tuttora un'alternativa sotto certe condizioni e con la possibilità di lunghe liste di attesa. E' infine da menzionare la possibilità di un collocamento in istituzioni non psichiatriche come il Centro di pronta accoglienza e osservazione PAO, foyer o altri istituti educativi, nelle situazioni che non richiedano un approccio medico di valutazione o trattamento.

2.2 Servizio di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano

Degenze

Nel corso degli ultimi anni il numero dei pazienti degenti (numero di ricoveri e giornate di cura) del reparto di pediatria è continuamente aumentato. Una parte di questo incremento è costituito da una popolazione di pazienti sovente complessi con diagnosi relative alla sfera psichiatrica e ai disturbi del comportamento, per i quali è necessario un approccio multidisciplinare spesso impegnativo.

Urgenze psichiatriche (pronto soccorso)

Le urgenze psichiatriche immediate rappresentano un punto critico. Si constata infatti un aumento dell'incidenza di crisi adolescenziali gravi che si presentano al Pronto soccorso, spesso camuffate (iperventilazioni, algie di varia natura, oppure atti di violenza su stessi o sugli altri). Queste urgenze non sono sempre affrontabili ambulatorialmente con gli abituali strumenti psicosociali e gli interventi psicoterapeutici possono essere avviati soltanto in un secondo momento. Gli adolescenti che ricorrono al Pronto soccorso dell'ospedale costituiscono un numero significativo destinato ad aumentare.

Maltrattamento infantile

Dal 2004 è attivo un gruppo d'intervento contro il maltrattamento infantile che si occupa di casi di maltrattamento fisico e psichico, trascuratezza, negligenza e abuso sessuale di bambini e adolescenti. Una piccola parte di questa casistica è costituita da casi psichiatrici.

Organizzazione

L'infrastruttura attuale del servizio di pediatria dell'ORL è adatta per sua definizione al ricovero di bambini e adolescenti che possono essere seguiti 24 h su 24 da personale medico e infermieristico adeguatamente formato.

Il servizio, che conta 10 letti, non ha a disposizione letti dedicati alla psichiatria. Di fatto, tuttavia, il 10% circa delle giornate di cura è dedicato alla casistica menzionata sopra, sia per pazienti con patologie psichiatriche e psicosomatiche croniche (per esempio disturbi del comportamento alimentare) sia per casi acuti di scompenso (per esempio coma dopo intossicazione etilica o da sostanze stupefacenti; situazioni di maltrattamento su scompenso dei genitori).

Per queste casistiche il personale medico e infermieristico, specializzato per la pediatria generale, è coadiuvato da una pedopsichiatra e due psicologhe, pure a tempo parziale, e si avvale della supervisione del Servizio Medico Psicologico di Lugano. La collaborazione, instaurata nel 2002, è ottima. I tre posti (pedopsichiatra con funzione di capoclinica e psicologhe cliniche) sono esclusivamente finanziati con fondi privati.

A partire dall'ottobre del 2008 è stato creato per un anno un posto di medico assistente al 60% (al quale l'OSC ha dedicato 0.5 unità attingendo al suo contingente di personale), che si è confermato di grande utilità e ha permesso di rafforzare la collaborazione tra i due servizi e di guadagnare in efficienza. L'EOC ha contribuito con 0.1 unità sottratte alla missione somatica acuta dell'ospedale. Il progetto, terminato nell'agosto 2009, è attualmente in fase di valutazione.

3. Esigenze di potenziamento

3.1. Premesse

Per il 10% dei pazienti ricoverati in pediatria (ca. 340-380 giornate di cura) vi è dunque la necessità di una presa a carico pedopsichiatrica con un adeguato accompagnamento. Dopo diversi anni di graduale sviluppo e consolidamento del servizio di pediatria, si è sviluppata l'esigenza di inserire questi pazienti in un chiaro concetto di politica sanitaria.

Questa esigenza coincide con la richiesta da parte del legislatore, formulata nel testo della PSC 2009-2012, di mettere a disposizione una struttura di intervento per la casistica psichiatrica. Il testo cita: "Per le urgenze psichiatriche immediate si propone di far capo ai servizi di primo intervento, in particolare ai Pronto Soccorso degli ospedali regionali dell'EOC e ai loro consulenti psichiatrici che fanno una prima valutazione. Potranno, a loro volta, far capo al reparto di Pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano (ORL), Sede Civico. Esso garantisce l'ammissione di giovani in situazione di grave disagio pedo-psichiatrico dedicando un letto a questa speciale casistica. (...)".

3.2. Richiesta

Tenendo conto dell'attuale situazione economica del Cantone mi sembra opportuno sostenere la richiesta minima menzionata nella PSC 2009-2012 di consolidare il progetto di collaborazione menzionato sopra. Questa richiesta ha una portata finanziaria molto contenuta rispetto alle proposte alternative e la sua realizzazione è immediata. I costi del personale infermieristico e tutti i costi legati alla logistica sono integrati in quelli del servizio di pediatria e quindi completamente coperti dall'EOC.

Si richiede:

1. l'assunzione da parte dell'ente pubblico, dei costi della capoclinica di pedopsichiatria al 40% e di una psicologa al 40%.
2. la creazione di un posto di infermiere/infermiera al 50% con competenze psichiatriche da aggiungere all'organico del servizio di pediatria.
3. in un secondo tempo, il finanziamento di un'unità di medico assistente a continuazione dell'attuale progetto pilota.

Lugano, 4 settembre 2009

Dr med. Valdo Pezzoli
Primario

Elenco documenti esaminati o consultati dalla sottocommissione.

1. Legge sull'assistenza socio psichiatrica (LASP) del 2 febbraio 1999
2. CdS, Pianificazione socio psichiatrica cantonale 20005 - 2008, 8 novembre 2005
3. GC, Rapporto di maggioranza della speciale Commissione sanitaria sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005 - 2008, 11 gennaio 2007
4. Patrizia Pesenti, PSC 2009-2012, 10 marzo 2009
5. Michele Tomamichel, Salute e lavoro, 10 marzo 2009
6. Silvano Testa, Diritti dei pazienti e contenzione, 10 marzo 2009
7. CdS, risposte a domande, 22 settembre 2009
8. CdS, risposte a domande, 17 novembre 2009
9. CdS, risposte a domande, 16 febbraio 2010
10. CdS, risposte a domande, 2 febbraio 2010
11. OSC, risposte a domande, 20 ottobre 2009
12. OSC, risposte a domande, 13 novembre 2009
13. OSC, risposte a domande, 23 novembre 2009
14. EOC/ORL, presa a carico di pazienti pedopsichiatrici presso l'Ospedale regionale di Lugano, 4 novembre 2009
15. OSC, Laboratorio di psicopatologia del lavoro, rapporto di attività 2009, novembre 2009
16. Allegato 1 al Rapporto sul messaggio no. 5932 riguardante la riforma della polizia "Prevenzione in ambito giovanile. I servizi medico-psicologici sul territorio
17. OSC/CPE, dott. M.Magnolfi, I centro psico-educativi in Ticino, 22 ottobre 2009
18. Fondazione Sirio, Valutazione dal 1. gennaio al 31 dicembre 2007 e 2008
19. W. Lubrini e C.Tamburini, Progetto Casa Sirio
20. OSC/Club socio terapeutico-relazionale-culturale, Insieme (vari numeri)
21. DECS, DSS, DI, Gruppo dipartimentale casi difficili, Dal disagio al disadattamento alla devianza, percorso di intervento nella scuola e con i suoi partner, ottobre 2007
DSS, l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, giugno 2009
22. GC, atti parlamentari diversi

ALLEGATO 6

Riassunto e conseguenze finanziarie delle proposte commissionali (costo in milioni)

Pazienti adulti sul territorio (pto 7.2)

Maggiore presenza e lavoro in rete dei SPS (pto 7.2.1)	nessun costo supplementare
Apertura dei Centri diurni durante i giorni festivi (7.2.2)	già previsto
Strutture intermedie (pto 7.2.3.)	già previsto
Popolazione anziana (pto 7.2.4)	nessun costo supplementare
Problemi relativi al lavoro (pto 7.2.5)	già previsto

La clinica psichiatrica cantonale (pto 7.3)

Sostegno al Club '74 dei pazienti (pto 7.1 lett. e)	nessun costo supplementare
Istituzione di un'équipe ad hoc per ridurre la contenzione fisica (pto 7.3.2)	0.7
Ricoveri coatti (punto 7.3.3)	nessun costo supplementare
Incremento consulenza sociale presso la CPC (7.3.3)	già previsto
Ammissioni e riammissioni (7.3.4)	già previsto

Disagio giovanile (pto 7.4)

Incremento del personale socio-educativo presso gli SMP (pto 7.4.1)	0.46
Definizione di un piano globale di intervento con figure professionali socio-psico-educative (7.4.1)	nessun costo supplementare
Centro psico-educativi per giovani con età superiore ai 12 anni (p.to 7.4.2)	nessun costo supplementare
Collaborazione con il reparto di pediatria dell'ORL (pt. 7.4.3)	0.325
Definizione di accordi e di protocolli per l'accoglienza di giovani pazienti psichiatrici in strutture del Nord Italia (pto 7.4.4)	nessun costo supplementare
Progetto giovani (pto 7.4.5)	nessun costo supplementare

Diritti dei pazienti (pto 7.5)

nessun costo
supplementare

Gestione partecipativa (pto 7.6.)

nessun costo
supplementare

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il rapporto dicembre 2008 del Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità;
- richiamato l'art. 13 della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 2 febbraio 1999;
- visto il rapporto 23 marzo 2010 della Commissione speciale sanitaria,

d e c r e t a :

Articolo 1

La pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 è approvata nel senso dei considerandi del rapporto commissionale e del dibattito parlamentare.

Articolo 2

Vengono attuate le seguenti misure operative:

- il consolidamento dei Servizi psico-sociali e dei centri diurni;
- il sostegno a strutture intermedie, in particolare Casa Sirio a Breganzona della Fondazione Sirio;
- l'incremento della consulenza sociale presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC);
- l'incremento delle attività atte a ridurre i ricoveri coatti e la contenzione;
- l'incremento della consulenza sociale per pazienti anziani presso il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC);
- l'incremento della consulenza alle équipes delle case per anziani;
- l'incremento del personale socioeducativo presso i Servizi medico-psicologici (SMP) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) per intensificare i lavori di rete e per garantire una presenza all'interno delle scuole;
- la definizione di accordi e protocolli per consentire il collocamento di giovani pazienti psichiatrici in strutture del Nord Italia;
- studio di fattibilità per accogliere nei CPE minori di oltre i 12 anni di età;
- la messa in atto della collaborazione fra il reparto di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano (ORL), Sede Civico, dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e il Servizio medico-psicologico (SMP), sede di Lugano, dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC);

- l'apertura dell'unità abitativa Servizi generali presso il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) dedicata al "Progetto giovani";
- il sostegno al Club '74 dei pazienti, attraverso il Servizio di socioterapia dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC);
- l'incremento dei percorsi e della formazione degli utenti dei Laboratori protetti del Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) per permettere il loro reinserimento professionale;
- la ricerca SUPSI sulla contenzione in Ticino;
- il consolidamento del Laboratorio di psicopatologia del lavoro dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC).

Articolo 3

Il presente decreto legislativo è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi, ed entra immediatamente in vigore.

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente la richiesta di stanziamento di un credito di 1.485 milioni di franchi per l'istituzione di un'équipe ad hoc presso la CPC, l'incremento del personale presso gli SMP e per la collaborazione tra l'OSC e l'EOC, reparto di pediatria dell'ORL

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il rapporto dicembre 2008 del Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità;
- richiamato l'art. 13 della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 2 febbraio 1999;
- visto il rapporto 23 marzo 2010 della Commissione speciale sanitaria,

d e c r e t a :

Articolo 1

È stanziato un credito di 1.485 milioni di franchi per l'istituzione di un'équipe ad hoc presso la CPC, l'incremento del personale presso gli SMP e per la collaborazione tra l'OSC e l'EOC, reparto di pediatria dell'ORL.

Articolo 2

Il credito è iscritto al conto di gestione corrente del Dipartimento della socialità e della sanità, Organizzazione socio-psichiatrica cantonale.

Articolo 3

Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, questo decreto è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.