PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 1998-2001

Allegato:
VALUTAZIONE
dell'evoluzione sociopsichiatrica 1991-1996

CONSIGLIO DI STATO - Dipartimento delle opere sociali

Bellinzona, gennaio 1998

Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 1998-2001

Allegato:
VALUTAZIONE
dell'evoluzione sociopsichiatrica 1991-1996

Consiglio di Stato - Dipartimento delle opere sociali

Bellinzona, gennaio 1998

INDICE

		Pag.
1.	**INTRODUZIONE**	**1**
2.	**PANORAMICA GENERALE SULL'INTERVENTO PSICHIATRICO**	**1**
2.1.	La presa a carico psichiatrica	2
2.2.	L'intervento dello Stato nella salute pubblica	2
2.3.	La sociopsichiatria come modalità di intervento dell'OSC	3
3.	**BILANCIO DELLA PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA 1993-95/97**	**4**
3.1.	Evoluzione quantitativa dell'attività terapeutica	9
3.2.	Evoluzione del personale al 1.1.1997	12
3.3.	Evoluzione finanziaria 1990-1997	13
4.	**ELEMENTI DELLA PIANIFICAZIONE 1998-2001**	**18**
4.1.	Principi pianificatori	18
4.2.	Principi operativi	19
4.3.	Criteri di qualità	19
4.4.	Criteri di organizzazione	20
4.5.	Criteri di politica sanitaria nel campo psichiatrico	20
4.6.	Elementi che influenzano l'efficacia sociale	22
4.7.	Criteri per affrontare i problemi emergenti	22
4.8.	Criteri legati alle leggi	23

5. OBIETTIVI DELLA PIANIFICAZIONE 1998-2001 **24**

5.1 Numero dei settori, regionalizzazione dei servizi 24
5.2 Centro abitativo, ricreativo e di lavoro 25
5.3 Reparto intersettoriale di psicogeriatria acuta 26
5.4 Ristrutturazione dell'area di Casvegno 26
5.5 Centro terapeutico per adolescenti (CTA) 26
5.6 CPE unico per Bellinzonese e Locarnese 26
5.7 CPE di Lugano 26
5.8 Centro diurno di Locarno 26
5.9 Servizi psicosociali e medico-psicologici di Lugano e Bellinzona 27
5.10 Coordinamento CPC 27
5.11 Foyer terapeutico / appartamenti protetti / lavoro protetto 27
5.12 Reparto privato e semiprivato 27
5.13 Ricerca sulla qualità delle cure 27
5.14 Coordinamento della formazione 28
5.15 Contenimento dei costi di gestione 28
5.16 Regolamento LASP 30
5.17 Collaborazione con la psichiatria privata 30
5.18 Collaborazione con l'Ente ospedaliero cantonale (EOC) 30
5.19 Penitenziario Cantonale Ticinese (PCT) 31
5.20 Istituzioni ambulatoriali e cliniche per tossicomani 32
5.21 Case anziani, aspetti psicogeriatrici non OSC 32
5.22 Spitex 32
5.23 Child Abused and Neglected Teams (CAN-Teams) 32
5.24 Gruppi Pediatria/Ostetricia/Psichiatria (POP) 32
5.25 Aiuto alle vittime 32
5.26 Collaborazione con altre istituzioni 32

6. CONCLUSIONI **33**

ALLEGATO: Valutazione dell'evoluzione sociopsichiatrica 1991-1996

ABBREVIAZIONI

AI	Assicurazione invalidità
AP	Appartamento protetto
AVS	Assicurazione vecchiaia superstiti
CAN-Team	Child abuse and neglected Teams
CARL	Centro abitativo, ricreativo e di lavoro
CC	Commissione consultiva del CPSC
CD	Centro diurno
CdD	Consiglio di direzione
CDdS	Collegio direttivo di settore
CDR	Centro documentazione e ricerca
CdS	Consiglio di Stato
CG	Commissione giuridica
CPC	Clinica psichiatrica cantonale
CPE	Centro psico-educativo
CPS	Codice penale svizzero
CPSC	Consiglio psico-sociale cantonale
CTA	Centro terapeutico per adolescenti
CTT	Centro terapeutico per tossicomani
DIC	Dipartimento dell'istruzione e della cultura
DOS	Dipartimento delle opere sociali
EOC	Ente ospedaliero cantonale
FS	Fondazione sirio
H+	H+ Gli Ospedali svizzeri (ex VESKA)
IRE	Istituto di ricerche economiche
ISO	Istituto svizzero degli ospedali
LAI	Legge assicurazione invalidità
LASP	Legge assistenza sociopsichiatrica
LCAM	Legge cantonale assicurazione malattie
LFS	Legge federale stupefacenti
LISPI	Legge integrazione sociale e professionale invalidi
LMI	Legge maternità e infanzia
OMCT	Ordine dei medici del cantone Ticino
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONC	Ospedale neuropsichiatrico cantonale
OSC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
PCT	Penitenziario del cantone Ticino
POP	Gruppo di lavoro Pediatria - Ostetricia e Psichiatria
SMP	Servizio medico-psicologico
SOIC	Servizio ortopedagogico itinerante cantonale
SPS	Servizio psico-sociale
SPPM	Servizio di psichiatria e di psicologia medica
SSC	Servizio sociale cantonale
STCA	Servizio ticinese di cura dell'alcolismo
USTAT	Ufficio statistica
UTR	Unità terapeutica riabilitativa

Morbilità	patologia, malattia
Comorbilità	presenza di più patologie nello stesso individuo
Prevalenza	diffusione di una patologia in una determinata popolazione e in un determinato periodo di tempo (es. tasso di prevalenza %o = numero di malati / popolazione x 1000)
Spitex	Iniziativa concernente: - il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio; - nuova modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei campi degli ospedali pubblici (EOC), degli istituti per anziani (CPA) e dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD)

PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 1998-2001

1. INTRODUZIONE

Il documento di pianificazione sociopsichiatrica 1993-1995 è rimasto in vigore fino al 1997, permettendo così la realizzazione di tutti gli obiettivi previsti dal Consiglio di Stato.

In quel documento, presentato nel 1993, si esponevano nei dettagli le basi dell'attività psichiatrica nel Cantone. In particolare si descrivevano le ragioni storiche, scientifiche e sociali che facevano preferire, rispetto alle strutture precedenti, l'integrazione della psichiatria in un unico ente - l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale - coordinata e organizzata sul piano territoriale in **settori**, così come previsto dalla Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) del 1983, entrata in vigore nel 1985.
Inoltre veniva motivato l'intervento psichiatrico volto a **ridurre l'ospedalizzazione**, ossia a curare il paziente nel suo contesto sociale, tenendo conto delle risorse, non solo psichiatriche, esistenti nel territorio.
Questo rapporto (pag. 6) esponeva anche la necessità di prevedere "... *un'assistenza all'utente adeguata alla situazione (art. 6 LASP) compatibilmente con le possibilità finanziarie dello Stato (art. 13 cpv. 2) offerta da strutture pubbliche e private (art. 4 LASP), nel contesto di un piano terapeutico elaborato dall'équipe (art. 34 LASP) e discusso possibilmente di comune accordo con l'utente (art. 37 LASP) in modo tale da salvaguardare i diritti fondamentali di quest'ultimo*".

Il **presente rapporto di pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001**, che si fonda sull'art. 13 della LASP, si articola in quattro parti.
La prima descrive la relazione tra presa a carico psichiatrica in generale, la partecipazione dell'ente pubblico nella psichiatria e gli strumenti operativi sociopsichiatrici alla luce della situazione del nostro Cantone. **La seconda** presenta il resoconto sugli obiettivi 1993-1995/97 che il Consiglio di Stato aveva fissato per i servizi psichiatrici.
La terza espone i principi e i criteri di intervento che negli ultimi anni si sono dimostrati essenziali nel campo sociopsichiatrico. Essi riguardano aspetti legislativi, operativi, di misura della qualità, di politica sanitaria, di rilevanza sociale.
La quarta infine presenta gli obiettivi pianificatori 1998-2001, precisando l'elenco delle misure ritenute necessarie per affrontare lo sviluppo e il diversificarsi dei problemi sociopsichiatrici nel Cantone.

2. PANORAMICA GENERALE SULL'INTERVENTO PSICHIATRICO

Le malattie psichiche possono essere curate in modo sempre più appropriato.
L'introduzione di moderni metodi terapeutici, lo sviluppo di medicamenti antipsicotici e antidepressivi come pure l'utilizzazione di metodi psico-socio-terapeutici e di misure riabilitative, hanno decisamente migliorato l'efficienza e l'efficacia dei trattamenti psichiatrici. Ciononostante le malattie psichiatriche rimangono spesso delle malattie croniche.

In questo la psichiatria non si differenzia dalla medicina interna nella quale predominano sempre più le patologie croniche, cardiache o nefrologiche, i casi di diabete, di ipertonia o reumatismo. Il "paziente ospedaliero lungodegente" lascia sempre più il posto alla figura del "malato cronico ambulatoriale".
I malati che oggi diventano "cronici" rimangono solo eccezionalmente per molto tempo nell'istituzione psichiatrica (ospedale). Spesso infatti vengono dimessi per:

a) essere seguiti a livello ambulatoriale e utilizzare così le strutture intermedie sul territorio (Centri diurni);
b) essere inseriti in strutture alternative (foyer) e specifiche (CARL).

2.1 La presa a carico psichiatrica

La malattia psichiatrica è spesso all'origine di un handicap sociale e psichico. A causa delle conseguenze sociali e dei deficit nelle relazioni interpersonali, molti malati psichici necessitano, al di là delle cure mediche, di offerte terapeutiche differenziate.
Come detto, la psichiatria non è sempre in grado di "guarire" i suoi pazienti, si tratta comunque di un limite comune a tutta la medicina.
La psichiatria può però in molti casi aiutare il malato a svolgere una vita relativamente autonoma nella comunità, libero da sintomi invalidanti.

La psichiatria deve tener conto del fatto che spesso le caratteristiche particolari e le conseguenze psico-sociali delle malattie psichiche non vengono adeguatamente percepite e comprese, causando in molti casi:

- difficoltà di contatto
- diminuzione o perdita delle relazioni sociali con la famiglia e con l'ambiente di vita soprattutto durante una lunga ospedalizzazione
- diminuzione o perdita della capacità ad affrontare la vita di tutti i giorni con le proprie risorse individuali
- perdita duratura o temporanea della capacità lavorativa
- ridotte capacità a chiedere un aiuto adeguato
- rischio di segregazione e isolamento sociale con conseguenti ricadute e riospedalizzazioni
- difficoltà nell'età evolutiva, con una compromissione di tutto l'apprendimento scolastico e linguistico
- mancato inserimento nel mondo del lavoro e conseguente mancata autonomia sociale ed economica.

2.2. L'intervento dello Stato nella salute pubblica

L'esperienza fatta nelle società avanzate dimostra, per quanto riguarda molti campi (fra cui quello sanitario), l'utilità della collaborazione del settore pubblico con quello privato per assicurare delle prestazioni di qualità a tutti, garantendo, nel limite del ragionevole, anche la libera scelta (mediamente in Svizzera l'offerta ospedaliera pubblica corrisponde al 90% circa del totale; in Ticino questa percentuale è del 70%: in psichiatria la pianificazione LAMal prevede il 42% dei letti alla CPC e il rimanente al privato).

Tutti i Cantoni sono dotati di strutture sanitarie complete di tipo pubblico o para-pubblico.
La maggioranza dei Cantoni ha anche degli ambulatori pubblici, annessi agli Ospedali o indipendenti. I servizi pubblici e le strutture private complementari hanno generato stimoli reciproci che hanno permesso di costituire una rete di assistenza efficace.
Questa **collaborazione** in Ticino dovrà essere **ulteriormente rafforzata**.

2.3 La sociopsichiatria come modalità di intervento dell'OSC

La psichiatria, come strumento di intervento medico, ha **tre ambiti essenziali**, che tendono a sovrapporsi e quindi non sono sempre perfettamente distinguibili; a volte quindi occorre trattarli in modo integrato.

Si tratta di:	- ambito sociale	--> sociopsichiatria
	- ambito psicologico	--> psicoterapia
	- ambito biologico	--> farmacologia e ambito comportamentale.

Questa tripartizione tiene conto del fatto che l'uomo è un individuo con una sua **immediatezza biologica**, con un suo carattere e una sua **individualità psichica**, iscritto in una **realtà sociale**. Questi tre piani sono interagenti tra di loro.

La **psichiatria pubblica** privilegia l'**intervento sociopsichiatrico**, ossia un intervento psichiatrico che cerca di capire e di curare le persone psichicamente malate nel loro contesto sociale, migliorandone il grado di integrazione.
La sociopsichiatria esamina la dinamica tra fattori sociali, psicologici e biologici e coinvolge la famiglia, la situazione abitativa e di lavoro nella prevenzione e nella cura dei disturbi psichiatrici.
Le cure sociopsichiatriche sono rivolte a persone con disturbi acuti e cronici di qualsiasi età. Sono soprattutto indicate per le persone limitate nella capacità di vivere autonomamente e che talvolta necessitano di una cura stazionaria o semistazionaria.

La mancanza di un intervento sociopsichiatrico spingerebbe una parte dei malati verso l'emarginazione. Le cure di una rete puramente psichiatrico-psicoterapeutica e farmaco-terapeutica risulterebbero infatti parziali.
I servizi esterni ambulatoriali (ospedale di giorno/notte, consultori, foyers, appartamenti protetti ecc.) **favoriscono l'indipendenza massima delle persone malate e garantiscono un'assistenza adeguata decentralizzata sul territorio**.

Uno scarso aiuto psicosociale potrebbe facilmente ripercuotersi su altri campi, sotto forma di costi di natura diversa: p.es. in un'accresciuta richiesta di pensioni, di assistenza, d'invalidità e di strumenti di sicurezza e di repressione.
Un altro effetto potrebbe essere un aumento del numero dei letti in ospedale psichiatrico, inadatti comunque specialmente per i pazienti cronici. Anche il costoso ricorso alla farmacoterapia a fini di contenimento ne risulterebbe verosimilmente accresciuto.

Pure nel campo della psichiatria dei bambini e degli adolescenti una rete che sia soltanto psichiatrica e psicoterapeutica raggiungerebbe solo una parte dei problemi.
Per i minorenni i metodi sociopsichiatrici sono spesso più efficaci.

3. BILANCIO DELLA PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA 1993-95/97

La pianificazione 1993-95/97 era caratterizzata dalla volontà di realizzare 12 proposte principali che permettessero di organizzare o completare le infrastrutture di base della psichiatria pubblica. Di seguito vengono elencati gli **obiettivi** 1993-1995/97 (con riferimento al documento pianificatorio, pag. 19 segg.) e le **misure adottate**:

1. "*Il territorio del Cantone Ticino è **suddiviso in tre settori:** Mendrisiotto, Luganese, Sopraceneri, a sua volta con servizi nelle regioni di Locarno e Valli e di Bellinzona e Valli.*"

   La suddivisione del Cantone Ticino in tre settori è stata attuata e collaudata.

2. "*L'attività terapeutica dei settori e delle altre strutture o istanze di interesse sociopsichiatrico è **coordinata dai tre Collegi direttivi di settore** (v. art. 9 LASP) corrispondenti alle tre direzioni di settori.*"

   Le tre direzioni di settore si sono valse dei rispettivi Collegi direttivi di settore per coordinare le proprie attività terapeutiche.
   Il Presidente pro tempore del Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) ha svolto il ruolo di medico coordinatore dell'attività medico-terapeutica dell'OSC ed ha rappresentato il corpo medico nei rapporti con la direzione dell'OSC.

3. "*L'effettivo degli operatori delle strutture pubbliche (OSC), attualmente* (1993) *di 502.39 unità (...) suddivise nei Servizi medico-psicologici (SMP) e psico-sociali (SPS), nei Centri psico-educativi (CPE) e nell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) **deve essere ridotto di 25 unità** entro la fine del 1995.*"

   L'effettivo degli operatori OSC è stato diminuito come richiesto di 24.56 (5.05%). Nel 1996 sono state ridotte altre 4,5 unità (1%) in seguito al decreto del Consiglio di Stato (CdS), luglio 1996, di ridurre ulteriormente il personale dello Stato dell'1% entro il 31.12.1996. A queste si aggiungono 6.08 unità di personale invalido trasferite nel contingente gestito dalla Sezione delle risorse umane per tutta l'Amministrazione, per un **totale globale di 35.14 unità**.

4. "*Nell'ambito della psichiatria dei **minori** si evidenzia la necessità: di aprire un ambulatorio (SMP) a tempo parziale nella zona di **Biasca** che dipenda dal SMP di Bellinzona e senza aumento del personale (...); di organizzare, in linea di principio in collaborazione con privati, un **Centro terapeutico per adolescenti** (CTA) per minori di età tra i 12/14 e i 16/18 anni (...) analogo ai CPE per bambini (fino ai 12/14 anni).*"

   Questo obiettivo è stato raggiunto solo parzialmente. L'ambulatorio per minorenni a Biasca, aperto a tempo parziale, è stato realizzato senza aumento di personale; l'attività è garantita, a turno, dagli operatori del SMP di Bellinzona.
   Per quanto riguarda il Centro terapeutico per adolescenti (CTA) invece, malgrado i molteplici contatti non si è giunti ad una collaborazione con dei privati per la mancanza di proposte a carattere medico-specialistico.

5. *"Nel campo della psichiatria dell'**adulto** e dell'**anziano**:*
   *è necessario aprire un ambulatorio (SPS) nella zona di **Biasca** per gli operatori del SPS di Bellinzona che operano in quella regione (...) Non si prevede alcun aumento di personale."*

   L'ambulatorio per adulti e anziani a Biasca, aperto a tempo parziale, è stato realizzato senza aumento di personale; l'attività è garantita, a turno, dagli operatori del SPS di Bellinzona.

6. *"Occorre integrare nell'OSC quattro **Centri diurni** (CD) di Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona, messi a disposizione degli operatori OSC dalla Fondazione Sirio (...). Si tratta di strutture intermedie alternative, a metà strada tra la presa a carico ambulatoriale classica e quella ospedaliera, già riconosciute e sussidiate dall'AI, ma non in base alla LISPI."*

   I quattro Centri diurni di Mendrisio, Lugano, Locarno e Bellinzona sono stati integrati nei servizi dell'OSC e a disposizione dei SPS della rispettiva regione.
   Come in passato sono gestiti dal personale dei SPS, che alterna la sua attività terapeutica tra il servizio e il centro.

7. *"Mancano ancora diversi **appartamenti protetti,** in molti casi un'indispensabile alternativa all'ospedalizzazione (...). Su tutto il territorio cantonale si prevedono 23 appartamenti protetti circa così distribuiti nei Settori: 4-5 per il Settore di Mendrisio, 8 per il Settore di Lugano, 4-5 per la regione di Locarno e 4-5 per la regione di Bellinzona , per un totale di circa 80 letti. Di questi la metà sono già esistenti e organizzati da privati in accordo con l'OSC e sovvenzionati dall'AI, ma non in base alla LISPI."*

   Gli appartamenti protetti, necessari agli utenti ambulatoriali dei vari servizi e il cui numero varia a seconda delle esigenze, sono stati messi a disposizione degli utenti stessi che sottoscrivono un impegno personale di copertura delle spese nel rispetto di un programma riabilitativo sviluppato dal personale sanitario dell'OSC.
   Questa modalità non comporta oneri per l'OSC.

8. *"Per quanto concerne il **lavoro protetto ed occupazionale** nel territorio, per il periodo di pianificazione 1993-95, prima di proporre iniziative nuove, si ritiene opportuno approfondire e migliorare la collaborazione con il Centro al Dragonato di Bellinzona e con la Cooperativa agricola di Gudo.*
   Queste due strutture diurne private devono accogliere anche utenti acuti dei servizi OSC del Sopraceneri, regione poco dotata di strutture per utenti psichiatrici."

   Il Centro al Dragonato e la Cooperativa agricola di Gudo (strutture diurne) collaborano sia con l'OSC sia con altri enti pubblici e privati.
   Attualmente il Centro accoglie annualmente ca. 150 ospiti e la Cooperativa 20.

9. "*Gli utenti dell'ONC saranno **suddivisi in acuti e in cronici stabilizzati** (...). Secondo le indicazioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) l'ONC, in quanto tale, sarà suddiviso in una Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e in un Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) per cronici, quest'ultimo sussidiato dalla Confederazione sia per quanto concerne la gestione corrente che per gli investimenti. La CPC (...) sarà dotata di ca. 200-220 letti e prenderà a carico unicamente utenti psichiatrici acuti. Il CARL (...) si occuperà di ca. 80 utenti cronici dell'ONC e non. Inoltre può organizzare al suo interno un nucleo per giovani adulti psicotici gravi (...).*"

   L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) è stato suddiviso nelle due strutture previste, che hanno iniziato la loro attività autonoma il 1.1.1994.
   La prima, la Clinica psichiatrica cantonale (CPC), con 185 letti; la seconda, il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL), con 100 letti.
   Il collaudo delle nuove strutture sta dando ottimi risultati sia per la nuova dinamicità dovuta alle ridotte dimensioni sia per la maggiore motivazione del personale terapeutico.
   La suddivisione ha anche comportato importanti riduzioni del fabbisogno finanziario a carico dello Stato.

10. "*Le spese di gestione delle strutture OSC (...), oltre a considerare le misure di risparmio decise dal Consiglio di Stato, **non devono aumentare oltre l'incremento dei prezzi al consumo**. Per l'OSC verrà studiata la possibilità di introdurre il principio del 'credito quadro'* (enveloppe budgetaire) *e le relative competenze per un suo efficiente utilizzo.*"

    I risultati ottenuti a livello di uscite lorde e di fabbisogno a carico dello Stato sono andati ben **oltre gli obiettivi indicati** e dal 1994 presentano entrambi una diminuzione (per una presentazione dettagliata si veda pag. 13 segg. e pag. 28 seg.).
    Per quanto riguarda l'introduzione del "credito quadro" si intende attendere il nuovo assetto organizzativo da sviluppare nell'ambito di "Amministrazione 2000".

11. "*Per quanto attiene agli **investimenti per la ristrutturazione** degli immobili necessari alla psichiatria pubblica, si fa riferimento alla perizia effettuata da uno studio di architettura privato, su mandato del Consiglio di Stato e all'aggiornamento della Sezione stabili erariali al 1° gennaio 1993 (...). Il Consiglio di Stato nel PF 1992-95 deciderà, in base alle disponibilità finanziarie dello stato e alle priorità, l'ammontare degli investimenti da riservare alla sociopsichiatria. Per ogni opera verrà presentato al Gran Consiglio uno specifico messaggio.*"

    Il programma di ristrutturazione dei servizi OSC-Casvegno è stato presentato nel dettaglio al Gran Consiglio (GC) con il Messaggio n° 4277 del 6.7.1994 il quale ha accordato un primo credito di fr. 2'619'500 per la progettazione.
    Il Gran Consiglio ha poi dato avvio alla ristrutturazione di Casvegno accordando un credito globale di 60,175 mio. (comprensivi dei 2,62 mio. di progettazione) per il rinnovo di tutti gli stabili, in particolare di quelli destinati ad accogliere gli ospiti del CARL (Messaggio 12 giugno 1996 n. 4541, approvato dal GC l'11.11.1996).

12. "*Per quanto attiene alla pianificazione più in generale, il presente rapporto prevede di **intensificare il lavoro di raccolta e di elaborazione di dati epidemiologici** relativi al Cantone, già in atto dal 1991 presso il Centro di documentazione e ricerca OSC.*"

    Il Centro di documentazione e ricerca (CDR) OSC ha ulteriormente migliorato la raccolta di dati epidemiologici che ora permette una oggettiva valutazione del fenomeno psichiatrico e che risponde alle esigenze previste dalla nuova LAMal. L'OSC collabora con l'autorità competente a livello nazionale per una raccolta ed elaborazione nazionale dei dati in psichiatria.

Altre misure adottate:

Oltre agli obiettivi sopra descritti è stata confermata l'importanza del lavoro svolto dai funzionari dirigenti dell'OSC nell'ambito del **Consiglio di direzione**.
Questo organismo, voluto dalla Direzione OSC e non ufficializzato in precedenza, ha dimostrato la sua utilità nel facilitare il lavoro di gruppo tra il direttore dell'OSC, Presidente, i medici direttori di settore, il direttore CARL, il direttore delle cure infermieristiche e di socioterapia e l'Aggiunto-Vicedirettore.

In sintesi, la psichiatria pubblica del Cantone negli anni '70 si è orientata verso la sociopsichiatria abbandonando la strategia incentrata sugli ospedali (strutture stazionarie) e accentuando gradualmente l'intervento sul territorio.
L'evoluzione quantitativa dell'attività terapeutica OSC (vedi pag. 9) si spiega in quest'ottica.
I servizi ambulatoriali per adulti (SPS) hanno registrato l'aumento più consistente soprattutto a partire dal 1992; la casistica negli ultimi 15 anni è raddoppiata.
Nei servizi minorili (CPE, SMP) si riscontra un leggero aumento del numero di pazienti; le giornate di degenza presso la clinica psichiatrica sono in leggera diminuzione.

L'aumento globale delle persone avute in cura dall'OSC - malgrado l'aumento dell'offerta privata - è dunque dovuto all'aumento della casistica seguita ambulatoriamente.
Un risultato che è da mettere in relazione con gli **obiettivi della psichiatrica sociale già raggiunti** nell'ambito di una **psichiatria organizzata settorialmente**.

E' appunto in questo ambito che, garantendo di fatto una **presa a carico dei pazienti nel proprio ambito sociale** e familiare e nel rispetto della **settorializzazione** (si veda la descrizione a pag. 20) che "lega" con un'assistenza ambulatoriale (SPS) la struttura stazionaria (CPC) a quelle semistazionarie (CD) e agli appartamenti protetti (AP)), è stato possibile raggiungere i seguenti risultati significativi:

- diminuzione importante del numero di letti, da 399 (1990) a 282 (1996), dell'ex ONC, ora suddiviso in CPC e CARL
- diminuzione del 32% della degenza media complessiva, ossia di ben 31 giorni: da 97 a 66 giorni. Per quanto concerne nel dettaglio le due strutture, nel 1996 il soggiorno medio nella CPC è stato di 45 giorni, nel CARL di 318

- aumento dei casi seguiti negli ambulatori (SPS): da 2773 (1990) a 3609 (1996)
- diminuzione contemporanea di 35.14 unità di personale, trasferendo nel frattempo 14 unità infermieristiche nei servizi ambulatoriali
- intensificazione del lavoro tra CPC e CD. In particolare un utilizzo delle strutture semistazionarie del territorio da parte delle équipe della CPC
- riorganizzazione della psicogeriatria acuta e potenziamento della collaborazione con altri enti; da 11'028 ore di consulenza/anno (1990) a 27'426 (1996)
- potenziamento dell'attività di "collegamento" con alcuni ospedali pubblici. In particolare la creazione di un **Servizio di psichiatria e di psicologia medica** (SPPM) che collabora con l'Ospedale regionale di Lugano e il Servizio oncologico cantonale
- collaborazione con il settore privato-sociale per la lotta contro la tossicodipendenza
- interventi regolari dei Servizi medico-psicologici (SMP) nelle scuole del DIC
- consolidamento del servizio di assistenza presso il PCT
- contenimento delle spese di gestione a diminuzione significativa del fabbisogno a carico dello Stato.

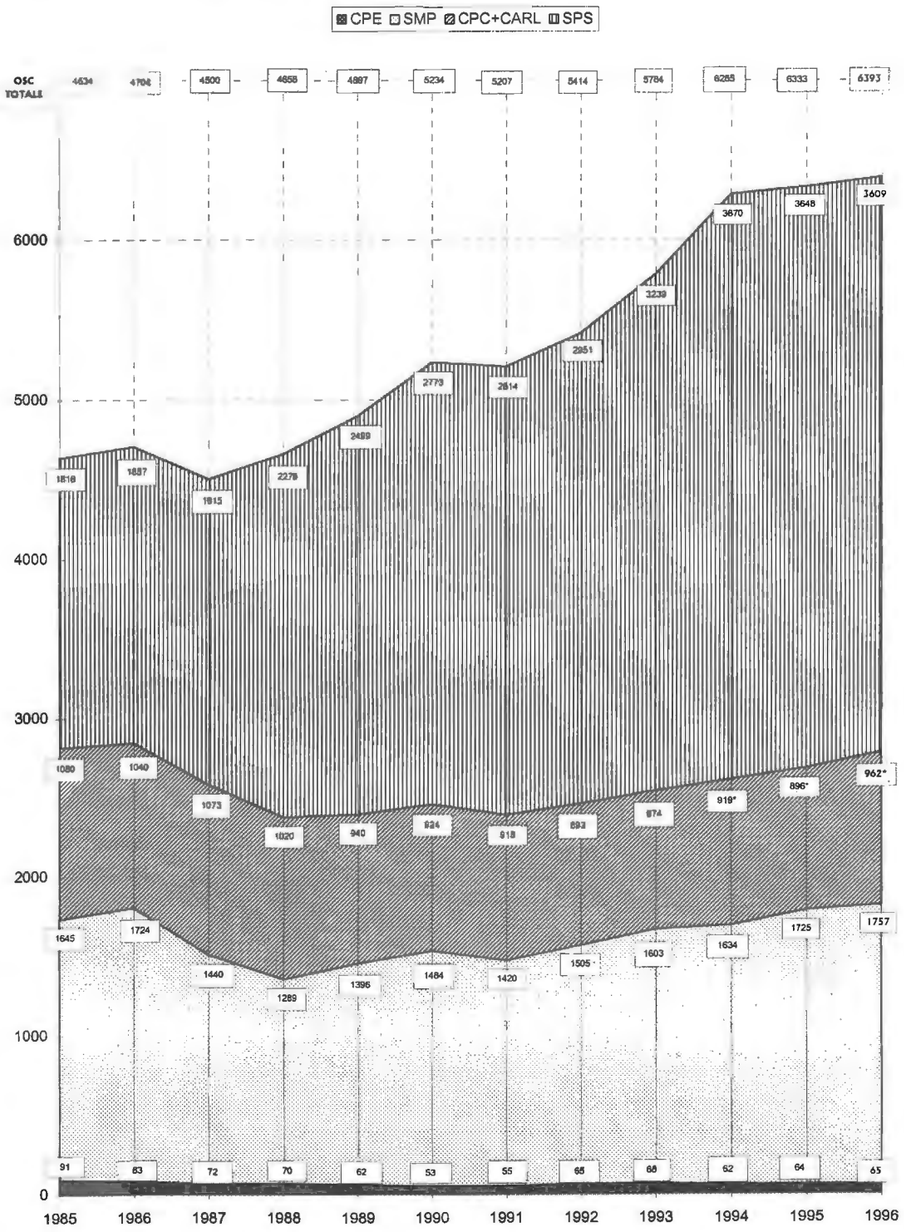
L'approccio sociopsichiatrico e la settorializzazione costituiscono dunque le due premesse fondamentali per permettere alla psichiatria pubblica il perseguimento della qualità delle cure (efficacia) e dei costi minimi (efficienza).

Di seguito vengono ripresi alcuni **dati statistici** che indicano l'**evoluzione della psichiatria pubblica**.

I valori riguardanti i dati di Casvegno (ex ONC) sono suddivisi tra le due nuove strutture (CPC e CARL).

3.1. Evoluzione quantitativa dell'attività terapeutica

OSC: numero utenti avuti in cura



* composto da:		1994	1995	1996
	CPC	814	787**	855**
	CARL	105	109	107
	CPC + CARL	919	896	962

** 13 nel 1995 e 17 nel 1996 sono state sia nella CPC sia nel CARL e registrati solo al CARL

1990-1996
Numero utenti avuti in cura: tasso d'occupazione, degenza, presenza

Casvegno (valori globali) CPC+CARL	Utenti avuti in cura	Giorni degenza	Posti letto	Tasso di occupaz.	Degenza media (*) (giornate)	Nro. utenti: presenza media giornaliera
1990	924	126'667	399	86,97	97	347
1991	918	117'876	382	84,54	93	323
1992	893	106'738	333	87,58	86	292
1993	874	100'170	302	90,87	83	274
1994	919	96'672	294	90,09	73	265
CPC	814	60'172	194	84,98	49	165
CARL	105	36'500	100	100,00	348	100
1995	896	90'591	283	87,70	68	248
CPC	787	56'524	184	84	46	155
CARL	109	34'067	99	94	313	93
1996	962	92'075	282	89,21	66	252
CPC	855	58'079	183	86,71	45	159
CARL	107	33'996	99	93,82	318	93

(*) formula: giornate di degenza/casi avuti in cura
(Dove, utenti = numero di persone ricoverate, casi = numero di ricoveri)

SPS / CD: utenti avuti in cura per servizio - 1990/1996

ANNO	MENDRISIO	LUGANO	LOCARNO	BELLINZONA	TOTALE
1990	739	898(1)	565	571	2'773
1991	513	1'026(2)	626	649	2'814
1992	580	1'027(3)	630	714	2'951
1993	592	1'242(4)	649	756	3'239
1994	609	1'256(5)	774	1'031(7)	3'670
1995	653	1'247(6)	748	1'000(7)	3'648
1996	529	1'277(8)	757	1'046(7)	3'609

(1) di cui 134 utenti al PCT: 898 - 134 = 764
(2) di cui 149 utenti al PCT: 1'026 - 149 = 877
(3) di cui 111 utenti al PCT: 1'027 - 111 = 916
(4) di cui 111 utenti al PCT: 1'242 - 111 = 1'131
(5) di cui 87 utenti al PCT: 1'256 - 87 = 1'169
(6) di cui 80 utenti al PCT: 1'247 - 80 = 1'167
(7) I dati del SPS di Bellinzona comprendono anche quelli dell'ambulatorio a tempo parziale di Biasca
(8) di cui 103 utenti al PCT: 1'277 - 103 = 1'174

SMP: utenti avuti in cura per servizio - 1990/1996

ANNO	COLDRERIO	LUGANO	LOCARNO	BELLINZONA	TOTALE
1990	265	707	228	284	1'484
1991	265	631	220	304	1'420
1992	305	706	223	271	1'505
1993	309	745	236	313	1'603
1994	317	760	229	328*	1'634
1995	380	762	250	333*	1'725
1996	366	737	259	395*	1'757

* I dati del SMP di Bellinzona comprendono anche quelli dell'ambulatorio a tempo parziale di Biasca

CPE: utenti avuti in cura e giornate di presenza per centro - 1990/1996

ANNO	STABIO			LUGANO		LOCARNO		TOTALE	
	numero utenti	di cui in internato	giornate presenza	numero utenti	giornate presenza	numero utenti	giornate presenza	numero utenti	giornate presenza
1990	23	4	2'797	17	2'377	13	1'690	53	6'864
1991	23	4	2'421	22	2'580	10	1'429	55	6'430
1992	24	4	2'738	29	2'452	12	1'541	65	6'731
1993	24	7	2'644	30	3'180	14	1'635	68	7'459
1994	19	7	2'731	28	2'712	15	1'623	62	7'066
1995	23	7	3'071	24	2'350	17	1'739	64	7'160
1996	24	9	2'958	21	20154	20	1'758	65	6'870

SPS / CD: numero di consultazioni per servizio - 1990/1996

Consultazioni	MENDRISIO	LUGANO	LOCARNO	BELLINZONA	TOTALE
1990	8'723	9'502	7'499	7'404	33'128
1991	9'829	12'022	7'002	10'847	39'700
1992	10'380	13'005	7'341	7'614	38'340
1993	12'291	21'956	9'234	8'383	51'864
1994	11'937	20'591	10'906	9'854	53'288
1995	12'203	23'080	9'840	9'897	55'020
1996	10'180	22'263	10'231	10'241	52'915

SMP: numero di consultazioni per servizio - 1990/1996

Consultazioni	MENDRISIO	LUGANO	LOCARNO	BELLINZONA	TOTALE
1990	3'456	8'093	2'351	3'921	17'821
1991	3'168	8'492	2'201	4'603	18'464
1992	3'496	9'804	2'389	4'530	20'219
1993	3'208	9'220	2'554	4'845	19'827
1994	3'833	8'946	3'212	4'441	20'432
1995	4'007	10'013	3'399	4'435	21'854
1996	3'978	9'845	3'761	5'255	22'839

3.2. OSC: effettivo del personale al 1.1.1997

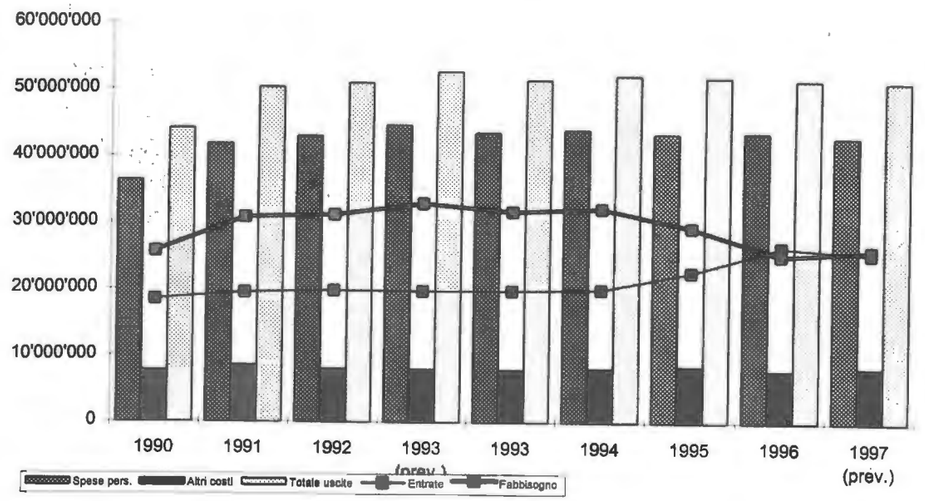
Organizzazione sociopsichiatrica cantonale	UNITA' 1.1.97
Direzione OSC	5.30
Servizio medicina generale (compreso Laboratorio analisi)	4
Centro documentazione e ricerca	4.25
Servizio economato	--
Servizio finanze	4.50
Servizio personale	2
Servizio economato, logistica e sicurezza (compresa ricezione Casvegno)	102.35
Cappellano + suore	7
Attività infermieristiche CPC / Attività educative CARL	151 (95.75/55.25)
Servizio socioterapia CPC	11.87
Laboratori protetti CARL	24.38
Direzione Settore I - Mendrisiotto	2
CPC Settore I - Mendrisiotto	4.50
SPS Settore I - Mendrisiotto	8
SMP Settore I - Mendrisiotto	5.80
CPE Settore I - Mendrisiotto	15.50
Direzione Settore II - Luganese	2
CPC Settore II - Luganese	7
SPS Settore II - Luganese	13.70
SMP Settore II - Luganese	13.20
CPE Settore II - Luganese	10.10
Direzione Settore III (a+b) - Sopraceneri	2
CPC Settore IIIa - Locarnese	2
SPS Settore IIIa - Locarnese	10
SMP Settore IIIa - Locarnese	6
CPE Settore IIIa - Locarnese	8.30
CPC Settore IIIb - Bellinzonese	5
SPS Settore IIIb - Bellinzonese	10
SMP Settore IIIb - Bellinzonese	7
Servizio di psichiatria e di psicologia medica	2.50
TOTALE GENERALE (1993: 486.39 unità)	**451.25**
Mensilità per stages di formazione richiesti da terzi	288

Il Consiglio di Stato, nell'ambito delle misure di risparmio, aveva deciso la riduzione del 5% dell'effettivo di tutti i servizi dell'Amministrazione pubblica entro il 31.12.1995.
L'OSC ha rispettato questo obiettivo diminuendo il suo effettivo di **24.56 unità** (5.05%) e trasferendo amministrativamente **6,08 unità** di invalidi (ex degenti lavoratori) alla Sezione delle risorse umane quale personale ausiliario invalido presso l'Amministrazione.
Durante il 1996 l'OSC ha ridotto ulteriormente il suo effettivo di 4.5 unità, fissandolo a 451.25.

3.3. Evoluzione finanziaria 1990-1997

L'evoluzione finanziaria nel periodo pianificatorio ha evidenziato un sostanziale miglioramento del finanziamento a carico dello Stato. Già con il consuntivo 1993 si è potuto contenere l'esercizio globale, diminuendo di fr. 1'250'000 circa il finanziamento preventivato.
Si è potuto mantenere questo trend positivo anche negli anni successivi, vuoi per il contenimento dei costi vuoi per l'aumento dei sussidi AI dovuto alla separazione CPC- CARL e per l'adeguamento delle tariffe giornaliere di Casvegno.

OSC: evoluzione finanziaria 1990 - 1997

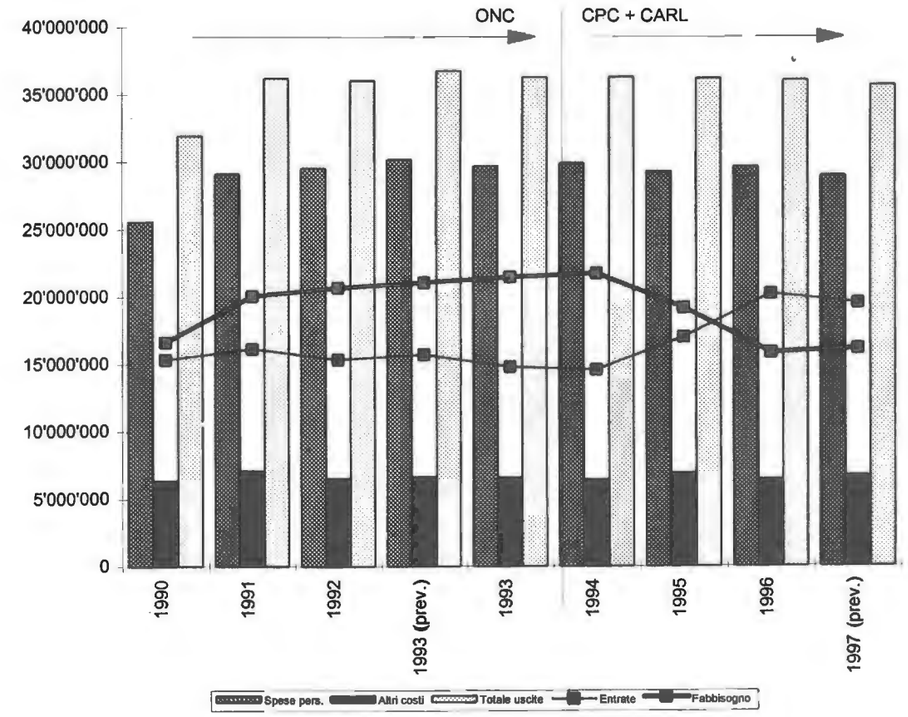


(Fonte: contabilità dello Stato)

	Spese pers.	Altri costi	Totale uscite	Entrate	Fabbisogno
1990	36'376'661	7'772'764	44'149'425	18'477'687	25'671'738
1991	41'796'475	8'509'818	50'306'293	19'496'654	30'809'639
1992	42'990'624	7'999'970	50'990'594	19'808'343	31'182'251
1993 (prev.)	44'691'000	7'970'267	52'661'267	19'731'000	32'930'267
1993	43'545'920	7'896'022	51'441'942	19'753'615	31'688'327
1994	44'008'080	8'135'853	52'143'933	19'967'923	32'176'010
1995	43'442'322	8'471'324	51'913'646	22'600'029	29'313'617
1996	43'646'636	7'866'616	51'513'252	26'383'466	25'129'786
1997 (prev.)	42'945'800	8'336'350	51'282'150	25'419'000	25'863'150

L'ombreggiatura evidenzia i dati pubblicati nella Pianificazione 1993-1995 (pag. 100)

CPC + CARL: evoluzione finanziaria 1990 - 1997

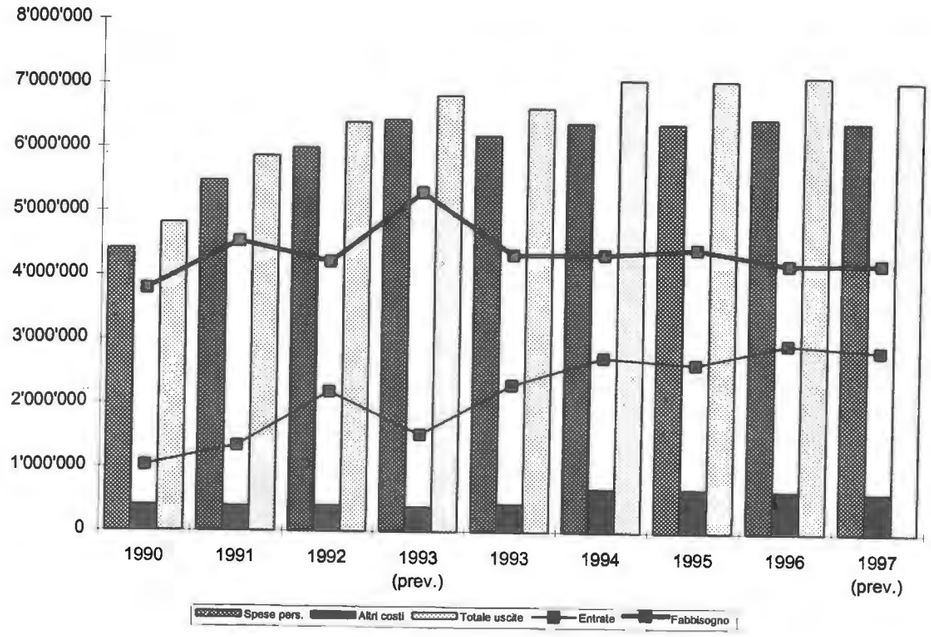


(Fonte: contabilità dello Stato)

	Spese pers.	Altri costi	Totale uscite	Entrate	Fabbisogno
1990	25'571'670	6'339'337	31'911'007	15'297'570	16'613'437
1991	29'096'735	7'074'899	36'171'634	16'123'559	20'048'075
1992	29'498'093	6'501'209	35'999'302	15'327'873	20'671'429
1993 (prev.)	30'129'200	6'599'655	36'728'855	15'686'000	21'042'855
1993	29'647'284	6'575'953	36'223'237	14'777'735	21'445'502
1994	29'857'042	6'415'330	36'272'372	14'553'307	21'719'065
1995	29'253'070	6'906'306	36'159'376	16'989'664	19'169'712
1996	29'601'571	6'424'023	36'025'594	20'198'091	15'827'503
1997 (prev.)	28'931'500	6'701'700	35'633'200	19'513'000	16'120'200

L'ombreggiatura evidenzia i dati pubblicati nella Pianificazione 1993-1995 (pag. 98)

SPS + CD: evoluzione finanziaria 1990 - 1997



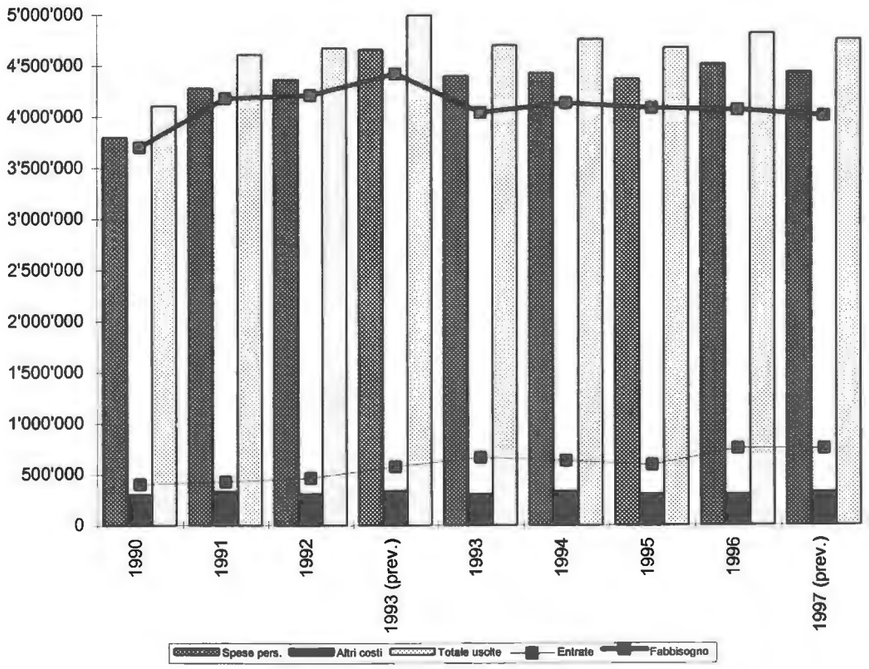
(Fonte: contabilità dello Stato)

	Spese pers.	Altri costi	Totale uscite	Entrate	Fabbisogno
1990	4'412'853	405'490	4'818'343	1'030'274	3'788'069
1991	5'476'498	391'044	5'867'542	1'336'438	4'531'104
1992	5'996'435	403'836	6'400'271	2'185'098	4'215'173
1993 (prev.)	6'440'500	384'013	6'824'513	1'520'000	5'304'513
1993	6'195'049	433'624	6'628'673	2'295'679	4'332'994
1994	6'398'279	680'136	7'078'415	2'735'371	4'343'044
1995	6'391'474	684'597	7'076'071	2'639'081	4'436'990
1996	6'482'198	663'700	7'145'893	2'951'737	4'194'156
1997 (prev.)	6'432'800	639'450	7'072'250	2'855'000	4'217'250

L'ombreggiatura evidenzia i dati pubblicati nella Pianificazione 1993-1995 (pag. 96)

Viene ricordato che, per SPS e SMP, di tutte le figure professionali solo i medici (fr. 90.--), gli psicologi (fr. 36.--) e gli infermieri (fr. 28.--) hanno diritto a fatturare le loro prestazioni. Per i CPE si riceve un sussidio da parte dell'AI.

SMP: evoluzione finanziaria 1990 - 1997

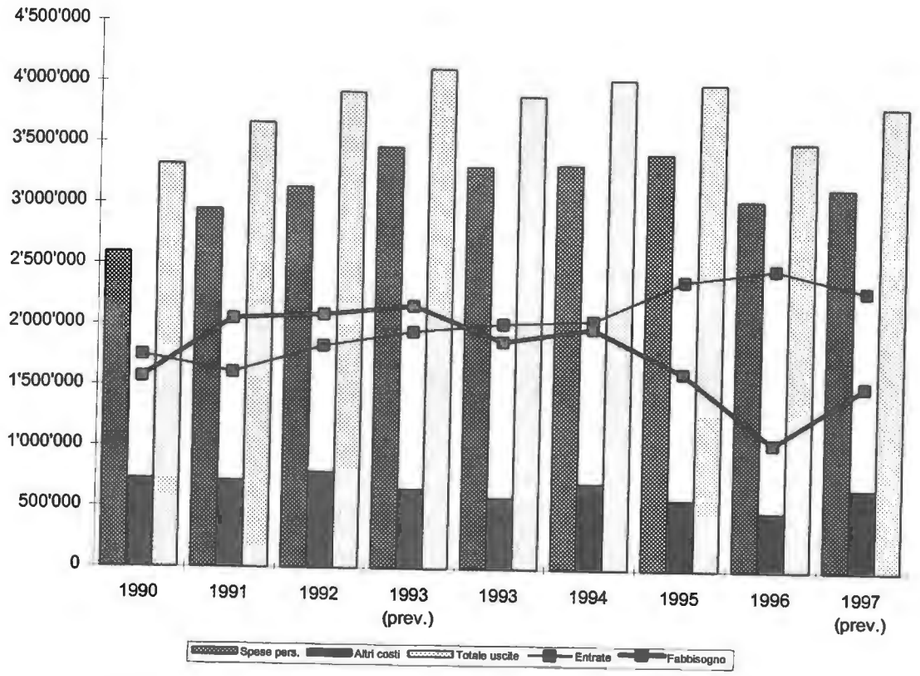


(Fonte: contabilità dello Stato)

	Spese pers.	Altri costi	Totale uscite	Entrate	Fabbisogno
1990	3'800'337	302'737	4'103'074	401'636	3'701'438
1991	4'275'890	330'035	4'605'925	427'914	4'178'011
1992	4'362'966	308'835	4'671'801	464'222	4'207'579
1993 (prev.)	4'655'500	337'968	4'993'468	575'000	4'418'468
1993	4'394'589	303'469	4'698'058	662'568	4'035'490
1994	4'424'630	334'282	4'758'912	629'656	4'129'256
1995	4'370'713	304'356	4'675'069	591'609	4'083'460
1996	4'513'298	301'496	4'814'794	751'255	4'063'539
1997 (prev.)	4'428'600	320'250	4'748'850	745'000	4'003'850

L'ombreggiatura evidenzia i dati pubblicati nella Pianificazione 1993-1995 (pag. 92)

CPE: evoluzione finanziaria: 1990 - 1997



(Fonte: contabilità dello Stato)

	Spese pers.	Altri costi	Totale uscite	Entrate	Fabbisogno
1990	2'591'801	725'200	3'317'001	1'748'207	1'568'794
1991	2'947'352	713'840	3'661'192	1'608'743	2'052'449
1992	3'133'130	786'090	3'919'220	1'831'150	2'088'070
1993 (prev.)	3'465'800	648'631	4'114'431	1'950'000	2'164'431
1993	3'308'998	582'976	3'891'974	2'017'633	1'874'341
1994	3'328'129	706'105	4'034'234	2'049'589	1'984'645
1995	3'427'065	576'065	4'003'130	2'379'675	1'623'455
1996	3'049'574	477'397	3'526'971	2'482'383	1'044'588
1997 (prev.)	3'152'900	674'950	3'827'850	2'306'000	1'521'850

L'ombreggiatura evidenzia i dati pubblicati nella Pianificazione 1993-1995 (pag. 94)

4. ELEMENTI DELLA PIANIFICAZIONE 1998-2001

4.1 Principi pianificatori

Nel Canton Ticino la psichiatria pubblica - per la riforma e la trasformazione delle sue strutture di cura e di riabilitazione - ha quale riferimento il modello della **psichiatria sociale** (v. cap. 2.3, pag. 3).
I concetti fondamentali di natura terapeutica e preventiva legati alla tutela dei diritti dei pazienti e all'efficacia dei servizi che si intendono osservare anche in futuro, sono essenzialmente:

- la nozione di **centralità dell'utente**, per cui gli interventi sono organizzati in base alla situazione medica, psicologica e sociale specifica del paziente.
  Presuppone l'**accessibilità**, la **flessibilità** e la **capacità di adattamento** dei servizi psichiatrici al mutare delle esigenze della popolazione. I servizi devono essere presenti sul territorio (regionalizzazione), essere aperti al pubblico e rispondere ad una comprovata necessità. La differenziazione dell'offerta terapeutica di base che ne deriva è necessaria per garantire il mantenimento dei legami sociali del paziente.

- La **differenziazione del sistema di cura** si fonda su delle ragioni terapeutiche ed economiche. Una cura stazionaria, se non strettamente necessaria, è terapeuticamente meno efficace di un trattamento ambulatoriale o semistazionario.
  La flessibilità per l'ammissione, per il trasferimento e per la dimissione è necessaria per sfruttare al meglio le possibilità di un sistema di cura differenziato e per garantire un trattamento nell'istituzione meno restrittiva della libertà personale dell'utenza.
  Per quanto attiene ai minorenni, viene proposto un intervento specifico che tenga conto delle particolarità dell'età evolutiva e soprattutto del fatto che di solito a questa età molti disturbi sono ancora reversibili. Prevenire la cronicizzazione investendo negli interventi rivolti a bambini e adolescenti, favorisce l'integrazione evitando nel contempo costi più elevati nell'età adulta.

- La **centralità del contesto sociale e familiare** esprime l'intento di coinvolgere tutte le strutture, associazioni e istituzioni esistenti nella comunità e contemporaneamente sottolinea la necessità di promuovere delle "strutture reticolari" come supporto al malato e alla sua famiglia. Il centro dell'intervento psichiatrico viene spostato dalla Clinica psichiatrica cantonale alle strutture territoriali (ambulatoriali e intermedie). L'**integrazione della psichiatria nelle altre discipline mediche** è necessaria per rendere più efficace la cura di pazienti che soffrono contemporaneamente di malattie psichiche e organiche, e per migliorare la cooperazione con le altre discipline mediche.

- La **continuità terapeutica**; questa implica il *coordinamento e la collaborazione* dei servizi sociosanitari tra loro (in particolare tra l'ambito stazionario, semistazionario e ambulatoriale) e con altre istanze sul territorio (servizi comunali, delegazioni tutorie, STCA, antenne, foyers, ospedali generali, cliniche psichiatriche private, psichiatri e psicoterapeuti privati, Spitex).
  Le competenze devono quindi essere chiare e vanno evitati ed eventualmente eliminati i doppioni nelle prese a carico dell'utenza.

La continuità, se necessaria, dev'essere garantita anche sull'arco della vita di una persona, per questo è indispensabile un'integrazione operativa dei servizi che si occupano di minorenni con quelli che si occupano di adulti.

4.2. Principi operativi

Per applicare questi principi generali sono necessari, a livello operativo:
- un'**équipe interdisciplinare** (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, educatori, animatori, docenti ecc.)
- un **intervento sul territorio** che deve essere il momento privilegiato rispetto all'intervento stazionario, in particolare rispetto a quello ospedaliero. Si promuove così un'attività concreta di de-istituzionalizzazione che si esprime attraverso un rapporto diverso con il territorio e le sue risorse. In questo modo la comunità, i servizi e gli esperti psicosociali, i malati e le loro famiglie, non appaiono più come componenti separate.

4.3 Criteri di qualità

La qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni (art. 58 LAMal) nelle cure psichiatriche possono essere valutati in primo luogo riferendosi ai risultati terapeutici ottenuti (miglioramento dei sintomi, accresciuta autonomia del paziente, miglioramento della qualità soggettiva di vita). Tutto quanto serve a questo scopo accresce il livello qualitativo delle prestazioni psichiatriche offerte. L'OSC, tramite il suo Centro di documentazione e ricerca, collabora con H+ Gli ospedali svizzeri (ex VESKA) per definire i criteri di qualità base applicabili in psichiatria.
La qualità delle cure dipende dai seguenti fattori:
- accessibilità ai servizi psichiatrici per tutti coloro che ne fanno richiesta e che hanno bisogno di cure
- professionalità e motivazione degli operatori
- disponibilità e tempo sufficiente per poter rispondere alle esigenze individuali dei pazienti
- coinvolgimento dell'ambiente circostante, familiare e professionale (se auspicato e possibile)
- coinvolgimento del paziente nell'elaborazione del programma terapeutico e riabilitativo.

A loro volta i criteri di adeguatezza professionale e strutturale richiedono:
- una formazione adeguata e continua degli operatori
- un'organizzazione strutturale che garantisca la continuità delle cure (regionalizzazione)
- un management professionale.

Inoltre sono importanti anche le *verifiche* del funzionamento del "sistema OSC":
- verificare in che modo l'OSC, come oggi è concepita, viene vissuta dai pazienti
- verificare in che misura l'OSC dà risultati clinici positivi, dove e a che costo, attraverso una raccolta dati mirata.

4.4 Criteri di organizzazione

La qualità e l'efficacia di un'organizzazione psichiatrica moderna orientata verso la psichiatria sociale sono legate al **concetto di settore psichiatrico**.

La **settorializzazione**, come era già stata pensata nel precedente rapporto di pianificazione (pag. 9), si basa sulla "*... creazione di aree geografiche omogenee (stimate per un conglomerato di circa 60'000-200'000 abitanti, con condizioni di accessibilità, per esempio entro un raggio di 25 Km o l ora con mezzi di trasporto pubblici), dove l'insieme delle istituzioni deve fornire una risposta globale e coerente ai bisogni della popolazione per una presa a carico diversificata, che garantisca l'unità, la continuità e l'integrazione delle cure.*" Ossia, che garantisca, quando è il caso, una cura continua (integrazione tra cura ospedaliera ed ambulatoriale, integrazione delle prese a carico nel corso delle diverse età), una cura unica (che inizi al momento acuto e che termini con la reintegrazione) e una cura integrata (che faciliti una collaborazione armonica tra le diverse istituzioni e i differenti specialisti chiamati ad operare).
Ci vuole quindi un apposito concetto organizzativo, non sarebbe sufficiente un intervento spontaneo basato unicamente sulla buona volontà.
Questa modalità di organizzazione si chiama appunto "settore psichiatrico".
Essa risponde, meglio di altre, alla complessità, alla variabilità sociale e ai nuovi compiti che la psichiatria è oggi chiamata ad affrontare e che tendono a diventare ancora più acuti. Infatti il settore, nella sua definizione più semplice e più riduttiva, prevede l'**unificazione funzionale** di tutti i servizi, stazionari, intermedi ed ambulatoriali.
Ma il "settore" non è una nozione puramente spaziale, ossia non indica semplicemente una migliore distribuzione di servizi sul territorio.
Esso comprende anche **misure organizzative** che implicano la rinuncia all'indipendenza dei singoli servizi per favorire una loro collaborazione nel campo dell'intervento terapeutico-riabilitativo. Il settore mira a non diluire la responsabilità della presa a carico, ossia ad evitare il rimando dei casi difficili ad altre strutture, prevedendo modalità e strutture commisurate ai bisogni e alle risorse (evidenti e latenti) in un determinato territorio.
Il modello del settore psichiatrico è oggi dominante in Svizzera.
Oltre al Ticino, 20 Cantoni hanno elaborato (o stanno elaborando) leggi o regolamenti-quadro nel campo sociopsichiatrico (*Glarona* [1], Grigioni, Giura, *Nidvaldo, Obvaldo*, Svitto, Turgovia, Uri, Zugo, Argovia, Basilea Campagna, Friborgo, San Gallo, Vallese, Vaud, Neuchâtel, Basilea Città, Berna, Ginevra, Zurigo).

4.5 Criteri di politica sanitaria nel campo psichiatrico

Pubblico e privato

E' possibile immaginare 3 scenari principali:

[1] *In corsivo*: in corso di elaborazione o di organizzazione; non ancora approvato dalle Istanze competenti.

1. scenario: la privatizzazione totale
L'intervento nel campo psichiatrico è promosso e gestito nella sua totalità dall'iniziativa privata, secondo le modalità che sono in vigore nel campo della psichiatria privata. Può ingenerare costi molto elevati e, nel contempo, lasciare scoperta una parte della popolazione.

2. scenario: lo Stato come centro dispensatore
Una seconda eventualità propone sostanzialmente una presenza globale dello Stato, a cui può affiancarsi un'offerta privata. Lo Stato crea quindi servizi e strutture, comprese quelle specialistiche, in tutti i campi dove lo ritiene necessario. E' il modello che dominava soprattutto nei Cantoni universitari, come ad esempio a Ginevra e nel Cantone di Vaud con risultati prestigiosi.
Ha un suo senso in particolare in un Cantone universitario dove si accompagna all'insegnamento ed alla ricerca. E' comunque caro per l'Ente pubblico e beneficia in modo ridotto delle risorse del privato.

3. scenario: la soluzione mista
E' quella adottata nel nostro e in altri Cantoni: l'offerta pubblica e l'offerta privata si equivalgono e si completano. In particolare la psichiatria pubblica privilegia un intervento sociopsichiatrico senza tuttavia dimenticare gli aspetti psicologici e quelli farmacologici, mentre la psichiatria privata concentra la sua azione su questi ultimi aspetti.
Il nostro sistema sanitario dal punto di vista tariffale "premia" gli interventi psicoterapeutici classici (terapeuta / paziente), mentre svantaggia le tecniche d'intervento sociopsichiatriche, malgrado la loro sempre più riconosciuta utilità. È quindi ragionevole creare una **complementarità equilibrata delle modalità d'intervento**, che serva a stabilire relazioni di collaborazione adeguate ed una corretta concorrenza.

Il luogo della psichiatria pubblica

La psichiatria pubblica non è una psichiatria per la sola categoria dei cittadini più bisognosi, ossia una psichiatria che si occupa esclusivamente dei casi più difficili, non seguiti dai privati. È invece un **luogo d'intervento polivalente**, che privilegia la modalità sociopsichiatrica, ma che non trascura neppure quella psicoterapeutica e quella farmacologica. Per questa sua poliedricità è anche un luogo di formazione.
La maggior parte dei medici attualmente attivi nella psichiatria privata ha assolto almeno in parte il proprio tirocinio come medico assistente in formazione proprio presso l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.
Nel periodo di formazione il medico impara a lavorare con l'armamentario sociopsichiatrico, che però in seguito non sarà più direttamente a sua disposizione.
Rimane comunque la sensibilità per il lavoro di gruppo e la collaborazione, malgrado il lavoro e l'organizzazione tradizionale della medicina privilegino il rapporto medico-paziente.
Gli strumenti della sociopsichiatria sono inoltre il supporto per la prima scelta nei **casi complessi**, come quelli segnalati dagli ospedali, dalla Magistratura, dalle scuole ecc.
Si tratta dei casi in cui il rapporto esclusivo medico-paziente non è sufficiente per risolvere la situazione, dove occorre un **lavoro pluridisciplinare** su scala più vasta.
Quest'ultimo può essere intrapreso dalla psichiatria pubblica che è appositamente concepita per farlo.

Queste considerazioni sono particolarmente adeguate nel **campo della psichiatria infanto-adolescenziale**.
A questo scopo si usa il lavoro interdisciplinare come strumento privilegiato per rispondere adeguatamente alle esigenze e intervenire in un'ottica preventiva, primaria o secondaria, in collaborazione con altri enti operanti nel settore.

4.6. Elementi che influenzano l'efficacia sociale

Anche il settore della psichiatria sociale ha partecipato e partecipa alla necessaria politica di contenimento dei costi in un momento in cui le risorse ristagnano mentre i bisogni aumentano (anziani, formazione, disoccupazione, assistenza ecc.).
E' necessario però evitare che il contenimento dei costi generi conseguenze indesiderabili, tra cui menzioniamo in particolare le seguenti:

- come per il settore ospedaliero, anche per quello psichiatrico si deve evitare di produrre conseguenze negative sul piano della qualità delle cure. Pensiamo in particolare al peggioramento del rapporto paziente-operatore (meno tempo a disposizione per i pazienti, meno trattamenti "personalizzati", meno offerte psico- e socioterapeutiche). Il controllo burocratico sostituirebbe le cure e i programmi riabilitativi e di integrazione sociale
- il ritorno ad una psichiatria meno terapeutica, più coercitiva e segregante, ossia il collocamento nelle strutture stazionarie a scapito delle offerte terapeutiche ambulatoriali e semistazionarie
- trattamenti più schematici e con maggior impiego di psicofarmaci
- il rischio di diminuzione della professionalità (risparmio nella formazione del personale, sostituzione di personale qualificato con persone meno qualificate ecc.)
- la diminuzione delle prestazioni da parte delle assicurazioni e la **trasposizione dei costi**, ad esempio dalle casse malati all'AI
- la marginalizzazione di molti malati psichici con relativo rischio di risvolti violenti
- il rischio di una psichiatria a due velocità: quella improntata sulla psicoterapia, per le persone che possono essere bene assicurate e quella improntata sulla farmacoterapia per gli altri.
  Una simile separazione sposta semplicemente i costi da quelli causati dalla presa a carico a quelli che poi continueranno per anni, caricati sull'assistenza o sull'AI
- la restrizione dell'operatività dei servizi ambulatoriali, con particolare attenzione ad una parte specifica della popolazione (ex-degenti della CPC, utenti esclusivamente segnalati dalla scuola, dai tutori, dalla polizia e dalla magistratura ecc.).

4.7. Criteri per affrontare i problemi emergenti

La necessità di mantenere alta la qualità delle prestazioni offerte da un lato e l'esigenza di contribuire al contenimento dei costi dall'altra possono favorire le riflessioni necessarie per trovare nuove strategie e per proporre mutamenti innovativi. La separazione dell'ex ONC in CPC e CARL ne è un esempio.

Alla base restano però alcuni punti fissi dei quali va ribadita l'importanza:

- giungere ad una reale integrazione sociale dei pazienti, che non venga semplicemente intesa come operazione di deospedalizzazione, ma che sappia accrescere la loro autonomia grazie anche alle risorse insite nella vita familiare e sociale
- integrare tra loro formazione, sviluppo organizzativo e ricerca valutativa e valorizzarli come processi essenziali di un sistema di lavoro che coinvolga tutti
- superare la divisione verticale dei servizi secondo le fasce d'età
- favorire la conoscenza degli operatori ospedalieri di una realtà esterna molto più complessa
- evitare il rischio di una psichiatrizzazione dall'alto, che viene messa in atto da istituzioni, delegazioni tutorie ecc., e dal basso, ossia quella dei parenti, dei vicini di casa, degli amici, che tendono a delegare sempre più agli esperti psicosociali delle problematiche che finora venivano affrontate e risolte nel tessuto sociale, senza l'aiuto di specialisti.

Per promuovere e realizzare questi obiettivi occorre ripartire correttamente i compiti, secondo le specifiche competenze tra operatori sanitari, operatori sociali e società civile (famiglia, vicini, amici).

La psichiatria pubblica dovrebbe occuparsi anche di problemi a volte poco evidenti, presenti nella popolazione che incidono negativamente sul benessere globale. Problemi in aumento, in parte noti da tempo, in parte alimentati dalla complessità della società, dal sentimento diffuso di insicurezza e precarietà e da nuove realtà sociali (invecchiamento demografico della popolazione, disoccupazione, precarietà).
Ricordiamo:

- gli stati di depressione cronica
- gli stati fobici ed ansiosi
- le situazioni di conflitto cronico sul lavoro
- la riabilitazione sociale dello schizofrenico
- l'aumento dei casi di psicogeriatria
- le problematiche legate alle vecchie e nuove migrazioni
- le conseguenze psichiche della nuova povertà e dei disturbi di adattamento (famiglie monoparentali, disoccupati ecc.)
- le conseguenze psico-sociali dei casi HIV-positivi
- i problemi psichici e sociali legati alla violenza fisica e morale.

4.8. Criteri legati alle Leggi

Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal)

La nuova Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) e le sue 6 ordinanze non permettono ancora una chiara visione del nuovo scenario nel settore sanitario.
Il Consiglio di Stato presenterà nel corso del 1997 la "pianificazione ospedaliera LAMal" di **tutte le strutture sanitarie** intese a coprire il fabbisogno ospedaliero della popolazione ticinese. L'applicazione dei criteri che stanno alla base della "pianificazione ospedaliera LAMal" non dovrebbe comunque creare cambiamenti bruschi, ma permettere la flessibilità necessaria per introdurre nuove norme considerando l'esistente.

La pianificazione LAMal fisserà i seguenti principi:

1. il fabbisogno di letti in rapporto alla popolazione
2. le strutture regionali per quanto riguarda le cure di base
3. la centralizzazione delle prestazioni specialistiche (cantonali e intercantonali).

La pianificazione LAMal stabilirà quindi anche il numero di **letti psichiatrici acuti** - sia pubblici (che dovrebbero passare da 185 a 140) sia privati - necessario per coprire il fabbisogno della popolazione.
Le **strutture psichiatriche private per casi acuti** dovranno contribuire ad assumere una **casistica chiaramente psichiatrica** e dovranno permettere di procedere anche a **ricoveri coatti** in una struttura con spazi adeguati e dotata di direzione e di personale qualificato del quale è garantita la formazione professionale permanente.

Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP)

Un'apposita commissione voluta dal Consiglio di Stato ha lavorato ad un suo adeguamento alla luce dei cambiamenti intervenuti in questi anni: l'istituzione dell'OSC, l'entrata in funzione della nuova Legge sanitaria e i nuovi fenomeni medico-sociali e culturali (tossicodipendenza, AIDS, marginalità, senescenza, difficoltà degli adolescenti, ecc.). In particolare è prevista una migliore rappresentanza all'interno del CPSC della psichiatria privata siccome compito principale del CPSC è proprio la preparazione della pianificazione del settore.
Nella legge si prevede il riconoscimento (o meglio: l'accreditamento) di strutture psichiatriche private come UTR, nell'ambito di un coordinamento tra psichiatria pubblica e privata.
Viene proposto inoltre un rafforzamento dei compiti della Commissione giuridica, della formazione e della ricerca in particolare nel campo epidemiologico.
La nuova versione della Legge accresce l'importanza della riservatezza dei dati nel campo psichiatrico e regola l'ospedalizzazione coattiva, concepita come una situazione provvisoria e reversibile, con maggiore chiarezza. Lo stesso vale per ogni forma di costrizione.
Lo Stato si fa anche carico di un servizio di consulenza "esterno" che serve come assistenza e consulenza a utenti e operatori.
La legge propone inoltre un'attualizzazione dei diritti dei pazienti alla luce della più recente giurisprudenza federale e della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

5. OBIETTIVI DELLA PIANIFICAZIONE 1998-2001

5.1 Psichiatria acuta: numero dei settori, regionalizzazione dei servizi

Nel campo organizzativo si prevede la suddivisione del territorio cantonale non più in tre bensì in **due settori**, entrambi diretti da un medico direttore di settore in collaborazione con il direttore delle cure infermieristiche e di socioterapia.

Si tratta di Sopraceneri e di Sottoceneri, ognuno diviso in due regioni, rispettivamente Bellinzonese e Locarnese, Luganese e Mendrisiotto.
Ognuno di essi avrà la stessa dotazione di UTR semistazionarie ed ambulatoriali, dimensionate tuttavia secondo il numero di abitanti nel rispetto dell'art. 7 cpv. 2 LASP che recita: "*In ogni settore è promossa l'istituzione di UTR commisurate alle esigenze della popolazione, alfine di assistere gli utenti nel loro ambiente sociale e naturale; è favorita la collaborazione con persone e enti di diritto privato*".

La clinica psichiatrica cantonale continuerà a servire l'intera popolazione cantonale. In effetti l'esperienza svolta da anni nel Sopraceneri, ossia di un solo settore diviso in due regioni, ha evidenziato gli effetti favorevoli di questa suddivisione sulla mobilità del personale e sulla complementarità degli strumenti d'intervento. Se uno strumento viene a mancare in una regione, può essere supplito da quello dell'altra regione del medesimo settore. Nella prospettiva di una regionalizzazione della presa a carico si prevede anche la **collaborazione con strutture private**, riconosciute nell'ambito della pianificazione dei letti acuti psichiatrici (pianificazione LAMal).
Per questo scopo sarà comunque determinante che il privato sia in grado di offrire le strutture necessarie, di occuparsi di tutta la casistica OSC e di gestirla secondo criteri di **psichiatria acuta**, con modalità di collaborazione sociopsichiatrica con i servizi esterni, assumendo anche una quota di pazienti in classe comune.

5.2 Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)

Dopo il positivo collaudo iniziale del CARL si **conferma il suo modello** di presa a carico in un contesto **demedicalizzato** e la sua origine di luogo nel quale garantire delle condizioni di vita dignitose a tutta la casistica dei **cronici stabilizzati** che attualmente abita Casvegno, in alternativa a trasferimenti in altre strutture sul territorio che, oltre a risultare di difficile attuazione, sarebbero vissuti da questa utenza come uno sradicamento da un ambiente identificato come la propria casa.
Conclusa questa prima fase, il CARL **continuerà il suo programma di inserimento**, dando ospitalità a quella fascia di popolazione, relativamente giovane sia d'età che di presenza istituzionale, il cui rientro nel territorio di provenienza, oltre che essere molto problematico, risulta molto difficile in quanto il disagio da essi provocato nel contesto sociale nel quale hanno vissuto creerebbe dei meccanismi di rifiuto tali da accentuare fenomeni di isolamento e di emarginazione.
Al momento in cui verranno portati a termine i lavori di ristrutturazione previsti dal messaggio n. 4541 approvato dal Gran Consiglio (dove si prevede un adeguamento della capacità ricettiva del CARL), sarà pure data risposta alle aspettative provenienti dalle strutture territoriali (appartamenti individuali e protetti, foyer, case anziani ecc.) le quali sono oggi chiamate a gestire situazioni limite che non sempre sono clinicamente compatibili con gli obiettivi, gli scopi e l'impostazione terapeutica di questi luoghi.
Situazioni che, nonostante la consulenza e il sostegno di cui esse beneficiano anche da parte dell'OSC, manifestano tutta una serie di comportamenti che producono disagi anche importanti al contesto nel quale sono inserite, sia per le dinamiche che determinano sia per le difficoltà di porvi rimedio. Il CARL si propone anche come luogo confacente per dare ulteriori risposte a quella nuova cronicità che inevitabilmente la problematica e il disagio psichico producono, indipendentemente dalla rete degli interventi prevista dal modello settoriale.

5.3 Reparto intersettoriale di psicogeriatria acuta

Considerato l'invecchiamento della popolazione, si devono elaborare delle strategie d'intervento nel campo psicogeriatrico, che includano un concetto basato su un minimo di ospedalizzazioni. L'OSC, oltre a strutturare un **servizio psicogeriatrico** con un reparto specifico nella CPC, deve prevedere una presa a carico ambulatoriale e coordinare ancora di più gli interventi presso le case per anziani.

5.4. Ristrutturazione dell'area di Casvegno

Nel 1997 sono iniziati a Casvegno i lavori di ristrutturazione e di ammodernamento delle strutture, che si protrarranno per 7-10 anni. Verranno realizzati in 3 tappe e lo stato di avanzamento dei lavori sarà comunicato annualmente al Parlamento con l'indicazione circa il rispetto del piano finanziario di riferimento.

5.5 Centro terapeutico per adolescenti (CTA)

Compatibilmente con la disponibilità finanziaria si intende realizzare un Centro terapeutico medicalizzato per adolescenti (ragazzi di età tra i 12/14 e i 16/18 anni) in collaborazione con privati, oppure un CTA semiambulatoriale con Foyer aggiuntivo e la possibilità di **collocazione provvisoria** dei casi agitati **in CPC** in condizioni logistiche adeguate.

5.6 CPE unico per Bellinzonese e Locarnese

L'esistenza di un Centro psico-educativo unico (per bambini fra i 3 e i 12 anni) nella regione di Bellinzona e Locarno e Valli è sufficiente, purché abbia la **possibilità di internato** simile a quello già esistente a Stabio. E' pertanto previsto il **trasferimento del CPE di Minusio** in una zona più centrale del settore Sopraceneri. Non sono previsti aumenti di personale rispetto all'effettivo OSC 1997 per le attività dell'internato.

5.7 CPE di Lugano

Il Centro psico-educativo di Lugano deve trovare una **nuova sede** adatta alla sua funzione. L'Ufficio logistica dell'Amministrazione cantonale sta valutando una soluzione in affitto presso terzi.
Nel prossimo periodo pianificatorio occorrerà valutare la possibilità di integrare questo istituto con quello di Stabio.

5.8 Centro diurno di Locarno

Il Centro diurno di Locarno necessita di una sede adeguata che permetta una razionale gestione del tempo, degli operatori e degli interventi.

5.9 Servizi psicosociali e medico-psicologici di Lugano e Bellinzona

I servizi di Lugano dovranno trovare, in tempi brevi, una nuova sede più razionale che permetta un risparmio di risorse. I servizi di Bellinzona dovranno essere ampliati o trasferiti in una nuova sede per rispondere con efficienza alle esigenze dell'utenza.

5.10 Coordinamento CPC

Un medico attualmente Direttore di settore, avrà sede di lavoro presso la Clinica e ne sarà il responsabile medico, salvaguardando prioritariamente le esigenze del settore. Presiederà il collegio medico assumendo nel contempo la responsabilità della ricerca in campo medico e della formazione.

5.11 Foyer terapeutico / appartamenti protetti / lavoro protetto

E' particolarmente sentita la necessità di una struttura che possa ospitare i **pazienti dimessi** dalla CPC o in difficoltà particolari e che **non sono in grado di inserirsi** in modo definitivo nella società senza un adeguato sostegno. Questa esigenza è richiamata anche dalla Commissione giuridica LASP. Per colmare questa lacuna si farà riferimento, con apposite convenzioni, a **strutture private** (sussidiate dall'AI/LISPI) già esistenti nel territorio, che, con un adeguamento minimo, possono dare una risposta positiva a questa richiesta.

5.12 Reparto privato e semiprivato

Anche per i servizi pubblici, in particolare per i reparti della CPC attualmente con camere comuni da 1 a 4 letti, è prevista una suddivisione in tre classi, come contemplato dalla convenzione con la FTAM: la **classe comune, la semiprivata e la privata.** Di ciò si è tenuto conto nei progetti di ristrutturazione degli edifici di Casvegno.
Va tuttavia ribadita la priorità di garantire anche in futuro l'utilizzazione di camere singole in classe comune in base allo stato psichico del paziente.

5.13 Ricerca sulla qualità delle cure

Qualità, efficacia ed efficienza
Per quanto riguarda la valutazione della qualità delle cure ambulatoriali, semi-ambulatoriali e cliniche, e dell'efficacia e efficienza dei servizi, si applicheranno i criteri riconosciuti a livello nazionale e previsti anche dalla LAMal (art. 58).
Il CDR dell'OSC ha come compito principale lo sviluppo degli strumenti per una promozione e garanzia della qualità delle cure dell'OSC e di eventuali altre UTR private riconosciute. Contemporaneamente verrà elaborata una "concezione delle cure per pazienti psichiatrici, che serva da punto di riferimento operativo. Verranno definite norme generali e specifiche, la mobilità professionale del personale compatibilmente con la formazione e l'importanza del rispetto della libertà dell'utente e della sua reintegrazione sociale.

5.14 Coordinamento della formazione

Formazione post-accademica

La formazione post-accademica dei medici già oggi riconosciuta ai massimi livelli previsti dalla FMH (cat. A1) e dallo Stato (per psicologi e psicoterapeuti) dev'essere organizzata secondo i criteri di un **istituto di psichiatria e psicoterapia**.

Per i medici essa verrà organizzata nel rispetto dei nuovi criteri stabiliti dalla FMH. Per gli psicologi clinici e psicoterapeuti verranno seguite le normative cantonali e le esigenze scientifiche specifiche delle due categorie.

La formazione, aperta anche ad operatori di altre strutture pubbliche e private, sarà garantita, come finora, nel rispetto della disponibilità finanziaria stabilita dal preventivo annuale OSC.

Formazione continua del personale

A seguito dei nuovi criteri di formazione infermieristica CRS, per 3-4 anni non si avrà più personale infermieristico specializzato in psichiatria.

Sarà dunque necessario **garantire una formazione pratica in psichiatria** all'interno dell'OSC per infermieri di livello 2.

Per altre figure professionali all'interno dell'OSC, le esigenze di formazione verranno soddisfatte in collaborazione con istituzioni nazionali e cantonali, affidando la specificità di alcune esigenze dell'OSC agli appositi corsi interni.

5.15 Contenimento dei costi di gestione

Anche nei prossimi anni si continuerà con una gestione finanziaria accorta, tendente a contenere i costi entro i limiti fissati dalle linee direttive e dal piano finanziario dello Stato.

I risultati d'esercizio del periodo 1992-1999 sono presentati nella tabella alla pagina seguente.

In particolare si osserva che l'evoluzione finanziaria dell'OSC dal 1992 al 1996 ha fatto registrare un'importante e positiva evoluzione. Mentre il costo della vita negli ultimi 5 anni è aumentato del 6.8%, i costi globali dell'OSC, ossia di tutti i servizi, sono aumentati solo dell'1%.

I ricavi correnti hanno registrato un incremento del 33.2% (fra cui i sussidi AI per la nuova struttura CARL) e il disavanzo a carico dello stato si è ridotto di conseguenza del 15.4%.

Nel 1992 i salari rappresentavano l'85% dei costi totali (50.9 Mio); nel 1996 questo rapporto è rimasto costante.

OSC: EVOLUZIONE FINANZIARIA 1992 - 1999

(Fonte: contabilità dello Stato)

		1992	1993		1994			1995			1996	1997	1998	1999
		consuntivo	preventivo	consuntivo	piano fin. senza misure riorganizzat.	piano fin. con misure riorganizzat.	consuntivo	piano fin. senza misure riorganizzat.	piano fin. con misure riorganizzat.	consuntivo	consuntivo	preventivo	piano fin.	piano fin.
30	Spese per il personale	43'193'590	44'945'000	43'757'401	47'192'250	46'393'801	44'195'689	49'551'862	47'663'073	43'614'313	43'806'946	43'161'800	43'854'979	44'559'290
31	Spese per beni e servizi	4'755'659	4'914'000	4'961'758	5'110'560	5'170'560	4'653'826	5'314'983	5'377'384	4'890'773	4'730'063	4'918'650	4'967'836	5'017'514
33	Ammortamenti (crediti inesig.)	2'460	7'500	10'867	12'500	12'500	42'173	7'500	7'500	5'551	2'375	10'000	10'000	10'000
39	Addebiti interni	3'039'885	2'794'767	2'711'916	2'906'558	2'906'557	3'252'245	3'022'820	3'022'820	3'403'009	2'973'868	3'191'700	3'223'617	3'255'853
3	**Totale spese correnti**	50'990'594	52'661'267	51'441'942	55'221'868	54'483'418	52'143'933	57'897'165	56'275'777	51'913'646	51'513'252	51'282'150	52'056'432	52'842'657
42	Redditi della sostanza (affitti)	123'000	163'000	123'000	169'520	169'520	123'000	176'301	176'301	122'000	147'830	163'000	163'000	163'000
43	Tariffe e vendite	17'007'464	17'093'000	16'623'025	17'660'040	18'110'040	17'179'258	18'246'679	18'714'679	16'354'328	19'849'466	19'536'000	19'731'360	19'928'674
46	Contributi per spese correnti	2'677'879	2'475'000	3'007'590	2'574'000	3'574'000	2'665'665	2'676'960	3'716'960	6'123'701	6'386'170	5'720'000	5'777'200	5'834'972
4	**Totale ricavi correnti**	19'808'343	19'731'000	19'753'615	20'403'560	21'853'560	19'967'923	21'099'940	22'607'940	22'600'029	26'383'466	25'419'000	25'671'560	25'926'646
	FABBISOGNO	-31'182'251	-32'930'267	-31'688'327	-34'818'308	-32'629'858	-32'176'010	-36'797'225	-33'667'837	-29'313'617	-25'129'786	-25'863'150	-26'384'872	-26'916'011

L'ombreggiatura della colonna evidenzia i dati già pubblicati nella Pianificazione 1993-1995

AUMENTO PERCENTUALE (%)		1992	1993		1994			1995			1996	1997	1998	1999
		consuntivo		consuntivo			consuntivo			consuntivo	consuntivo	preventivo	piano fin.	piano fin.
3	**Totale spese correnti**	100.0		100.9			102.3			101.8	101.0	100.6	102.1	103.6
4	**Totale ricavi correnti**	100.0		99.7			100.8			114.1	133.2	128.3	129.6	130.9
	FABBISOGNO	100.0		101.6			103.2			94.0	80.6	82.9	84.6	86.3
	Indice prezzi al consumo	100.0		103.3			104.2			106.0	106.8	107.9*	109.0*	110.1*

(1992 = 100; fonte: Ufficio statistica. Primo anno considerato nella prima pianificazione)

* (dal 1997 si è considerato il rincaro medio annuo del 1% stabilito nel "Rapporto al Gran Consiglio sul I° aggiornamento delle Linee Direttive e del Piano Finanziario 1996-1999 (ottobre 1996)" - pag. 44)

Nella Pianificazione sociopsichiatrica 1993-1995 (pag. 20 lett. h) si dice: "Le spese di gestione ... non devono aumentare oltre l'incremento dei prezzi al consumo".

Nella tabella sopra riportata si evidenzia come l'indice dei prezzi al consumo sia aumentato e aumenterà, dal 1992 al 1999, da 100 a 110.1 punti, mentre le spese dell'OSC sono globalmente

5.16 Regolamento LASP

Saranno elaborati dei criteri specifici per il **riconoscimento come UTR** di istituzioni private che praticano la psichiatria acuta. Le istituzioni da accreditare dovranno disporre di uno specifico piano di intervento e, a seconda delle loro funzioni, di una costruzione adeguata e di un numero sufficiente di persone qualificate.

5.17 Collaborazione con la psichiatria privata

La collaborazione tra l'OSC e le altre strutture psichiatriche private potrà essere promossa specialmente per:

- centri di alta specializzazione
- insegnamento e supervisione per l'OSC e per la formazione FMH
- rapporti di collaborazione con medici psichiatri specialisti
- ricerche epidemiologiche, in particolare per le istituzioni cliniche
- l'elaborazione del concetto delle cure.

5.18 Collaborazione con l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

Si conferma quanto concordato nel 1993 e più precisamente:
"Per il momento, per quanto riguarda la psichiatria acuta, si è concordato con l'EOC che presso i reparti degli ospedali dell'EOC saranno assunte le urgenze e le malattie psichiatriche che non necessitano un intervento ambientale inconciliabile con la logistica dell'ospedale.
Nei reparti di medicina quindi è possibile, in accordo con i primari di medicina, ospedalizzare 1-2 utenti in situazione di crisi per i quali non è auspicabile l'immediato collocamento in una struttura più adeguata.
In questi casi il medico-psichiatra dell'OSC o privato garantisce la necessaria consultazione al paziente e/o la consulenza agli operatori dell'ospedale se non fosse stabilito diversamente.
L'OSC si impegna a collaborare con l'EOC nella misura in cui quest'ultimo lo riterrà opportuno, per la definizione e la successiva attuazione sperimentale d'un modello di medicina d'urgenza, che tenga conto anche delle urgenze psichiatriche."

Nel quadro dell'attività di consulenza psichiatrica e della **psichiatria di "liaison"** (con particolare riferimento al sostegno del personale curante confrontato con problematiche emotivamente difficili da sopportare), l'OSC collabora con l'EOC nell'ambito di un modello di medicina psicosociale attento ai bisogni di utenti e personale sanitario, integrato con i servizi dei settori (SMP e SPS), proporzionato alle risorse attuali, flessibile e aperto a sviluppi futuri.

A tal proposito è stata rinnovata la collaborazione tra EOC e OSC ed è stato creato un **Servizio di psichiatria e di psicologia medica**, che la risposta al fabbisogno psichiatrico-psicologico dell'Ospedale regionale di Lugano (ORL) e del servizio oncologico cantonale ed assicura un servizio di picchetto per le urgenze. E' inoltre in atto uno specifico corso di formazione sulla comunicazione medico-paziente a favore dell'ORL: in futuro si pensa di estendere queste prestazioni anche ad altri istituti.

Per quanto attiene al Sopraceneri, oltre alla collaborazione con l'Ospedale regionale di Locarno (dal 1987, anche per le urgenze), di Cevio e di Faido, l'OSC si apre a nuove forme di collaborazione istituzionali e non.
Un'ulteriore collaborazione è prevista tra l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio e la CPC di Casvegno, così come tra i servizi generali dei due istituti.
Per quanto concerne il pediatra ospedaliero, esso può rivolgersi al SMP del settore di competenza per avere una consulenza pedopsichiatrica e/o psicologica per bambini (adolescenti) ospedalizzati.
Il Servizio medico-psicologico può ricorrere al reparto di pediatria per esami medici approfonditi, complementari all'osservazione diagnostica pedopsichiatrica.
Per ulteriori interventi nel campo, sarà utile un'adeguata ripartizione di compiti e di risorse tra OSC ed EOC.

5.19 Penitenziario Cantonale Ticinese (PCT)

Si conferma la validità del testo della precedente pianificazione che viene integralmente ripresa, specialmente se considerata nel nuovo progetto di ristrutturazione del PCT.
"La persona incarcerata che presenta una patologia psichiatrica conserva il diritto di essere assistita e curata.
L'intervento terapeutico deve tuttavia svilupparsi all'interno dei limiti posti dalla sicurezza e dalla protezione della società.
La nuova prospettata riorganizzazione dell'assistenza sociopsichiatrica al detenuto deve quindi tener conto di questi due aspetti del problema e realizzarsi senza portare pregiudizi né a una parte né all'altra.
In modo schematico il nuovo modello si articola attorno ai seguenti principi:

- *l'assistenza psichiatrica al PCT viene assicurata dall'OSC, che agisce in tal modo in qualità di consulente;*
- *il trattamento e le cure psichiatriche dispensate all'interno del PCT sono di esclusiva competenza dell'OSC. La sua azione sarà limitata unicamente dalle esigenze di sicurezza e di ordine interno imposte dalla normativa in vigore in materia di esecuzione delle pene e misure;*
- *l'OSC è responsabile di fornire il personale terapeutico necessario, in particolare designa il medico responsabile che a sua volta costituirà l'équipe di lavoro (infermiere, psicologo, ecc.);*
- *l'OSC interviene in PCT per assicurare l'assistenza alle persone che ne faranno esplicita richiesta oppure che vengono segnalate dal medico internista, dalla Direzione o dagli altri servizi operanti in PCT.*

La presente organizzazione dell'assistenza psichiatrica in PCT ha il pregio di dividere chiaramente le due funzioni di sicurezza e di trattamento favorendo il rapporto tra il terapeuta, che venendo dall'esterno non è direttamente assimilabile alla struttura repressiva, e il carcerato.
D'altra parte l'intervento dell'équipe dell'OSC permette una corretta selezione dei casi già in ambito penitenziario, evidenziando in modo chiaro coloro che soffrono di patologie tali da rendere necessario (quando è tecnicamente possibile) un ricovero in ospedale psichiatrico. L'OSC comunque prende a carico nelle sue strutture i condannati di cui all'art. 43 e 44 CPS."

5.20 Istituzioni ambulatoriali e cliniche per tossicomani

L'OSC si occupa di disintossicazione acuta di tossicomani malati di mente e di prese a carico psichiatriche. Il coordinamento delle misure sociali ed educative rimane però compito delle Antenne. Collabora alla prevenzione e all'informazione.

5.21 Case anziani, aspetti psicogeriatrici non OSC

La realizzazione delle Case anziani polivalenti e medicalizzate ha permesso la presa a carico dei casi non aventi la pertinenza psichiatrica ospedaliera. In questo campo si prevede un'**intensificazione della consulenza OSC** concernente le diagnosi e gli interventi terapeutici in luogo.

5.22 Spitex

Con la realizzazione del programma Spitex si completerà l'assistenza medico-infermieristica nel Cantone. L'OSC oltre a garantire il suo intervento specialistico potrà collaborare anche alla **formazione del personale**, per quanto attiene agli aspetti sociopsichiatrici.

5.23 Child Abused and Neglected Teams (CAN-Teams)

E' garantita la **collaborazione** nei cosiddetti CAN-Teams aventi lo scopo di immediata accoglienza ed intervento su segnalazione dei casi sospetti di abuso sessuale o di maltrattamento infantile di altra natura.

5.24 Gruppi Pediatria/Ostetricia/Psichiatria (POP)

E' garantita la **collaborazione** con i Gruppi POP (comprendenti specialisti di pediatria, di ostetricia e di psichiatria), che hanno lo scopo di intervenire tempestivamente nei confronti di partorienti e recenti madri a maggior rischio di scompenso psichico e sociale.

5.25 Aiuto alle vittime

L'OSC ha previsto presso 4 servizi ambulatoriali (SPS e SMP) almeno 2 operatori disponibili 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno per interventi urgenti dovuti ad eventi gravi che necessitano della presenza di nostri specialisti. Il coordinamento e la richiesta di intervento sono decisi dal delegato alle vittime.

5.26 Collaborazione con altre istituzioni

Gruppo di lavoro "salute e disoccupazione"
Dipartimento dell'Istruzione e della cultura (DIC)
Servizio ticinese di cura dell'alcolismo (STCA)
Magistratura
Ufficio del tutore ufficiale
Istituti AI, Istituti che fanno riferimento alla Legge sull'integrazione socio-professionale degli invalidi (LISPI)

In base alle risorse disponibili continuerà la collaborazione e la supervisione dell'OSC a favore di questi istituti. Sono in atto altre forme di collaborazione che andranno ulteriormente approfondite ed eventualmente istituzionalizzate, specialmente per quanto riguarda il *Centro al Dragonato di Bellinzona*, che per la casistica presa in esame e per l'organizzazione della sua équipe interdisciplinare, garantisce un'importante attività di presa a carico e di riabilitazione di ospiti attraverso l'occupazione e svolge un compito rilevante nell'ambito della prevenzione a favore di utenti adulti e adolescenti.

6. CONCLUSIONE

L'evoluzione dei costumi, le difficoltà economiche, l'incertezza del futuro favoriscono lo sviluppo di nuovi problemi psicologici e psichiatrici, che si aggiungono a quelli già conosciuti nel passato.
La presente pianificazione sociopsichiatrica ha una duplice funzione.
Espone quello che è avvenuto e che si è fatto: è un momento di bilancio e di riflessione su quello che si è concluso. D'altro canto, in base a esperienze, rilevazioni e all'attività professionale, formula una prima valutazione dei problemi emergenti, con proposte concrete e realistiche per affrontarli.

Più precisamente la pianificazione 1998-2001 prevede:

- il passaggio da 3 a 2 settori (pag. 24, pto 5.1);
- il trasferimento di un direttore di settore nella CPC in qualità di medico responsabile (pag. 27, pto 5.10);
- la diminuzione di 45 letti acuti e l'adeguamento dei letti per il CARL (pag. 24);
- la creazione di un reparto di psicogeriatria che funzioni anche da supporto alle case per anziani (pag. 26, pto 5.3);
- la creazione di un Centro terapeutico per adolescenti (pag. 26, pto 5.5);
- l'introduzione di un credito quadro annuale al quale fare riferimento per contenere sempre più i costi di gestione dell'OSC (pag. 28, pto 5.15);
- la continuazione dei lavori di ristrutturazione di Casvegno, Mendrisio (pag. 26, pto 5.4);
- il trasferimento del CPE di Minusio in una sede più centrale per l'intero settore del Sopraceneri (pag. 26; pto 5.6);
- nuove sedi per CPE Lugano, SPS e SMP Lugano e Bellinzona, CD Locarno (pagg. 26-27, pti 5.7, 5.8, 5.9);
- la creazione di un foyer per pazienti dimessi (pag. 27, pto 5.11);
- la creazione di camere private e semiprivate alla CPC (pag. 27, pto 5.12);
- l'incremento della ricerca e della formazione (pag. 28, pto 5.14);
- ulteriore consolidamento della collaborazione con l'EOC e il PCT e diversi altri servizi del Cantone (pagG. 31-33, pti 5.18-5.26).

Si ha comunque la consapevolezza che l'intervento della psichiatria nella società non è solo un atto tecnico bensì è un atto che ha una valenza etica dovuta al fatto che tocca, in modo particolare, i diritti delle persone nella loro sfera più intima.

ALLEGATO ALLA

PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 1998-2001

Valutazione dell'evoluzione sociopsichiatrica 1991-1996

CONSIGLIO DI STATO - Dipartimento delle opere sociali

Mendrisio, gennaio 1998

INDICE

		Pag.
1.	**PREMESSA**	**1**
1.1	Il registro dei casi	1
1.2	Centri partecipanti alla statistica psichiatrica OSC e svolgimento della raccolta dati	2
2.	**EVOLUZIONE GENERALE DELLA CASISTICA OSC**	**3**
2.1	Tendenze generali	3
3.	**I SERVIZI PSICOSOCIALI (SPS)**	**6**
3.1	Presa a carico e consulenze	6
3.2	Flussi: segnalazioni e invii	8
3.3	Alcune caratteristiche degli utilizzatori dei servizi psico-sociali	13
4.	**I SERVIZI MEDICO-PSICOLOGICI (SMP)**	**15**
4.1	Presa a carico e consulenze	15
4.2	Flussi: segnalazioni e invii	17
4.3	Alcune caratteristiche degli utilizzatori dei servizi medico-psicologici	22
5.	**LA CLINICA PSICHIATRICA CANTONALE (CPC) E IL CENTRO ABITATIVO, RICREATIVO E DI LAVORO (CARL)**	**24**
5.1	Premessa	24
5.2	Numero di pazienti	25
5.3	CPC: tendenze 1995-1996	28
5.4	Flussi: segnalazioni e invii	31
5.5	Alcune caratteristiche della casistica CPC	33
5.6	CARL: tendenze 1995-1996	35
6.	**CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**	**36**
6.1	Premessa	36
6.2	La morbilità psichiatrica nella popolazione generale secondo alcuni recenti studi	37
6.3	Alcune indicazioni relative allo stato di salute psichica in Ticino e in Svizzera	39

6.4 Stime sulla morbilità psichiatrica in Ticino 41
6.5 Considerazioni conclusive 42

APPENDICE **45**

1. EX ONC: tendenze 1991-1994 46
2. Flussi: segnalazioni e invii 49
3. Alcune caratteristiche della casistica ex ONC 51

1. PREMESSA

Le informazioni presentate riguardano la casistica che fa capo alle strutture dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.
Con lo sviluppo dei servizi territoriali a partire dagli anni '60 e la differenziazione delle modalità di presa a carico dei pazienti rispetto ai trattamenti psichiatrici fino ad allora prevalentemente ospedalieri, è emersa la necessità per la psichiatria pubblica di dotarsi di strumenti conoscitivi più allargati a riguardo della popolazione a cui si rivolge, a quella che vi fa effettivamente ricorso e quindi all'impatto relativo alle proprie strutture.

Per fare ciò è necessario disporre di una serie di informazioni differenziate.
Uno dei metodi comunemente usato è il **registro psichiatrico dei casi**: esso è probabilmente il miglior strumento per l'indagine epidemiologica concernente gli utilizzatori dei servizi psichiatrici e per il monitoraggio delle modalità di utilizzazione dei servizi stessi.
Il registro dei casi, con alcune variazioni in funzione degli obiettivi, si è diffuso in Olanda, in Germania, in Inghilterra, negli Stati Uniti, in Svezia, in Norvegia, in Grecia e in Italia.
In Svizzera esso é attualmente applicato nelle strutture psichiatriche di alcuni Cantoni, ed é allo studio in altri.

1.1. Il registro dei casi

Si tratta di uno strumento di raccolta di dati definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1983) come *"una registrazione longitudinale di contatti con una serie definita di servizi psichiatrici, centrata sul paziente e facente riferimento ad una popolazione definita"*.
Il registro dei casi prevede la compilazione di una scheda in forma anonima per ogni singolo paziente che ha avuto contatti con i servizi psichiatrici di una data area da parte degli operatori dei servizi in cui il sistema è stato adottato. Le informazioni raccolte comprendono alcune notizie sociodemografiche e cliniche concernenti il paziente e, nel caso della valutazione dei servizi, comunicazioni riguardo alle modalità di utilizzazione degli stessi.

Si ottengono così delle statistiche riferite sia alle singole istituzioni sia alle persone che vi fanno capo, che possono essere espresse sotto forma di tassi relativi ad una popolazione generale geograficamente definita.
Alcuni vantaggi del sistema del registro psichiatrico dei casi sono i seguenti:

- il paziente non viene conteggiato più volte in statistiche diverse come succede quando ogni istituzione raccoglie e pubblica indipendentemente i suoi dati;
- le informazioni possono essere riferite ai dati della popolazione generale dell'area coperta dal registro dei casi, ed è così possibile il calcolo di tassi specifici che permettono confronti con le statistiche di altre istituzioni;
- dato che il sistema prevede una raccolta di dati cumulativa nel tempo, è possibile seguire percorsi e flussi di pazienti all'interno del circuito delle istituzioni psichiatriche interessate;
- il registro dei casi costituisce la base di riferimento per altre ricerche più specifiche.

Nel 1991 è stata introdotta la raccolta sistematica dei dati dell'OSC promossa e coordinata dal Centro documentazione e ricerca OSC.

L'obiettivo specifico di questa raccolta di dati è di offrire un quadro di informazioni trasversali e longitudinali sugli aspetti seguenti:

- la morbilità di tutte le persone che si indirizzano alle diverse strutture e sedi dell'OSC e le sue variazioni;
- la frequenza ed il peso relativo di alcune caratteristiche sociali e cliniche delle persone esaminate (caratteristiche sociodemografiche, occupazione, struttura familiare, assistenza ed invalidità, precedenti psichiatrici, tutela o curatela, persone o enti segnalanti, motivo dell'invio);
- alcune modalità di utilizzo dei servizi: tempo della prima presa a carico o ricovero, durata della presa a carico o ricovero, proposte, modalità di presa in carico, frequenza delle prestazioni effettuate presso i servizi, collocamenti, interventi/terapie effettuate, post-cura dopo ricovero in ospedale, destinazione del paziente all'uscita dell'ospedale;
- i circuiti di cura dei pazienti attraverso le diverse strutture esaminate;
- la penetrazione dei diversi servizi nel loro territorio di competenza e le collaborazioni instaurate con gli enti e gli specialisti che vi operano (segnalanti, consultazioni ad altri enti pubblici e privati, invii);
- il confronto tra l'utilizzazione dei diversi servizi sociopsichiatrici dell'OSC, e con servizi di altri Cantoni o esteri che hanno adottato analoghi registri di casi.

Questa statistica psichiatrica produce pertanto le informazioni indispensabili per la riflessione riguardo all'adeguamento delle strutture esistenti in termini di programmazione.

1.2. Centri partecipanti alla statistica psichiatrica OSC e svolgimento della raccolta dati

Vi partecipano le strutture che fanno capo all'OSC, ossia tutte le strutture della psichiatria pubblica ticinese:

- l'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) di Mendrisio, che dal 1994 é stato suddiviso in Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) e in Centro Abitativo Ricreativo e del Lavoro (CARL);
- i 4 servizi psico-sociali per adulti (SPS) situati a Mendrisio, Lugano, Bellinzona, Locarno;
- i 4 servizi medico-psicologici per minori (SMP) situati a Coldrerio, Lugano, Bellinzona, Locarno;
- i 3 centri psico-educativi (CPE) situati a Stabio, Lugano, Minusio.

Le informazioni da raccogliere sono contenute in schede di entrata e decorso per gli SMP e SPS e di entrata, dimissione e decorso per l'ONC e successivamente per CPC e CARL. Le schede vengono compilate dai medici, psicologi e altri operatori e inviate al Centro documentazione e ricerca dove le relative informazioni vengono controllate ed elaborate.

La raccolta dei dati deve essere accurata e comprensiva di tutti gli elementi che é necessario richiedere e di tutti i pazienti che accedono alle strutture.

Questa raccolta avviene con la collaborazione dei medici responsabili e di altri operatori riguardo alle informazioni da ottenere e ai diversi criteri di definizione, viene effettuato un controllo di qualità dei dati e un doppio controllo dell'input, e dunque può dirsi corretta nella sua impostazione tecnica.
E' inoltre garantita la protezione dei dati personali.
I risultati vengono presentati annualmente attraverso la pubblicazione dei "Quaderni" specifici.

2. EVOLUZIONE GENERALE DELLA CASISTICA OSC

2.1. Tendenze generali

I soggetti che si sono rivolti alle strutture della psichiatria pubblica sono **globalmente in aumento** negli ultimi anni, sia in cifre assolute sia in percentuali riferite alla popolazione residente in Ticino. Sommando gli utenti che si sono rivolti a ciascuna struttura dell'OSC risulta che

nel 1994 gli utenti erano 6285, nel 1995 6333 e nel 1996 6393.

E' possibile però che una persona nel corso di un anno si sia rivolta a più di una struttura OSC, per cui, se consideriamo le persone che si sono rivolte almeno una volta a una struttura OSC emerge che **nel 1994 gli utenti erano 5803, nel 1995 5846 e nel 1996 5896.**

L'aumento, fino al 1995, era dato dall'incremento di casi visti presso i **servizi ambulatoriali**, in particolare quelli per adulti (SPS), che hanno registrato l'**aumento più consistente** soprattutto dal 1992 al 1994. Si tratta di una tendenza costante che ha visto le persone che si rivolgono ai servizi psico-sociali più che raddoppiare negli ultimi quindici anni (1980: 1792 soggetti, 1990: 2773, 1994: 3670, 1995: 3648, 1996: 3609), con aumenti assai diversi nei quattro servizi.
Si riscontra un aumento anche nei servizi minorili, ma meno marcato e soprattutto relativo agli ultimi anni (1980: 1552 soggetti, 1990: 1484 soggetti, 1994: 1634 soggetti, 1995: 1725, 1996: 1757) (v. pag. 4, tab. 1 e relativi grafici).

I pazienti dei servizi psico-sociali sono numericamente più del doppio di quelli dei servizi minorili, ciò è normale dato che questi ultimi si rivolgono potenzialmente ad una popolazione meno numerosa, cioè prevalentemente a quella minorenne residente in Ticino.

Ai servizi per minorenni (SMP) si rivolge invece la percentuale più elevata di soggetti rispetto alle fasce d'età a cui queste strutture si indirizzano (22.8 minorenni su 1000 minorenni residenti in Ticino contro 14.4 adulti su 1000 adulti degli SPS): questo dato può essere in parte spiegato con la scarsità di specialisti privati attivi in psichiatria infantile in Ticino (v. tab. 1b).

L'ospedale psichiatrico, dopo anni di diminuzione, é quasi stabile (con rialzo nel 1996) riguardo al numero di persone che vi sono state ricoverate e alla percentuale sulla popolazione residente (1985: 1080 soggetti, 1990: 924, 1994: 919, 1995: Casvegno 896 soggetti, CPC 800 / CARL 109, di cui 13 conteggiati in CPC e CARL, 1996: Casvegno 962 soggetti, CPC 872 / CARL 107, di cui 17 conteggiati in CPC e CARL).

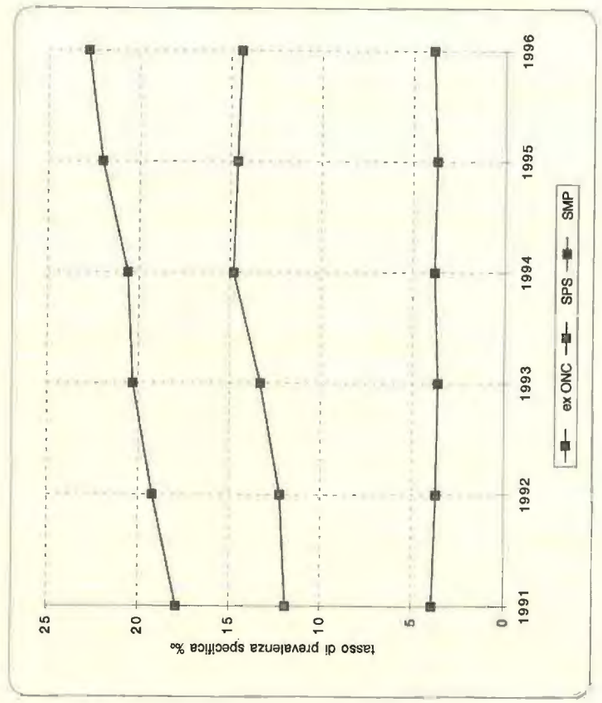
Queste tendenze si riscontrano in forma più o meno accentuata nella maggior parte dei paesi occidentali, e sono dovute, in linea generale, ad una serie di concause conosciute (nuovi concetti terapeutici in psichiatria, miglioramento delle farmacoterapie, tendenze delle politiche sanitarie generali), che hanno portato ad una **diminuzione della durata delle degenze e ad un potenziamento degli interventi esterni all'ospedale**. Situazioni più specifiche saranno rilevate dall'analisi delle tendenze relative alle singole strutture.

Tab. 1b ex ONC-SPS-SMP: prevalenza specifica ogni 1000 abitanti della fascia di popolazione 1991/1996

$$\text{prevalenza specifica} = \frac{\text{numero persone avute in cura per età}}{\text{fascia di popolazione (ONC e SPS: adulti; SMP: minori)}} \times 1000$$

‰	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ex ONC	3,9	3,7	3,6	3,8	3,7	3,9
SPS	11,9	12,2	13,3	14,8	14,6	14,4
SMP	17,9	19,2	20,3	20,6	22	22,8

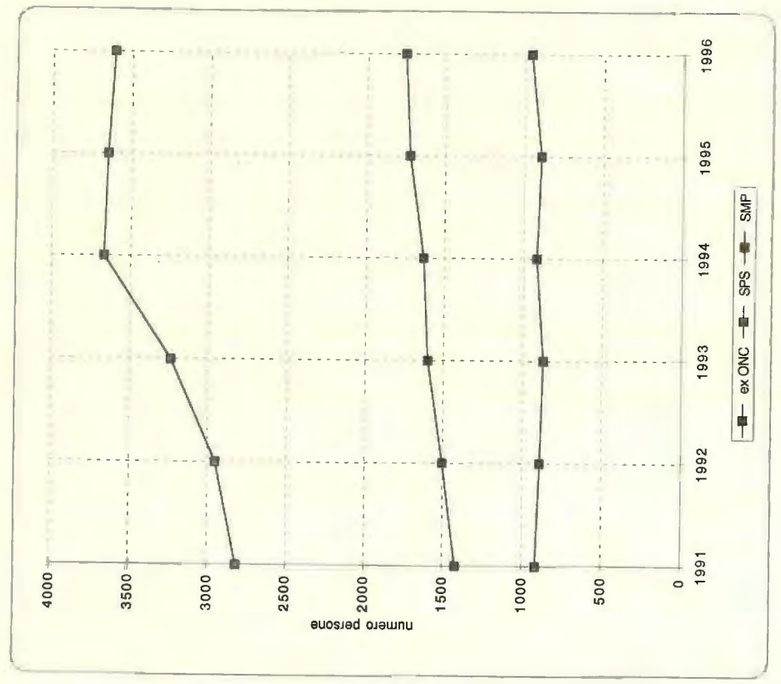
Va tenuto presente che il tasso menzionato si riferisce alla popolazione residente in Ticino, maggiore di 19 anni per ex-ONC e SPS, e minore o uguale a 19 anni per SMP.



Tab. 1

Tab. 1a ex ONC-SPS-SMP: numero di pazienti visti 1991/1996

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ex ONC	918	893	874	919	896	962
SPS	2814	2951	3239	3670	3648	3609
SMP	1420	1505	1603	1634	1725	1757



3. I SERVIZI PSICOSOCIALI (SPS)

3.1. Presa a carico e consulenze

Per quanto riguarda i servizi pubblici di psichiatria ambulatoriale per adulti si riscontra la situazione seguente (tra gli adulti consideriamo le classi di età dai 20 anni in avanti):

nel 1996, 3'609 persone hanno avuto almeno un contatto con gli SPS, di cui 3535 adulti, pertanto 14.4 adulti ogni 1000 residenti adulti

Si riscontrano differenze da un servizio all'altro nel numero di pazienti (v. pagina seguente tab. 2 e grafici): essi rappresentano rispettivamente 13.0 adulti su 1000 residenti adulti nel Mendrisiotto, 13.0 nel Luganese, 15.2 nel Locarnese e Valli e 18.6 nel Bellinzonese.
Le differenze si spiegano con la diversità numerica dei residenti nelle singole regioni e con la diversa presenza di psichiatri privati sul territorio.

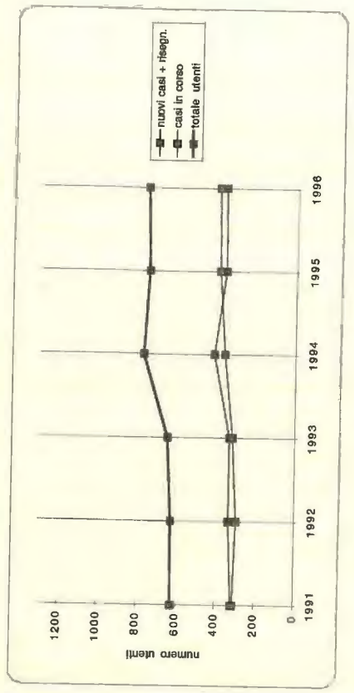
Il servizio di Bellinzona (tab. 2d) (1046 casi nel 1996), ha registrato un aumento consistente tra il 1993 e il 1994, dovuto soprattutto all'aumento dei casi in corso; ciò traduce una politica del servizio dovuta a ragioni intrinseche al servizio (tipo di modello di intervento) o estrinseche (meno specialisti sul territorio, meno consulenze in altre strutture).
Nel 1995 e 1996 si è registrata una tendenza costante.

Il servizio di Lugano (tab. 2b) (1277 pazienti nel 1996) presenta un aumento di più di 200 casi tra il '92 ed il '93, dovuto essenzialmente a nuovi casi (il servizio di Lugano presenta nettamente il maggior numero di casi nuovi in rapporto a quelli in corso dall'anno precedente); questo servizio copre dal 1992 le consulenze psichiatriche negli ospedali regionali dell'EOC, attività che spiega in gran parte questo aumento.
Nel 1996 la tendenza manifestata negli anni precedenti è rimasta costante.

Gli altri due servizi di Locarno (757 casi, tab. 2c) e Mendrisio (529 casi, tab. 2a), mostrano una leggera priorità numerica dei casi già seguiti rispetto ai nuovi casi. Da segnalare che nel 1996 Mendrisio è l'unico servizio il cui totale dei pazienti è diminuito.

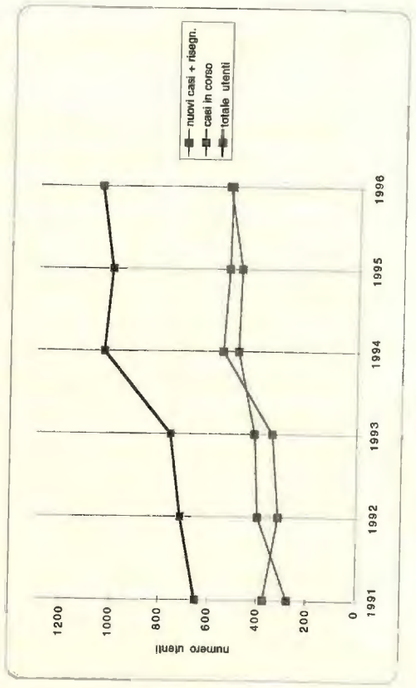
Tab. 2c

SPS Locarno	1991	1992	1993	1994	1995	1996
nuovi casi + risegn.	317	335	333	414	358	362
casi in corso	309	295	316	360	390	395
totale utenti	626	630	649	774	748	757



Tab. 2d

SPS Bellinzona	1991	1992	1993	1994	1995	1996
nuovi casi + risegn.	276	398	414	485	475	528
casi in corso	373	316	342	546	525	518
totale utenti	649	714	756	1031	1000	1046

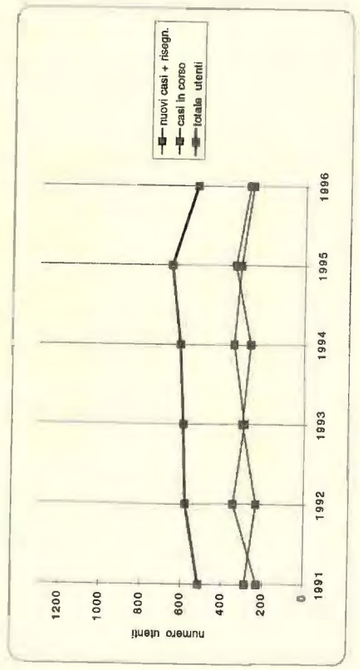


Tab. 2

SPS: numero utenti per servizio 1991/1996

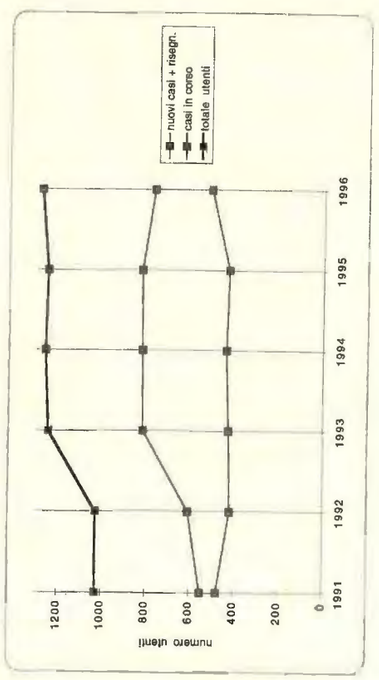
Tab. 2a

SPS Mendrisio	1991	1992	1993	1994	1995	1996
nuovi casi + risegn.	227	345	291	345	313	257
casi in corso	286	235	301	264	340	272
totale utenti	513	580	592	609	653	529



Tab. 2b

SPS Lugano	1991	1992	1993	1994	1995	1996
nuovi casi + risegn.	550	609	816	818	821	768
casi in corso	476	418	426	438	426	509
totale utenti	1026	1027	1242	1256	1247	1277



3.2. Flussi: segnalazioni e invii

Tradizionalmente i pazienti dei Servizi psico-sociali erano costituiti per la maggior parte da persone che si autosegnalavano e da pazienti dimessi dalla CPC e inviate ai servizi per essere seguiti ambulatoriamente. Attualmente invece i pazienti SPS che nella loro vita erano già stati ricoverati in ospedale psichiatrico sono circa un quarto del totale e nel 1996 solo il 12.4% vi proveniva direttamente.

Soprattutto a partire dal 1992 la casistica dei servizi è dunque in parte cambiata, come si può osservare dall'andamento concernente le segnalazioni (tab. 4): sono diminuiti i pazienti provenienti dalla CPC e aumentati i casi per i quali è richiesto un intervento da parte dei **medici degli ospedali generali per pazienti degenti e dei medici dei pronto soccorso** (costante tuttavia nel 1995 e nel 1996).

Questo aumento generale é dovuto soprattutto al tipo di attività del servizio di Lugano (tab. 5), in cui le segnalazioni da parte degli ospedali generali sono passate negli ultimi anni dal 21.3%, al 35.4%, al 28.4% del globale delle segnalazioni del servizio.

Le segnalazioni da parte di **medici privati non psichiatri** sono aumentate, soprattutto a Bellinzona ma anche a Lugano (tab. 6) e per i servizi di Mendrisio e Bellinzona sono più frequenti (tranne nel 1996) di quelle da parte di ospedali, contrariamente a quanto avviene a Lugano, probabilmente anche a causa della presenza importante di psichiatri privati in quest'ultima regione. Gli invii di psichiatri, psicologi e psicoterapeuti privati (tab. 7) non rappresentano più del 5% per ogni servizio e sono anch'essi costanti.

La particolarità della politica di servizio svolta a Lugano si traduce anche in una consistente attività di consulenza[1], tale per cui quasi la metà dei pazienti visti da questo servizio nel 1996 lo é stato sulla base di una richiesta di consultazione. Lo stesso motivo dell'invio, come emerge nella tabella che segue (tab. 3), é frequente anche al servizio di Locarno con 43.7% delle richieste. Il servizio di Bellinzona si distingue per una relativamente intensa attività peritale (18% delle richieste nel 1994, costante nel 1995 e nel 1996 attorno all'11%).

Tab. 3

Motivo invio 1996	SPS Mendrisio		SPS Lugano		SPS Locarno		SPS Bellinzona	
Consulenza	185	35%	621	48.7%	331	43.7%	289	27.6%
Presa in carico	331	62.5%	626	49%	385	50.9	631	60.3%
Perizia	4	0.8%	17	13%	32	4.2%	123	11.8%
Altro	3	0.6%	8	0.6%	7	0.9%	-	-
Dati mancanti	6	1.1%	5	0.4%	2	0.3%	3	0.3%
Totale motivi	**529**	**100%**	**1277**	**100%**	**757**	**100%**	**1046**	**100%**

Proposte	SPS Mendrisio		SPS Lugano		SPS Locarno		SPS Bellinzona	
Consulenza	94	17.8%	347	27.2%	214	28.3%	170	16.2%
Presa in carico	394	74.4%	812	63.6%	459	60.6%	730	69.7%
Perizia	3	0.6%	16	1.3%	31	4.1%	115	11%
Segnalato ad altri	7	1.3%	40	3.1%	12	1.6%	10	1%
Ricovero in CPC	22	4.2%	40	3.1%	32	4.2%	11	1.1%
Altro	4	0.8%	18	1.4%	8	1.1%	2	0.2%
Dati mancanti	5	0.9%	4	0.3%	1	0.1%	8	0.8%
Totali	**529**	**100%**	**1277**	**100%**	**757**	**100%**	**1046**	**100%**

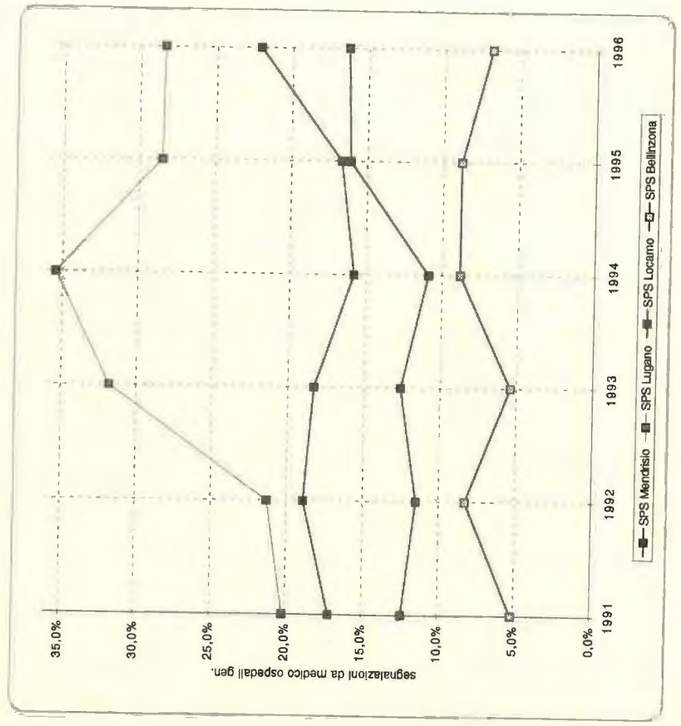
1 Per "consulenze" si intendono le consultazioni, effettuate in sede o all'esterno, di pazienti inviati da altri professionisti o enti per una valutazione clinica a cui può seguire o meno una presa in carico.

Tab. 5

SPS: segnalazioni da medico ospedali generali per servizio 1991/1996
(Le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni di ciascun servizio)

	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
SPS Mendrisio	43	12.4%	70	11.5%	76	12.6%	70	10.9%	113	16.1%	94	16.3%
SPS Lugano	208	20.2%	226	21.3%	394	31.8%	455	35.4%	372	28.5%	381	28.4%
SPS Locarno	113	17.2%	125	18.9%	118	18.3%	130	15.8%	133	15.7%	179	22.1%
SPS Bellinzona	36	5.2%	63	8.3%	44	5.4%	103	8.8%	104	8.8%	80	6.9%

Grafico disegnato in base alle percentuali

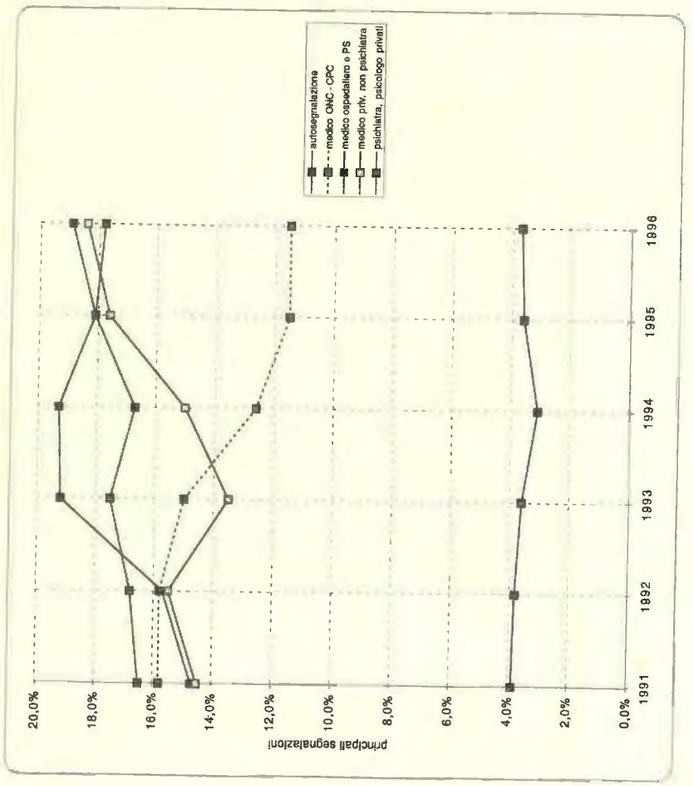


Tab. 4

SPS: principali segnalazioni 1991/1996
(Sono possibili più segnalazioni per persona; le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni)

	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
autosegnalazione	448	16.5%	518	16.8%	578	17.5%	657	16.7%	720	18.1%	690	17.8%
medico ONC - CPC	430	15.8%	491	15.8%	495	15.0%	493	12.6%	460	11.5%	446	11.5%
medico ospedaliero e PS	400	14.7%	484	15.7%	632	19.2%	758	19.3%	722	18.1%	734	18.9%
medico priv. non psichiatra	397	14.5%	480	15.5%	445	13.5%	588	15.0%	701	17.6%	714	18.4%
psichiatra, psicologo privati (...)	106	3.9%	118	3.8%	118	3.6%	122	3.1%	142	3.6%	145	3.7%
totale segnalazioni	2722	100%	3091	100%	3305	100%	3923	100%	3981	100%	3886	100%

Grafico disegnato in base alle percentuali

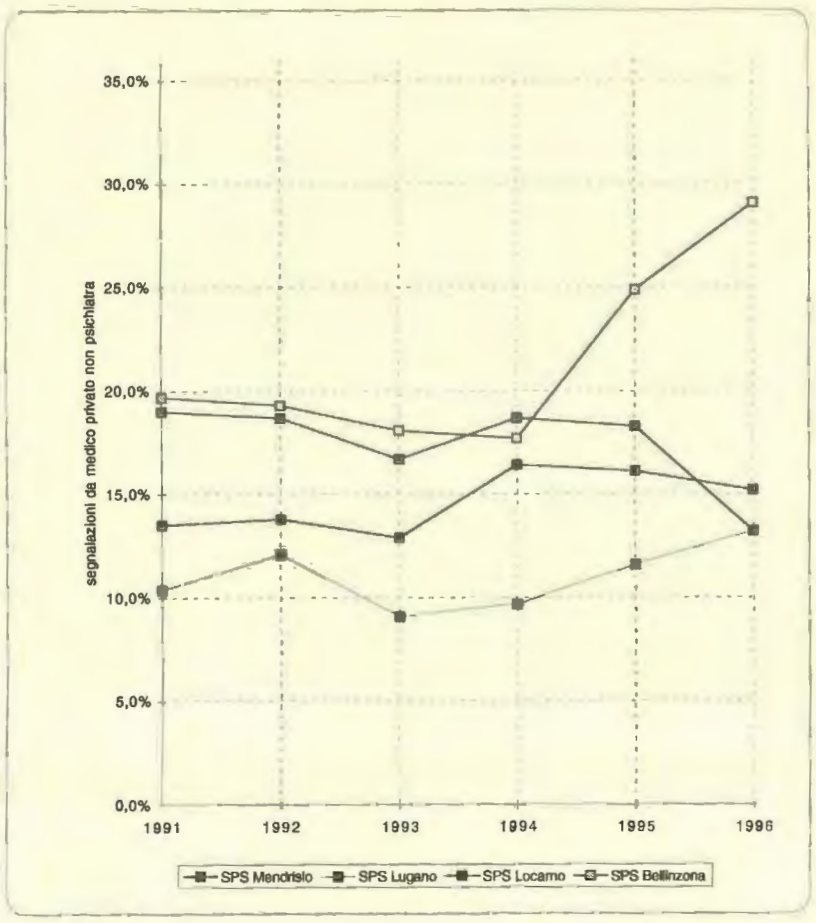


Tab. 6

SPS: segnalazioni da medico privato non psichiatra per servizio 1991/1996
(Le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni di ciascun servizio)

	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
SPS Mendrisio	66	19,0%	114	18,7%	101	16,7%	120	18,7%	128	18,3%	76	13,2%
SPS Lugano	107	10,4%	128	12,1%	113	9,1%	125	9,7%	151	11,6%	178	13,2%
SPS Locarno	89	13,5%	91	13,8%	83	12,9%	135	16,4%	128	16,1%	123	15,2%
SPS Bellinzona	135	19,7%	147	19,3%	148	18,1%	208	17,7%	294	24,9%	337	29,1%

Grafico disegnato in base alle percentuali

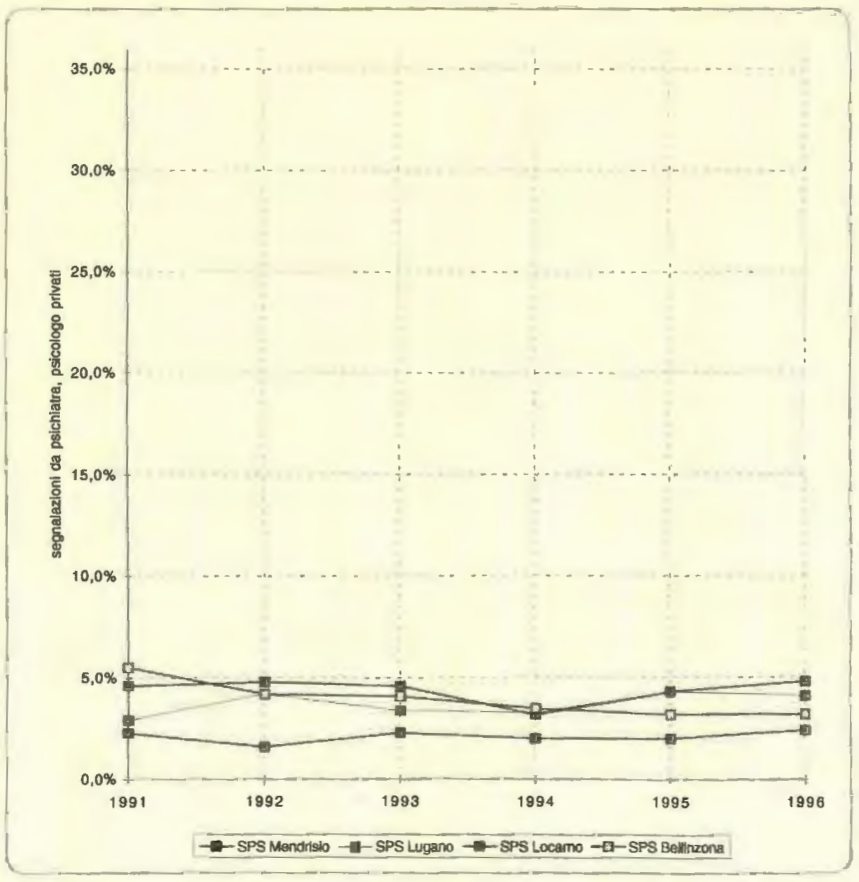


Tab. 7

SPS: segnalazioni da psichiatra, psicologo privati per servizio 1991/1996
(Le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni di ciascun servizio)

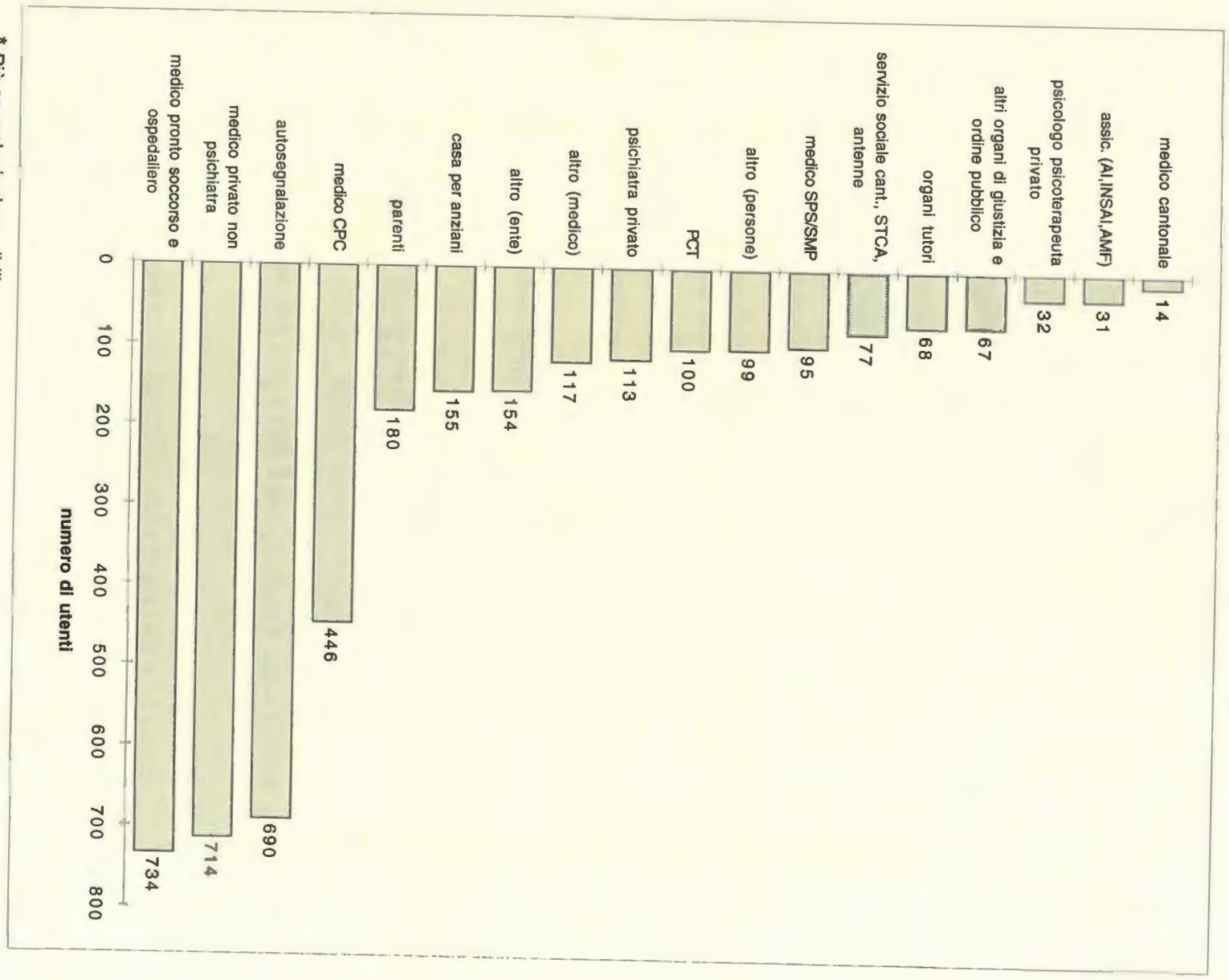
	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
SPS Mendrisio	8	2,3%	10	1,6%	14	2,3%	13	2,0%	14	2,0%	14	2,4%
SPS Lugano	30	2,9%	45	4,2%	42	3,4%	42	3,3%	56	4,3%	55	4,1%
SPS Locarno	30	4,6%	31	4,8%	29	4,6%	26	3,2%	34	4,3%	39	4,8%
SPS Bellinzona	38	5,5%	32	4,2%	33	4,1%	41	3,5%	38	3,2%	37	3,2%

Grafico disegnato in base alle percentuali



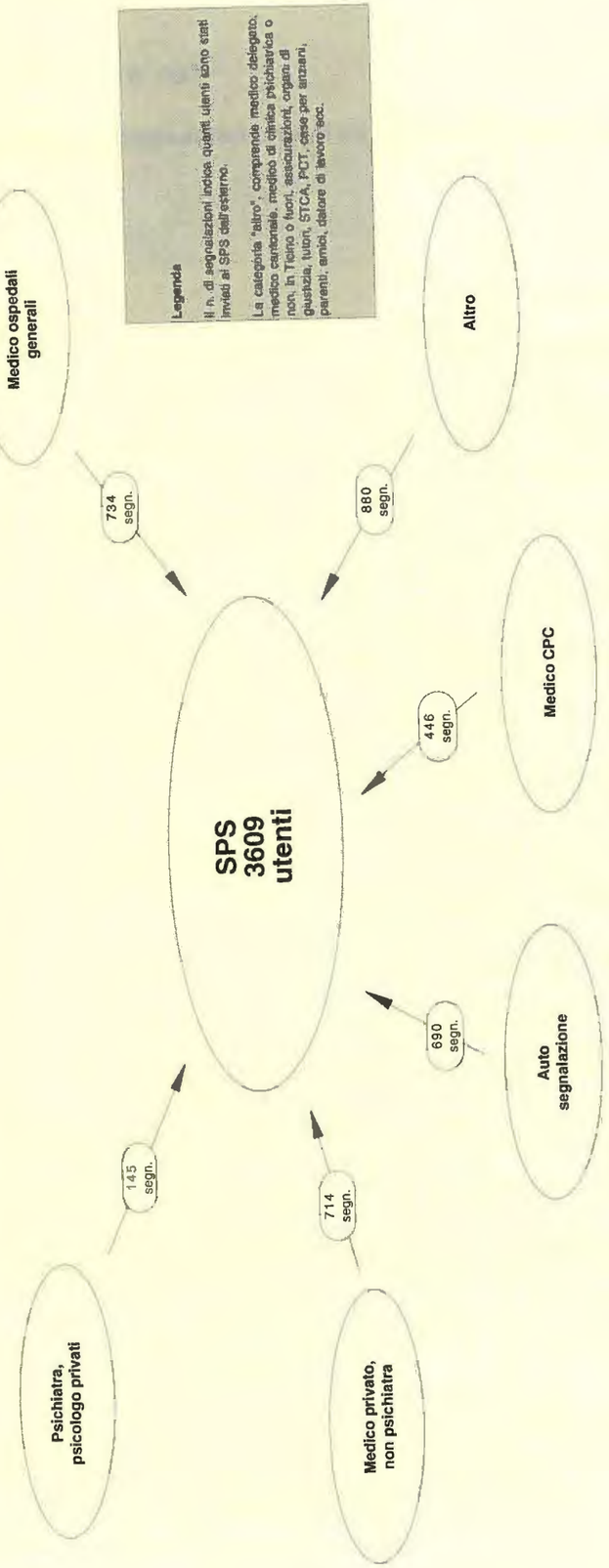
Tab. 8

1996: Numero di utenti segnalati da figure professionali o strutture al SPS*



* Più segnalazioni possibili

Rete dei contatti 1996 fra SPS ed esterno



N.B.: per i SPS sono possibili più risposte nelle segnalazioni: per le voci considerate in questo schema sono riportati i loro dati totali e la differenza fra il totale delle segnalazioni e degli utenti è sottratta dal gruppo "altro".

3.3. Alcune caratteristiche degli utilizzatori dei servizi psico-sociali

I quadri diagnostici principali

Tra i pazienti che si sono rivolti agli SPS nel 1996 sono prevalenti i disturbi affettivi (**depressioni**, 24.5%), le **psicosi** (16.7%) e le sindromi nevrotiche (16.9%). Tra i disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive (9.5%) prevalgono quelli legati all'abuso/dipendenza da alcool. Rilevanti (13.1%) sono anche i **problemi familiari, di coppia, sul lavoro e altre difficoltà** che richiedono un trattamento ma non sono attribuibili ad un disturbo mentale.

La frequenza delle diagnosi é stata la seguente:

- Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	217	(6.0%)
- Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovute all'uso di sostanze psicoattive	344	(9.5%)
- Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	602	(16.7%)
- Sindromi affettive	885	(24.5%)
- Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	606	(16.9%)
- Disturbi della personalità e del comportamento	329	(9.1%)
- Ritardo mentale	68	(1.9%)
- Altre diagnosi	84	(2.3%)
- Nessuna diagnosi + altri problemi	474	(13.1%)

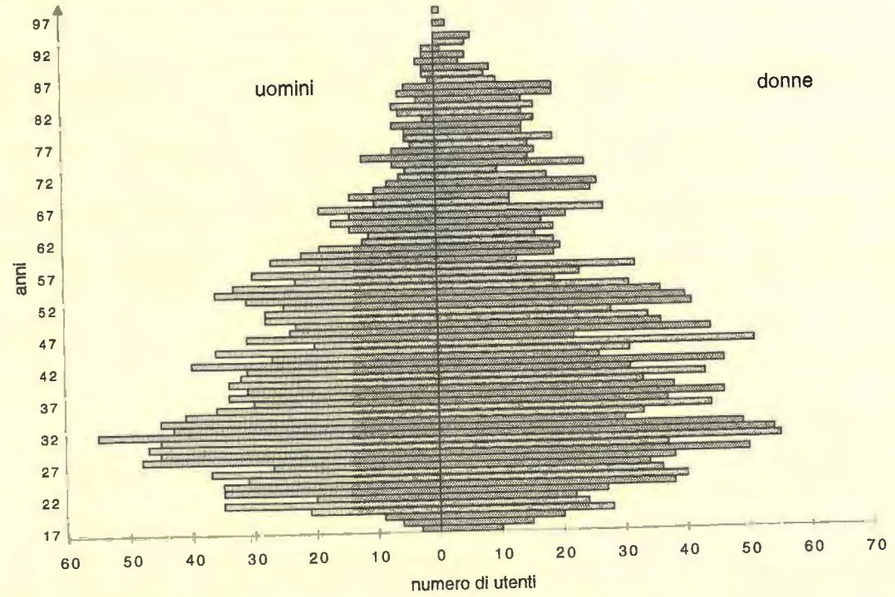
Alcune caratteristiche sociodemografiche

Le **donne** si rivolgono leggermente di più ai servizi psichiatrici ambulatoriali pubblici per adulti (55.4% donne, 44.6% uomini nel 1996), congruamente con quanto avviene anche in altre strutture analoghe in altri paesi.
Sono più frequenti tra le donne i disturbi affettivi (depressioni) e disturbi d'ansia, mentre alcolismo e tossicomania si riscontrano maggiormente tra gli uomini.
Sono soprattutto le persone **tra i 20 e i 39 anni** che fanno capo ai servizi psichiatrici pubblici per adulti:

16.1 persone ogni 1000 abitanti tra i 20 e i 39 anni
14.0 persone ogni 1000 abitanti tra i 40 e i 64 anni
12.3 persone ogni 1000 abitanti tra gli anziani,

con una distribuzione un po' diversa per le donne e per gli uomini, che sono meno presenti dopo i 65 anni.

1996: Piramide di età degli utenti SPS



La **nazionalità** straniera non sembra essere un fattore di rischio nel rivolgersi agli SPS.

Per quanto concerne le **attività professionali**, solo una persona su tre circa sembra avere una professione retribuita, con una netta prevalenza delle **categorie socioeconomiche inferiori**.
Il 19.3% delle persone che hanno avuto contatti nel 1996 con i servizi beneficiano di una **rendita di invalidità**. I restanti 8.7% sono a beneficio dell'**AVS**. Rispetto all'anno precedente la percentuale di coloro che beneficiano di una rendita di invalidità è rimasta invariata, mentre è diminuita quella di coloro che sono a beneficio dell'AVS.
Si nota inoltre un numero importante di **casalinghe** e di **disoccupati** (tab. 9), gruppi che hanno segnalato in cifre assolute un continuo aumento negli ultimi anni fino al 1994, a cui ha fatto seguito una leggera flessione: 374 casalinghe e 225 disoccupati nel 1991, 539 e 397 nel 1994, 468 e 299 nel 1996.

Tab. 9 / SPS: attività lavorative

	1995		1996	
Attività lavorative	**N.**	**%**	**N.**	**%**
Operaio, artigiano, agricoltore	501	13.7	480	13.3
Impiegato	590	16.2	563	15.6
Accademico, indip., gerente impresa	182	5.0	198	5.5
Casalinga	502	13.8	468	13
In formazione	157	4.3	172	4.8
Beneficiario di una rendita (AVS, AI)	1067	29.2	1013	28
Disoccupato	318	8.7	299	8.3
Altro, non si sa, nessuna attività profes.	321	8.8	409	11.3
Dati mancanti	10	0.3	7	0.2
Totale attività lavorative	3648	100	3609	100

4. I SERVIZI MEDICO-PSICOLOGICI (SMP)

4.1. Presa a carico e consulenze

Presso i servizi ambulatoriali pubblici per minorenni per definizione e secondo l'obiettivo per cui sono stati creati vengono visti bambini e adolescenti; tuttavia, in misura diversa, vi si rivolgono anche un certo numero di adulti, perlopiù genitori.

nel 1996 1757 soggetti hanno avuto almeno un contatto con gli SMP, di cui 1387 minori, ossia 22.8 minori ogni 1000 minorenni residenti in Ticino.

Si osserva (tab. 10) che nel 1995 rispetto al 1994 si è verificato un incremento in tutti i servizi. Nel 1996 rispetto al 1995, a fronte di un aumento complessivo, l'incremento si è verificato invece solo in 2 servizi: Coldrerio -14, Lugano -25, Locarno +9, Bellinzona +62.

Il servizio di Coldrerio è quello che presenta il maggior tasso di minori visti in rapporto alla popolazione residente (366 casi visti, di cui il 91.8% minorenni, ossia 35.0 minori su 1000 minori del Mendrisiotto).

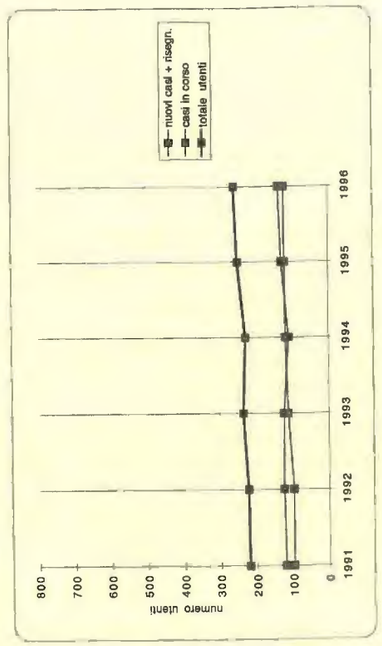
Rispetto agli altri SMP, il servizio di Lugano segnala un numero assai elevato di pazienti (737 persone viste di cui 75% sono minorenni, 22.9 minori su 1000 del Luganese).

Al servizio di Bellinzona si sono rivolte 395 persone, di cui 71.6% minorenni pari a 18.8 per mille.
Nel servizio di Locarno i casi visti sono stati 259 di cui 83% minorenni, ossia 18 minori su 1000 minori residenti nella regione.

Il numero di casi nuovi (nel 1996: 891; 50.7%) presentatisi nel corso dell'anno e quello di casi già seguiti dall'anno o dagli anni precedenti (nel 1996: 866; 49.3%) diverge di poco al servizio di Bellinzona.
A Lugano e a Locarno si ha una netta prevalenza di casi nuovi: a Locarno (nuovi casi 137; 52.9%) si incrementa una tendenza incominciata lievemente nel 1995 mentre a Lugano (nuovi casi 406; 55.1%) si conferma la tendenza degli anni precedenti, seppur in lieve calo.
A Coldrerio nel 1996 si evidenzia invece una chiara prevalenza dei casi in corso (nuovi casi 155; 42.3%), tendenza già manifestatasi negli anni precedenti, seppur con scarti inferiori.

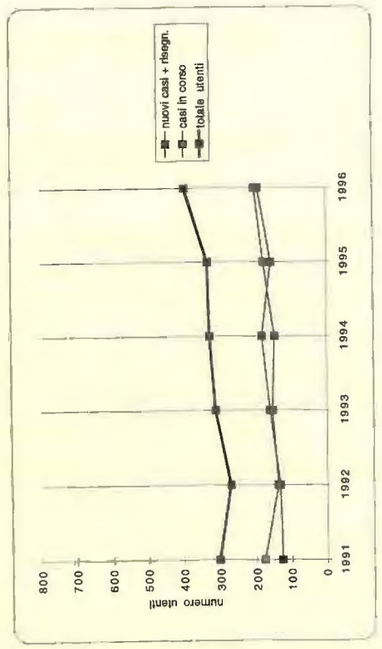
SMP Locarno

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
nuovi casi + risegn.	121	125	124	110	129	137
casi in corso	99	98	112	119	121	122
totale utenti	220	223	236	229	250	259



SMP Bellinzona

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
nuovi casi + risegn.	127	133	160	182	156	193
casi in corso	177	138	153	146	177	202
totale utenti	304	271	313	328	333	395

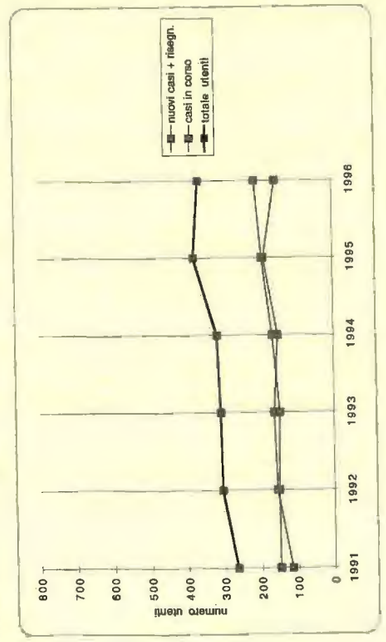


Tab. 10

SMP: numero utenti per servizio 1991/1996

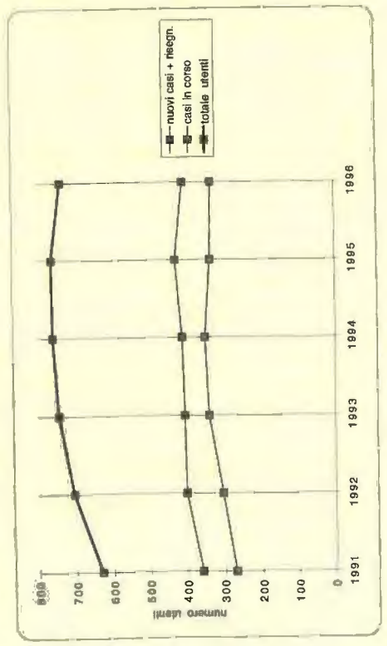
SMP Coldrerio

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
nuovi casi + risegn.	116	155	162	151	188	155
casi in corso	149	150	147	166	192	211
totale utenti	265	305	309	317	380	366



SMP Lugano

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
nuovi casi + risegn.	360	401	405	410	427	406
casi in corso	271	305	340	350	335	331
totale utenti	631	706	745	760	762	737



4.2. Flussi: segnalazioni e invii

La fonte di invio principale è per tutti i servizi costituita dai **genitori**.
Essi costituiscono il 29.9% di tutte le segnalazioni secondo una tendenza stabile negli ultimi anni (tab. 12).
La seconda fonte di segnalazioni in ordine di importanza è la **scuola**, incluso il servizio di sostegno pedagogico (tab. 13), che ha segnalato nel 1996 in media il 15% dei minori visti dai servizi, con una differenza non molto rilevante da un servizio all'altro (tra il 13.1% e il 18.8%). Rispetto all'attività globale degli SMP le richieste da parte della scuola tendono a diminuire negli ultimi anni, soprattutto a Bellinzona dove questo tipo di segnalazione è un po' meno frequente (13.1%).

Emergono invece differenze importanti per quanto riguarda i pazienti inviati dai **medici non psichiatri** in particolare dai **pediatri** (tab. 14). Queste segnalazioni sono, nel corso degli anni, tendenzialmente aumentate in tutti i servizi e sono piuttosto numerose nel Mendrisiotto (15.1%), un po' meno a Lugano (11.1%) e a Locarno (10.2%) e molto meno significative a Bellinzona (7.3%).
Queste differenze sono dovute a diverse ragioni, tra cui il tipo di relazione instaurata con i pediatri e la presenza di altri psichiatri che effettuano consultazioni con minori nella regione.

Sono invece numericamente poco importanti (2.6%) e globalmente in diminuzione i contatti con i pazienti di istituti (tab. 15), in progressivo calo in tutti i servizi.
Ancora meno frequenti i pazienti inviati da psichiatri e psicologi privati (tab. 16): globalmente il 3%, nel Luganese il 4.3%.

Dalla **tab. 11** che segue possiamo osservare che rispetto a tutti i pazienti visti nel corso del 1996 dagli SMP, 72.3% sono stati presi in carico; per altri si é trattato di una consultazione preventiva (5.9%) o di una consulenza (2.7%), oppure di un invio ad altre strutture (3.5%); i collocamenti ai CPE hanno riguardato il 2.6% dei pazienti.

Tab. 11 SMP: proposte per servizio 1996

	SMP Coldrerio		SMP Lugano		SMP Locarno		SMP Bellinzona		totale SMP	
Consulenza	16	4.4%	20	2.7%	11	4%	1	0.3%	48	2.7%
Colloc. al CPE	11	3%	18	2.4%	17	6.6%	1	0.3%	47	2.6%
Colloc. esterno o segn. ad altri	5	1.3%	41	5.5%	4	1.5%	9	2.3%	59	3.5%
Presa a carico	264	72.2%	501	68.1%	173	66.9%	333	84.2%	1271	72.3%
Rottura precoce	9	2.5%	37	5.0%	-	-	1	0.3%	47	2.7%
Consul. preventiva	21	5.7%	59	8.0%	10	3.9%	13	3.3%	103	5.9%
Altro	14	3.8%	6	0.8%	9	3.5%	15	3.8%	44	2.5%
Non concerne, dato mancante	26	7.1%	55	7.5%	35	13.6%	22	5.5%	138	7.8%
Totale motivi	366	100%	737	100%	259	100%	395	100%	1757	100%

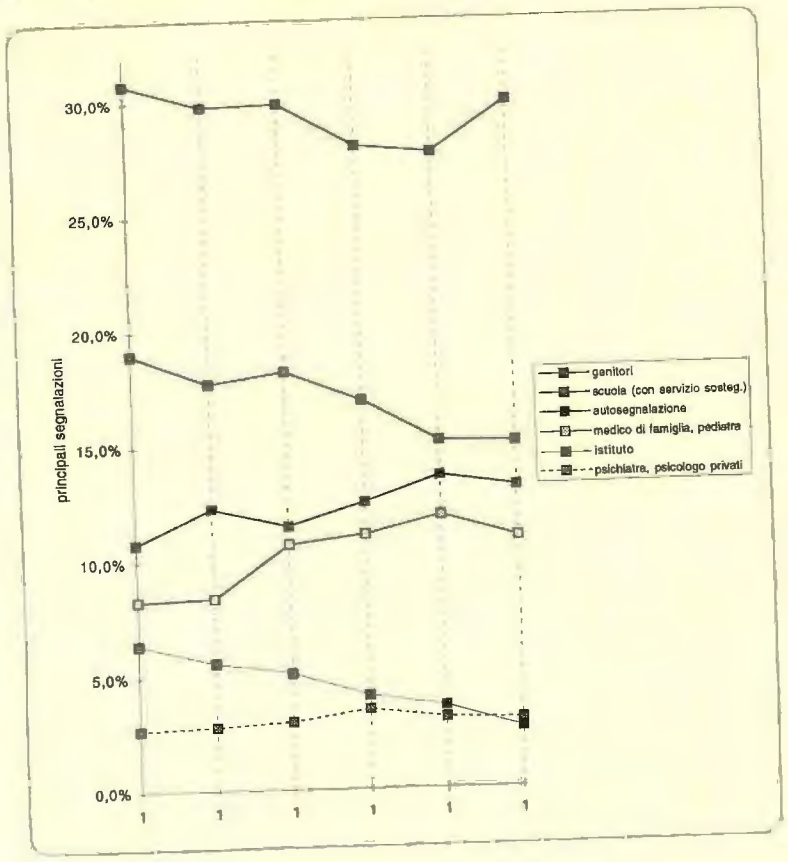
Tab. 12

SMP: principali segnalazioni 1991/1996

(Sono possibili più segnalazioni per persona; le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni)

	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
genitori	438	30,8%	443	29,8%	459	29,9%	458	28,0%	494	27,7%	546	29,9%
scuola (con servizio sosteg.)	270	19,0%	263	17,7%	280	18,2%	277	16,9%	269	15,1%	273	15,0%
autosegnalazione	153	10,8%	183	12,3%	176	11,5%	205	12,5%	242	13,6%	239	13,1%
medico di famiglia, pediatra	118	8,3%	125	8,4%	164	10,7%	182	11,1%	212	11,9%	199	10,9%
istituto	91	6,4%	83	5,6%	78	5,1%	67	4,1%	64	3,6%	48	2,6%
psichiatra, psicologo privati	38	2,7%	42	2,8%	47	3,0%	58	3,5%	56	3,1%	54	3,0%
(...)												
totale segnalazioni	1420	100%	1487	100%	1537	100%	1638	100%	1780	100%	1824	100%

Grafico disegnato in base alle percentuali



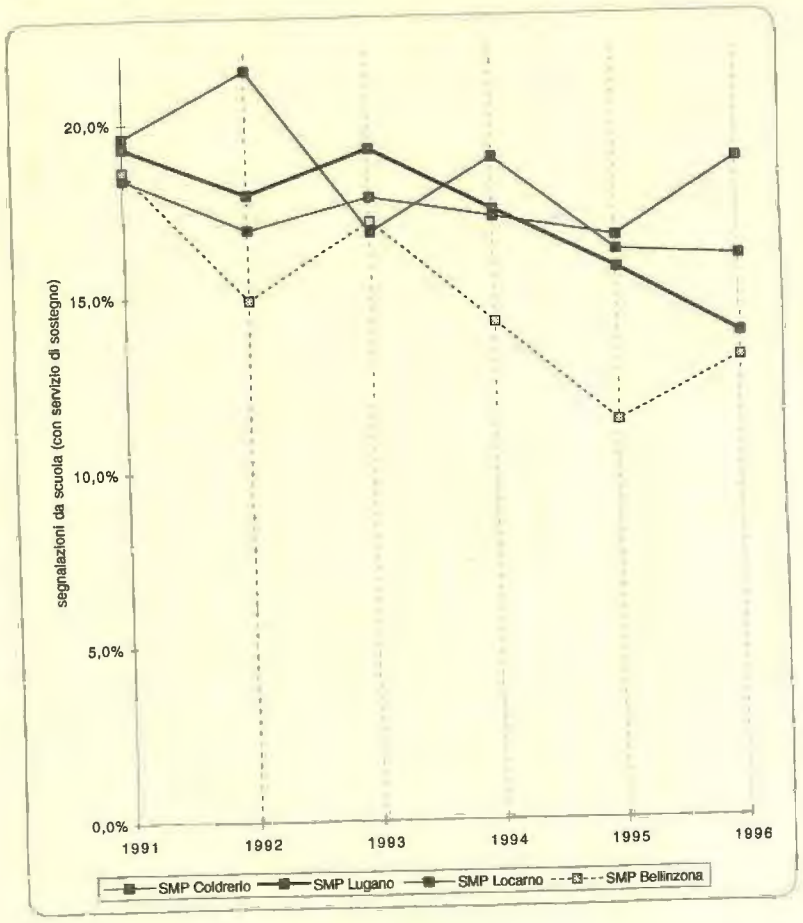
Tab. 13

SMP: segnalazioni da scuola (con servizio di sostegno) per servizio 1991/1996

(Le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni di ciascun servizio)

	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
SMP Coldrerio	53	18,4%	53	16,9%	56	17,8%	56	17,2%	66	16,6%	71	18,8%
SMP Lugano	118	19,3%	123	17,9%	140	19,2%	133	17,4%	126	15,7%	107	13,8%
SMP Locarno	41	19,6%	46	21,5%	34	16,8%	41	18,9%	38	16,2%	39	16,0%
SMP Bellinzona	58	18,6%	41	14,9%	50	17,1%	47	14,2%	39	11,3%	56	13,1%

Grafico disegnato in base alle percentuali



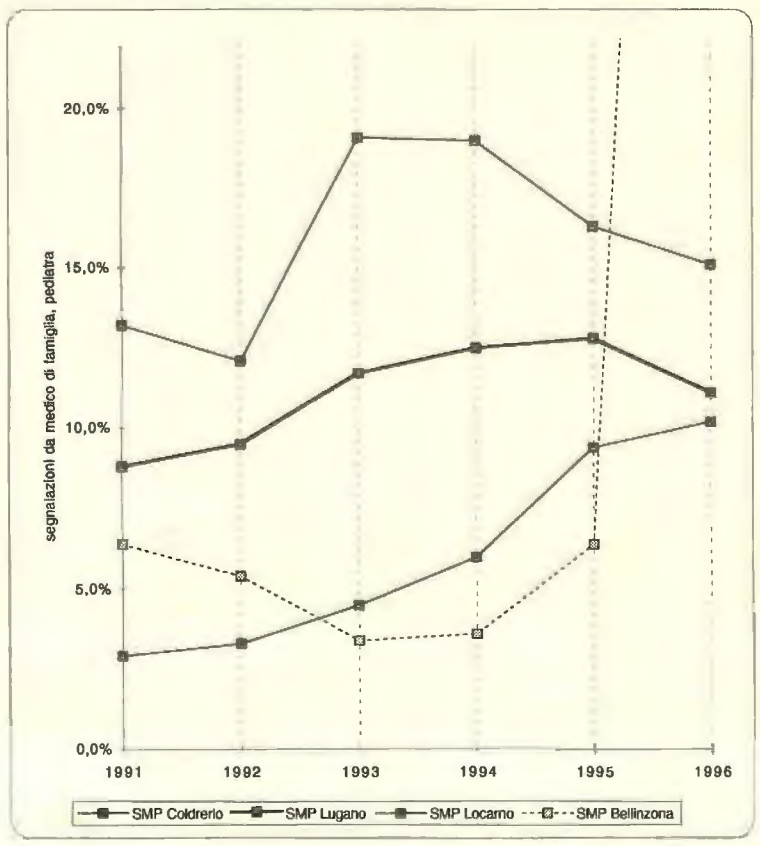
Tab. 14

SMP: segnalazioni da medico di famiglia, pediatra per servizio 1991/1996

(Le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni di ciascun servizio)

	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
SMP Coldrerio	38	13,2%	38	12,1%	60	19,1%	62	19,0%	65	16,3%	57	15,1%
SMP Lugano	54	8,8%	65	9,5%	85	11,7%	95	12,5%	103	12,8%	86	11,1%
SMP Locarno	6	2,9%	7	3,3%	9	4,5%	13	6,0%	22	9,4%	25	10,2%
SMP Bellinzona	20	6,4%	15	5,4%	10	3,4%	12	3,6%	22	6,4%	31	73,0%

Grafico disegnato in base alle percentuali



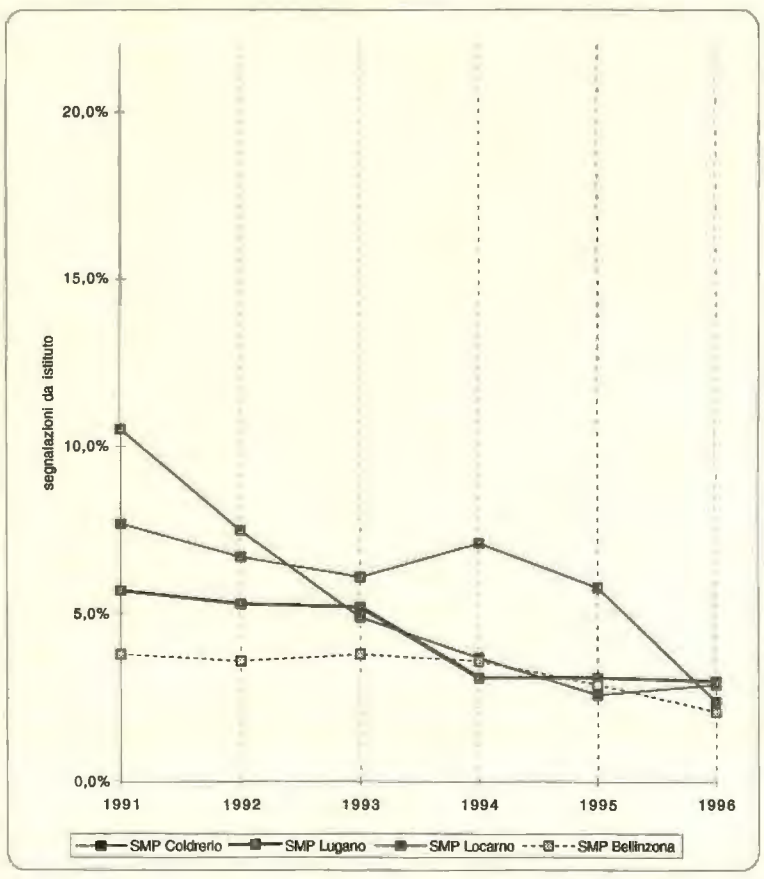
Tab. 15

SMP: segnalazioni da istituto per servizio 1991/1996

(Le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni di ciascun servizio)

	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
SMP Coldrerio	22	7,7%	21	6,7%	19	6,1%	23	7,1%	23	5,8%	9	2,4%
SMP Lugano	35	5,7%	36	5,3%	38	5,2%	24	3,1%	25	3,1%	23	3,0%
SMP Locarno	22	10,5%	16	7,5%	10	4,9%	8	3,7%	6	2,6%	7	2,9%
SMP Bellinzona	12	3,8%	10	3,6%	11	3,8%	12	3,6%	10	2,9%	9	2,1%

Grafico disegnato in base alle percentuali

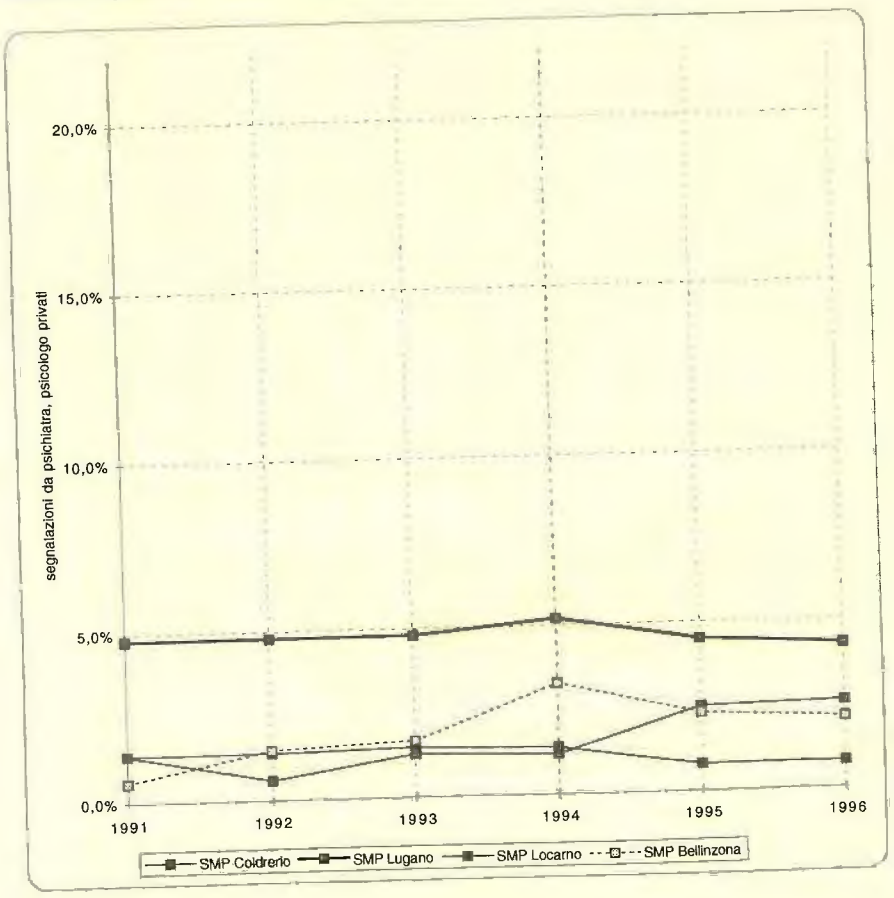


Tab. 16

SMP: segnalazioni da psichiatra, psicologo privati per servizio 1991/1996
(Le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni di ciascun servizio)

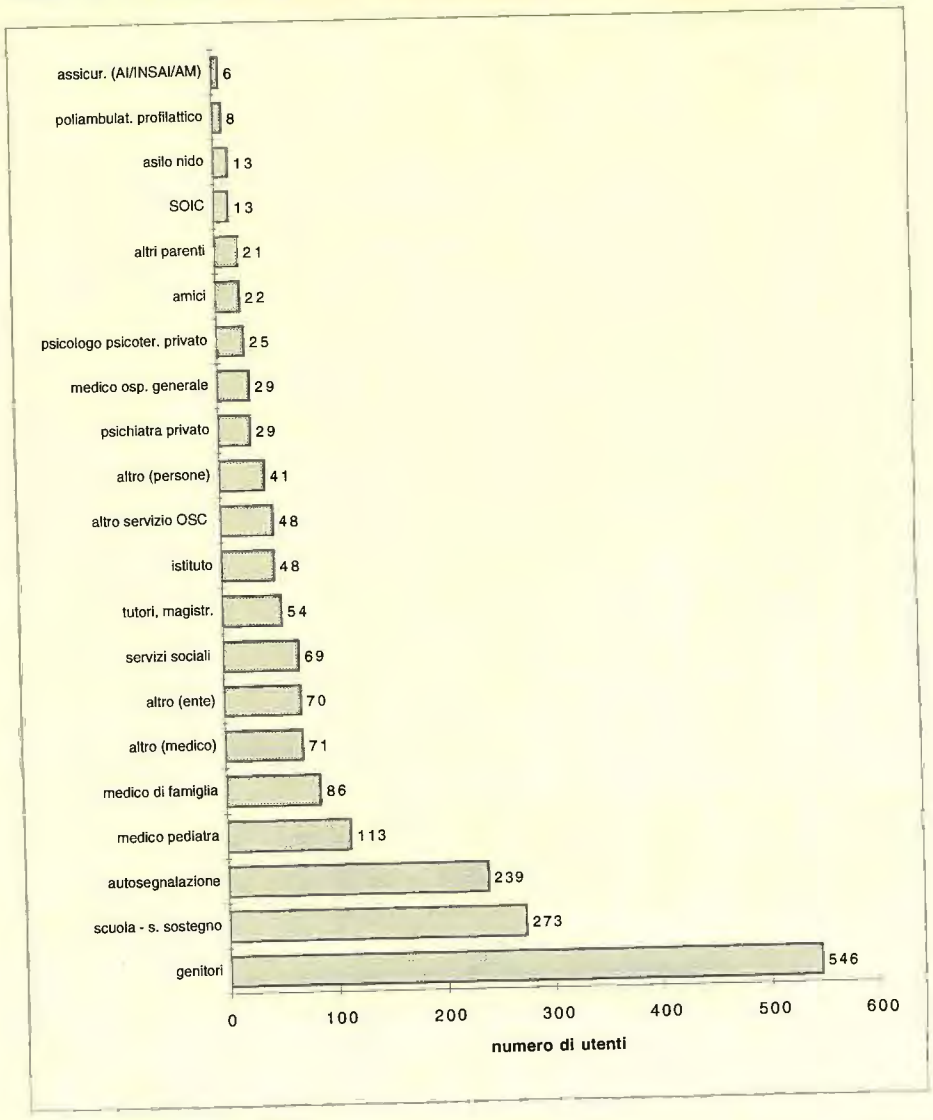
	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
SMP Coldrerio	4	1,4%	2	0,6%	4	1,3%	4	1,2%	10	2,5%	10	2,6%
SMP Lugano	29	4,8%	33	4,8%	35	4,8%	40	5,2%	36	4,5%	33	4,3%
SMP Locarno	3	1,4%	3	1,4%	3	1,5%	3	1,4%	2	0,8%	2	0,8%
SMP Bellinzona	2	0,6%	4	1,5%	5	1,7%	11	3,3%	8	2,3%	9	2,1%

Grafico disegnato in base alle percentuali



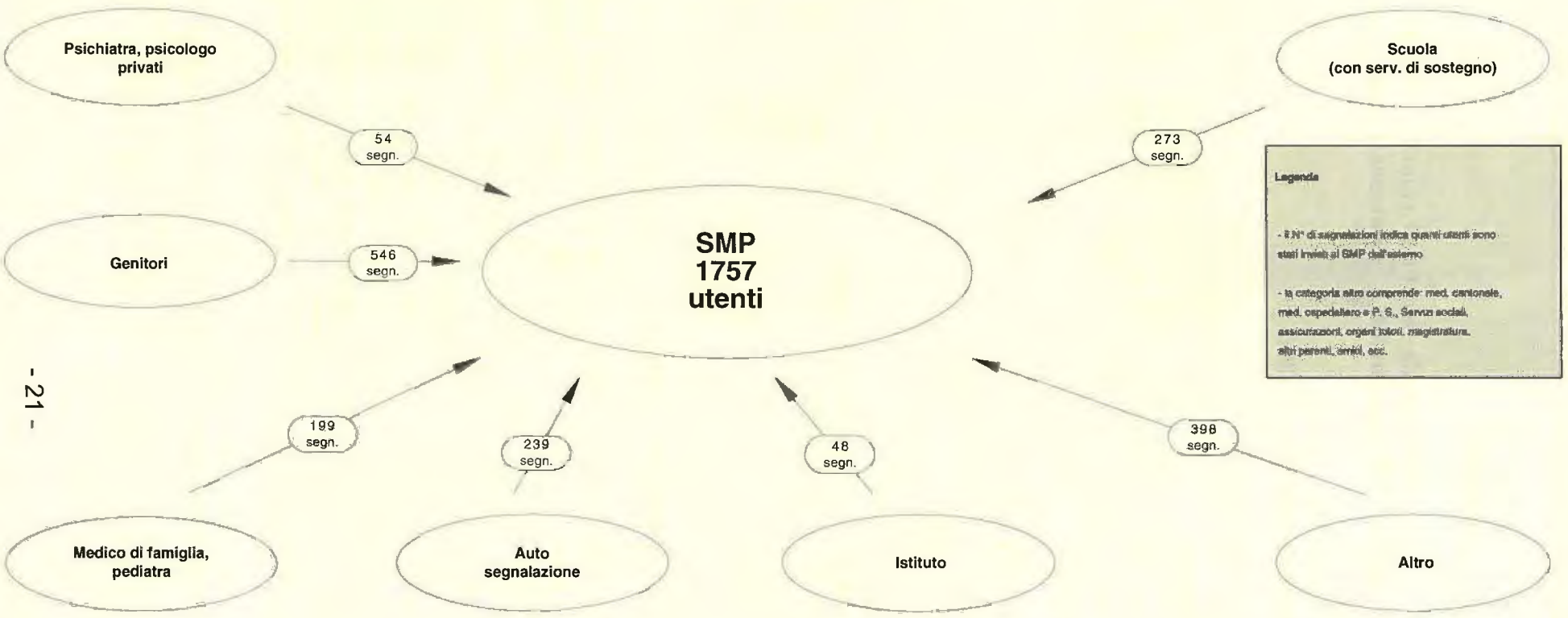
Tab. 17

1996: N. di utenti segnalati da figure professionali o strutture al SMP*



* Più segnalazioni possibili

Rete dei contatti 1996 fra SMP ed esterno



N.B.: per i SMP sono possibili più risposte nelle segnalazioni: per le voci considerate in questo schema sono riportati i loro dati totali e la differenza fra il totale delle segnalazioni e degli utenti è sottratta dal gruppo "altro".

4.3. Alcune caratteristiche degli utilizzatori dei servizi medico-psicologici

I quadri diagnostici principali

I quadri diagnostici più frequentemente riscontrati sono le **nevrosi**, le **variazioni dalla norma**, i **disturbi reattivi** e **di personalità** e le **psicosi**. Più in dettaglio si segnalano le frequenze seguenti:

SMP: principali quadri diagnostici 1996

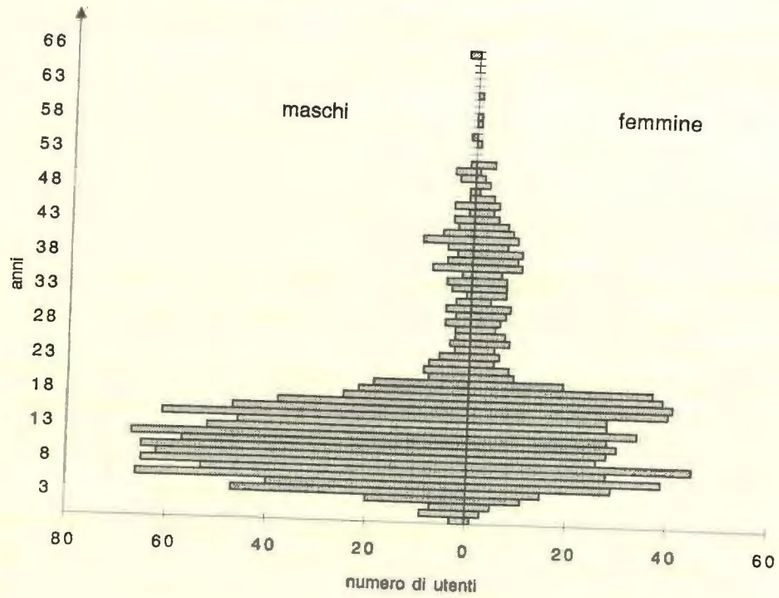
Diagnosi	N	%
variazione della norma	516	29.4%
disturbi reattivi	207	11.8%
psicosi	84	4.8%
nevrosi	237	13.5%
disturbi di personalità	185	10.5%
ritardi mentali	27	1.5%
manifestazioni ansiose particolari	61	3.5%
manif. somatiche e/o comportamentali	60	3.4%
disturbi del comportamento	31	1.8%
abuso e dipendenza da sostanze	10	0.5%
disturbi delle funzioni strumentali	66	3.8%
dist. mentali non psicotici da danno cerebrale	4	0.2%
nessuna diagnosi sul I e sul II asse	86	4.3%
nessuna diagnosi	56	3.2%
non concerne (perizie)	127	7.2%
Totale	**1757**	**100%**

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Globalmente sono soprattutto i bambini tra **6 e 11 anni** che fanno capo ai servizi psichiatrici pubblici per minori (tab. 18): nel 1996 32.2 ogni 1000 abitanti tra 6 e 11 anni, 25.7 ogni 1000 abitanti tra 12 e 19 anni e 10.2 ogni 1000 abitanti tra 0 e 5 anni.
E` però interessante osservare che l'età dei pazienti varia notevolmente da un servizio all'altro: Coldrerio ha più pazienti di 6-11 anni (43.7% della sua casistica), Lugano 30.6% di preadolescenti e adolescenti e 25.1% di adulti, Locarno ha soprattutto pazienti tra 6 e 19 anni, quasi ugualmente distribuiti nelle due classi di età, mentre Bellinzona ha la proporzione più importante, fra i servizi, di casistica fra 12 e 19 anni (40.2%) seguita da quella adulta (28.4%). Queste differenze traducono le diverse modalità di penetrazione nel territorio dei quattro servizi e rispecchiano le differenze nelle priorità numeriche concernenti le segnalazioni (soprattutto la scuola nel Mendrisiotto e i pediatri nel Bellinzonese.

Gli utilizzatori degli SMP minorenni sono più frequentemente **maschi**. Come si può notare dalla piramide di età, la proporzione di maschi tende a diminuire con l'età e in corrispondenza all'entrata nell'adolescenza, secondo una tendenza che si osserva anche in altri paesi in strutture analoghe

Piramide di età degli utenti SMP: 1996

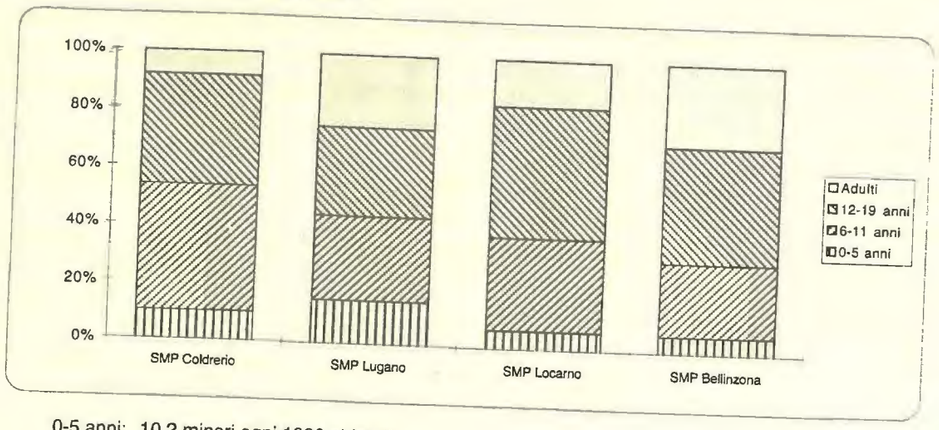


Tab. 18

1996: SMP - classi di età

	SMP Coldrerio		SMP Lugano		SMP Locarno		SMP Bellinzona	
0-5 anni	37	10,1%	111	15,0%	18	6,9%	24	6,1%
6-11 anni	160	43,7%	216	29,3%	88	34,0%	100	25,3%
12-19 anni	139	38,0%	226	30,7%	109	48,1%	159	40,2%
Adulti	30	8,2%	184	25,0%	44	17,0%	112	28,4%
Totali	**366**	**100%**	**737**	**100%**	**259**	**100%**	**395**	**100%**

Grafico disegnato in base alle percentuali



0-5 anni: 10.2 minori ogni 1000 abitanti
6-11 anni: 32.2 minori ogni 1000 abitanti
12-19 anni: 25.7 minori ogni 1000 abitanti

5. LA CLINICA PSICHIATRICA CANTONALE (CPC) E IL CENTRO ABITATIVO, RICREATIVO E DI LAVORO (CARL)

5.1. Premessa

L'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale è stato suddiviso il 1.1.1994, in base al tipo di casistica, nella Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) per pazienti acuti e nel Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro (CARL) per pazienti cronicizzati.
Le due strutture esistenti all'interno del quartiere di Casvegno sono ben distinte sotto vari punti di vista: tipologie di ospiti, immobili, personale, rette, modalità di finanziamento ed inoltre alla CPC continua ad esserci una suddivisione settoriale degli utenti acuti che per gli utenti cronici del CARL non esiste più.

Per quanto riguarda la CPC, struttura che rispetto al vecchio ONC si caratterizza maggiormente per l'esistenza di reparti di psichiatria acuta, con degenze più brevi per pazienti con disturbi di pertinenza ospedaliera, la raccolta dati è continuata sul modello degli anni precedenti, anche se è stata colta l'occasione per introdurre alcune modifiche metodologiche ed informatiche.

Il CARL invece è una struttura residenziale demedicalizzata, ha intenti riabilitativi e comprende reparti per l'alloggio e laboratori protetti. Essendo una nuova struttura, si è ritenuto utile approntare strumenti che permettessero una valutazione sintomatologica e del grado di autonomia degli ospiti, allo scopo di monitorare i cambiamenti che avvengono nel tempo e di valutare l'efficacia degli interventi intrapresi.
Pertanto la raccolta dati concernente il CARL, anch'essa basata sul registro dei casi, comprende la compilazione di una scheda che consente di rilevare i dati sociodemografici e clinici, e di una scheda che rileva i sintomi psichiatrici e socio-affettivi e il grado di autonomia.
La prima somministrazione del questionario è avvenuta nel corso del 1995 e le successive avverranno con cadenza annuale per valutare le variazioni intercorse.

La statistica psichiatrica concernente le strutture residenziali di Casvegno subisce dunque una trasformazione e a partire dal 1995 i dati concernenti CPC e CARL saranno presentati disgiuntamente nei rapporti annuali pubblicati nei quaderni del Centro documentazione e ricerca dell'OSC.

Le tendenze concernenti le nuove strutture CPC e CARL riguardano il 1995 e il 1996.
Per la tendenza 1991-1994 dell'ex ONC si rimanda all'appendice.

5.2. Numero di pazienti

Nel 1996, globalmente nelle due strutture residenziali di Casvegno, hanno avuto almeno un ricovero 962 persone, ossia 3.9 adulti ogni 1000 residenti adulti, alla CPC 872 persone, ossia 3.5‰ adulti, al CARL 107, ossia 0.4‰ adulti, e ci sono state 17 persone che sono state ospitate in entrambe le strutture.

Nel 1996, globalmente le due strutture residenziali di Casvegno, hanno ospitato giornalmente in media 252 pazienti, 159 la CPC e 93 il CARL.

L'ex ONC è stato aperto nel 1898 e il numero di pazienti dalla sua apertura ad oggi è stato molto variabile, anche in relazione ai grandi eventi storici e culturali di questo secolo, analogamente a quanto si riscontra negli ospedali psichiatrici degli altri cantoni della Svizzera e degli altri paesi europei.
Dalla fine degli anni '70 le presenze hanno conosciuto un continuo e progressivo **calo** (grafico 1), dovuto essenzialmente ad una diminuzione della durata della degenza, in quanto ammissioni e dimissioni rimangono elevate. E' in parallelo di quel periodo lo sviluppo dei servizi territoriali e pertanto della possibilità di presa a carico ambulatoriale.

Nell'ultimo decennio c'è stata una continua e evidente tendenza alla diminuzione della presenza media nell'ex ONC (grafico 2a alla pag. seguente) con una presenza di 252 persone al giorno nel 1996; questo decremento è dovuto ad **una diminuzione della durata delle degenze**, che sono passate da una media di 114 giorni nel 1985 a 66 nel 1996 considerando globalmente CPC e CARL, 45 nella CPC e 318 nel CARL (grafico 2b). Il numero di persone annualmente ricoverate nel periodo 1991-1995 è invece costante, infatti si va da un minimo di 874 pazienti nel 1993 a un massimo di 919 pazienti nel 1994 (i totali riportati si riferiscono a tutti i pazienti effettivamente ricoverati e non solo a quelli ticinesi). Nel 1996 si segnala il primo rialzo consistente degli ultimi anni: 962 pazienti.

La prevalenza annua di utenti dell'ex ONC, ossia il numero di pazienti ricoverati nel corso dell'anno sul totale della popolazione residente in Ticino (nel riquadro all'inizio del paragrafo è invece indicata quella rispetto alla popolazione adulta) nello stesso anno è rimasta costante, attorno a 3 utenti ogni 1000 abitanti (1991: 3.1‰, 1992: 3.0‰, 1993: 2.9‰, 1994: 3.0‰; considerando congiuntamente CPC e CARL 1995: 2.9‰, 1996: 3.1%).

Grafico 1

1898-1996 exONC: evoluzione delle presenze medie giornaliere all'ex ospedale neuropsichiatrico

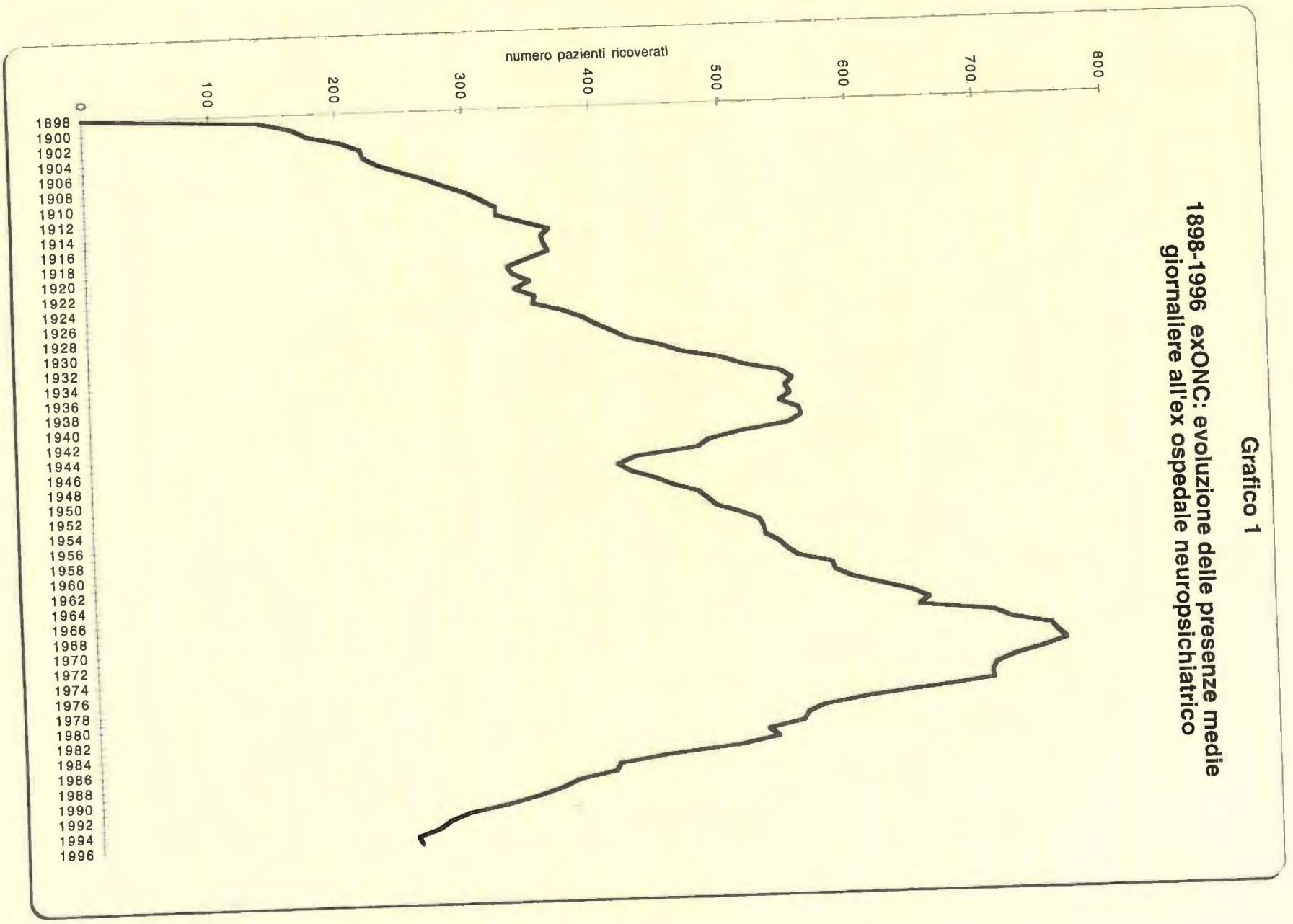


Grafico 2a

ex ONC (CPC+CARL): presenza media complessiva giornaliera 1985/1996
(indica il numero di persone presenti in una struttura in media ogni giorno)

$$\text{presenza media} = \frac{\text{giornate di degenza annuali}}{365\ (366)}$$

	ex ONC
1985	450
1986	411
1987	408
1988	378
1989	366
1990	347
1991	323
1992	292
1993	274
1994	265
1995	248
1996	252

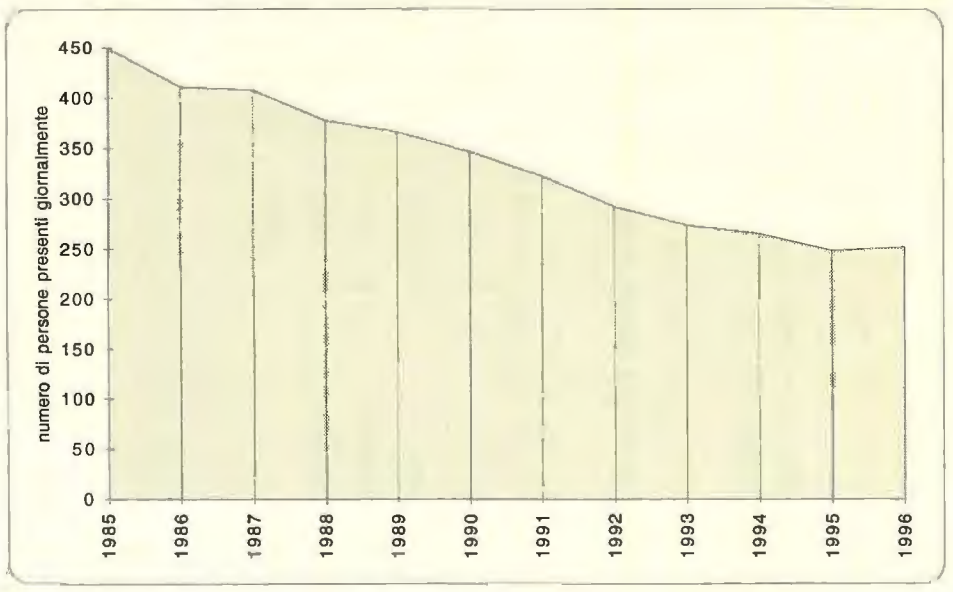
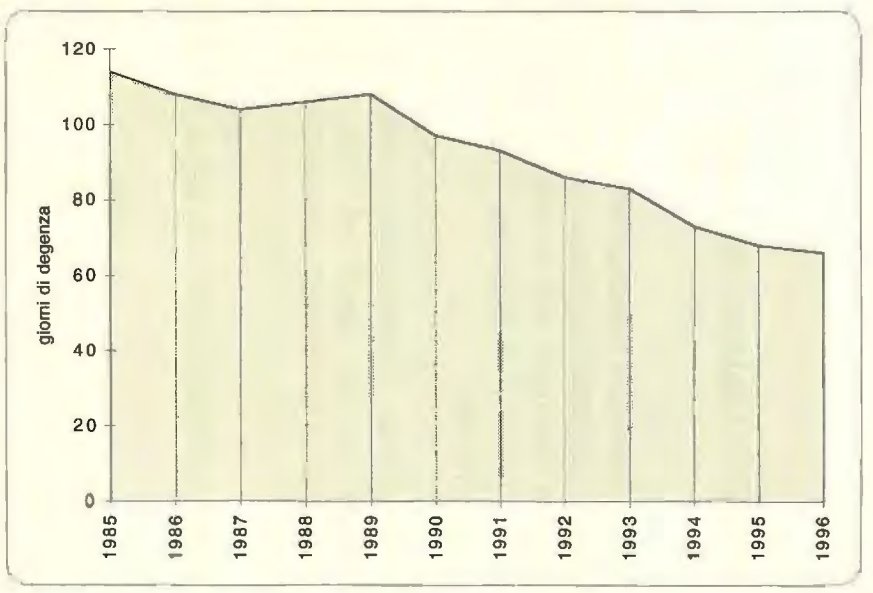


Grafico 2b

ex ONC (CPC+CARL): degenza media 1985/1996
(indica il numero medio di giorni che ogni caso avuto in cura trascorre in una struttura)

$$\text{degenza media} = \frac{\text{giornate di degenza annuali}}{\text{numero casi avuti in cura}}$$

	ex ONC	
1985	114	
1986	108	
1987	104	
1988	106	
1989	108	
1990	97	
1991	93	
1992	86	
1993	83	
1994	73	(CPC: 49; CARL: 348)
1995	68	(CPC: 46; CARL: 313)
1996	66	(CPC: 45; CARL: 318)



5.3 CPC: tendenze 1995-1996

Considerando il periodo 1995-1996, se si disaggregano i dati per settore e per tipologia di utenza si riscontrano alcune particolarità: il Sopraceneri ha il maggior numero di ricoverati in cifre assolute, ma il minore relativamente alla sua popolazione residente (nel 1996 2.7‰ come il Luganese, il Mendrisiotto 3.8‰, regione che ha il tasso più elevato storicamente).

Nel periodo considerato il Mendrisiotto é l'unico settore che presenta anche una diminuzione di utenti (-4.1%), viceversa nel Luganese (+15.2%) e nel Sopraceneri (+11.6%) si osserva un aumento di utenti (tab. 3, pag. 29).

CPC: numero di pazienti per settore 1995-1996

	1995	1996
Mendrisiotto	197	189
Luganese	283	326
Sopraceneri	320	357
Totale pazienti	800	872

La suddivisione degli utenti CPC per tipologia - nuovi casi (pazienti ricoverati per la prima volta), risegnalati e lungodegenti (soggetti con almeno 340 giorni annuali di permanenza in ospedale) - consente di evidenziare come l'aumento generale degli utenti sia dovuto ad un aumento dei nuovi casi (+15.0%) mentre i lungodegenti, dopo l'introduzione del CARL, sono numericamente poco rilevanti.
I soggetti risegnalati invece presentano un aumento nell'ultimo anno, anche se meno accentuato (+5.3%).

CPC: tipologia degli utenti nel 1995-1996

	1995		1996		▲	▲ %
	N.	%	N.	%	'95 -' 96	'95 -' 96
Nuovi casi	301	37.6%	346	39.7%	+45	+15.0%
Lungodegenti	27	3.4%	29	3.3%	+2	+7.4%
Risegnalazioni	472	59.0%	497	57.0%	+25	+5.3%
Totale	800	100%	872	100%	+72	+9.0%

Queste tendenze si manifestano in modo difforme nei tre settori.

I lungodegenti sono numericamente poco rilevanti in tutti i settori (tab. 3).
I nuovi casi aumentano nel Sopraceneri e nel Luganese, mentre diminuiscono nel Mendrisiotto, superando il 30% del totale dei ricoverati in tutti e tre i Settori (nel Luganese e nel Sopraceneri anche il 40%).

Le risegnalazioni presentano dunque un aumento: nel Mendrisiotto (+5,6%), nel Luganese (+7.7%) e nel Sopraceneri (+3.0%).

Anche considerando la diminuzione della popolazione del Cantone avvenuta dal 1995 al 1996 (-0.3% circa), l'aumento dei nuovi casi risulta elevato.
Infatti il tasso di incidenza, inteso come il numero annuale di nuovi utenti in cura ogni 1000 abitanti, mostra una crescita:

$$\text{Incidenza} = \frac{\text{Nuovi utenti in cura}}{\text{Popolazione residente in Ticino}} \times 1000$$

1995: 0.983 ‰; 1996: 1.131‰

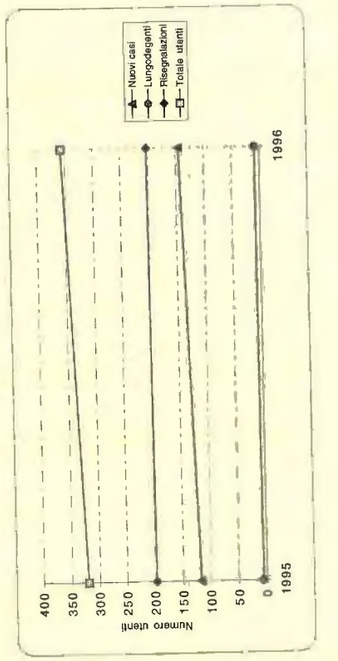
Da un'analisi più approfondita sui soggetti ricoverati per la prima volta nell'ex ONC nel 1991, dopo 24 mesi il 28% risultava aver avuto almeno un altro ricovero o era diventato lungodegente.
Quindi c'è da attendersi che, **se l'aumento dei nuovi casi continuerà** anche in futuro e permanendo la situazione terapeutica e assistenziale attuale, si avrà un **aumento di lungodegenti** o più probabilmente di risegnalazioni, confermando il mutamento della tipologia dei pazienti psichiatrici segnalato anche in altri paesi: **meno giornate di degenza e contatti più frequenti con le strutture sia ambulatoriali che residenziali protette**.

Tab. 3

CPC: tipologia utenti per settore 1995/1996

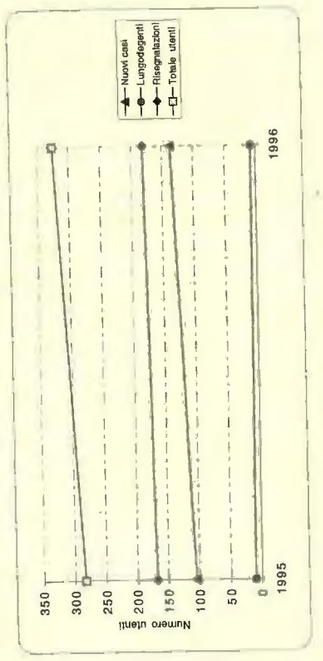
Mendrisiotto

	1995 N.	1995 %	1996 N.	1996 %	Δ '95 - '96	Δ% '94 - '91
Nuovi casi	79	40,1	64	33,9	-15	-19,0
Lungodegenti	11	5,6	12	6,3	1	3,1
Risegnalazioni	107	54,3	113	59,8	6	5,6
Totale utenti	197	100	189	100	-8	-4,1



Luganese

	1995 N.	1995 %	1996 N.	1996 %	Δ '95 - '96	Δ% '95 - '96
Nuovi casi	105	37,1	137	42,0	32	30,5
Lungodegenti	10	3,5	8	2,5	-2	-200,0
Risegnalazioni	168	59,4	181	55,5	13	7,7
Totale utenti	283	100	326	100	43	15,2



5.4. Flussi: segnalazioni e invii

La casistica della Clinica è prevalentemente segnalata da medici dei servizi ambulatoriali SPS/SMP, con un incremento nel tempo (1995: 24.9%; 1996: 27.5%), e da medici privati non psichiatri (circa il 19% delle segnalazioni del 1996). Le segnalazioni da parte dei medici di ospedali generali e degli psichiatri/psicologi sono pure importanti, intorno al 10% ciascuna (tab. 4, a pag. seguente).

Per quanto riguarda invece gli invii dopo la dimissione dalla CPC, i pazienti dimessi vengono inviati soprattutto ai medici dei servizi psichiatrici ambulatoriali pubblici (1995: 36.5%; 1996: 37.3%). Nei due anni considerati vi è una diminuzione degli invii a medici privati non psichiatri (1995: 18.3%; 1996: 14.3%), mentre prende consistenza l'invio alla STCA (intorno al 7%) (tab. 5, a pag. seguente).
La rete dei principali flussi é illustrata anche dalla figura "Rete dei contatti 1994", sotto il capitolo 3.2. "Flussi: segnalazioni e invii" per i Servizi Psico-sociali).

Confrontando le figure professionali che hanno inviato pazienti in ospedale e quelle a cui sono stati inviati i pazienti alla dimissione, si può notare che la percentuale dei pazienti che vengono inviati a psichiatri e psicologi privati é leggermente superiore a quella dei pazienti segnalati all'ospedale dalle stesse figure professionali (10.0% segnalati, 16.7% inviati); dopo le dimissioni diminuiscono inoltre gli invii ai medici privati non psichiatri e aumentano invece quelli agli SPS (dal 27.5% al 37.3%).

Esaminando i principali invii post-cura dei tre settori nel 1994, si riscontra che sono soprattutto il Sopraceneri ed il Mendrisiotto ad inviare pazienti ai medici dei servizi ambulatoriali SPS/SMP, probabilmente per una minor presenza numerica di psichiatri privati nelle regioni, mentre il Luganese invia in misura maggiore a psichiatri/psicologi privati (22.6%), come emerge dalla tabella che segue (in questa e sulle prossime tabelle, sia riguardo alle segnalazioni che agli invii, le percentuali segnate con (...) indicano un raggruppamento di diverse voci numericamente meno importanti quali le case per anziani, le Antenne, il Penitenziario Cantonale, il Medico Delegato, altri Organi di Giustizia, i Servizi Sociali e così via).

CPC: invii alla dimissione per settore - 1996

	Mendrisiotto		Luganese		Sopraceneri		Totale	
SPS/SMP	73	42.2%	80	28.3%	157	41.9%	310	37.3%
psichiatra, psicologo privati	31	17.9%	64	22.6%	44	11.7%	139	16.7%
medico priv. non psichiatra	15	8.7%	45	15.9%	59	15.7%	119	14.3%
nessun invio	8	4.6%	19	6.7%	4	1.1%	31	3.7%
STCA, (...)	8	4.6%	18	6.4%	29	7.7%	55	6.6%
Totale invii post cura	173	100%	283	100%	375	100%	831	100%

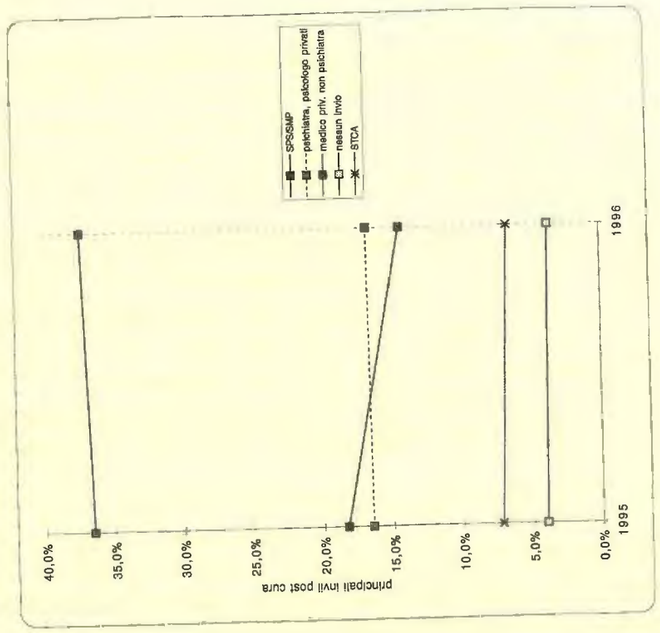
Il numero totale di invii, preso come totale (100%) di questa tabella, è diverso dal numero di utenti per due motivi:
- è possibile indicare più risposte alla domanda relativa all'invio, all'uscita di un utente;
- non ci sono invii nel caso di utenti ancora degenti al 31/12, in quanto sulla relativa scheda non è riportata questa domanda, essendo una domanda relativa all'uscita.

Tab. 5

CPC: principali invii post cura 1995/1996
(Sono possibili più invii per persona; le % sono calcolate sul totale degli invii; le persone ancora degenti al 31/12 non hanno invio)

	1995		1996	
SPS/SMP	284	36.5%	310	37.3%
psichiatra, psicologo privati	128	16.5%	139	16.7%
medico priv. non psichiatra	142	18.3%	119	14.3%
nessun invio	31	4.0%	31	3.7%
STCA	56	7.2%	55	6.6%
(...)				
totale invii post cura	778	100%	831	100%

Grafico disegnato in base alle percentuali

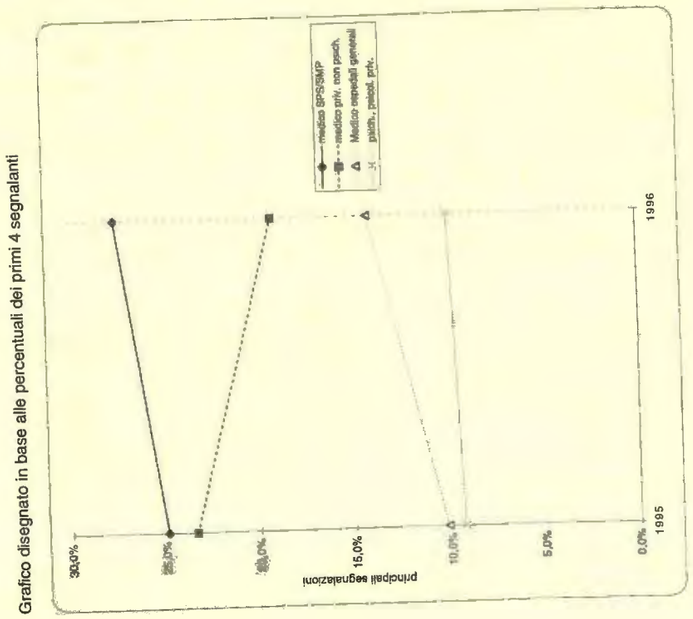


Tab. 4

CPC: principali segnalazioni 1995/1996
(Sono possibili più segnalazioni per persona; le % sono calcolate sul totale delle segnalazioni)

	1995		1996	
Medico SPS/SMP	230	24.9%	264	27.5%
Medico privato non psichiatra	216	23.4%	184	19.2%
Medico ospedali generali	94	10.2%	136	14.2%
Psichiatra, psicologo privato	86	9.3%	96	10.0%
(...)				
totale segnalazioni	925	100%	960	100%

Grafico disegnato in base alle percentuali dei primi 4 segnalanti



5.5. Alcune caratteristiche della casistica CPC

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti tra i pazienti dell'ospedale sono la **schizofrenia e le sindromi deliranti** (32.2%) e le **sindromi e disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive** (23.3%), fra cui prevalgono quelle legate all'abuso/dipendenza da alcool e i disturbi affettivi (15.3%).

La frequenza delle diagnosi è stata la seguente (1996):

	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	54	6.2%
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovute all'uso di sostanze psicoattive	203	23.3%
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	281	32.2%
Sindromi affettive	133	15.3%
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	74	8.5%
Disturbi della personalità e del comportamento	64	7.3%
Ritardo mentale	14	1.6%
Altre diagnosi	13	1.5%
Nessuna diagnosi + altri problemi	36	4.1%
Totale	872	100%

Alcune caratteristiche sociodemografiche

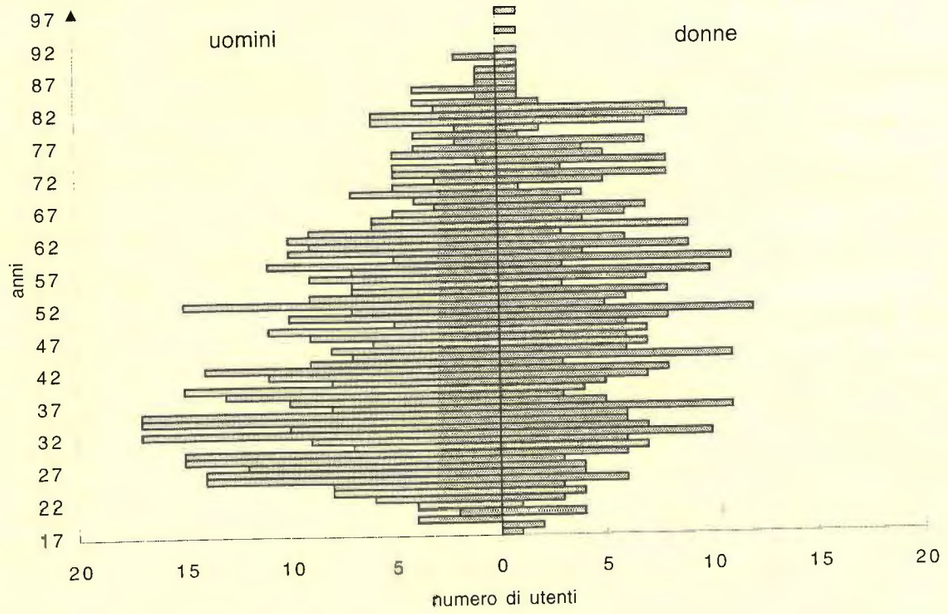
Sono più spesso gli **uomini** ad essere ricoverati in clinica psichiatrica (54.4%).
In CPC troviamo soprattutto pazienti tra **i 30 e i 49 anni**, mentre i più giovani, che nel 1995 erano nettamente sottorappresentati rispetto alla classe di età 15-29 anni della popolazione residente in Ticino, nel 1996 corrispondono quasi.
Una leggera sottorappresentazione rispetto alla popolazione vale anche per la fascia d'età fra 50 e 69 anni e per gli anziani.

CPC: composizione per età della popolazione ticinese e degli utenti 1995/1996

	1995		1996	
Classi di età	% Popolazione	% Pazienti	% Popolazione	% Pazienti
15-29 anni	23.6	16.6	22.7	21.0
30-49 anni	35.4	42.5	35.6	42.6
50-69 anni	27.2	28.9	27.7	25.3
70-80+anni	13.8	12.0	14.0	11.1
Totale	100	100	100	100

L'**età media** è di **45.1 anni**, ed è **più elevata** fra i **lungodegenti** (53.6 anni) e fra le risegnalazioni (46.9 anni contro 41.8 anni dei nuovi casi).
Le donne hanno una degenza media più elevata, soprattutto se si tratta di risegnalazioni.

Piramide d'età della popolazione ospedaliera



Solo il 17.8% ha svolto un'**attività professionale** (generalmente di livello inferiore), proporzione molto più bassa di quella riscontrata nei servizi SPS.

Attività professionale	N	%
operaio, agricoltore	69	7.9
impiegato	66	7.6
accademico, indipendente	20	2.3
casalinga	84	9.6
in formazione	28	3.2
attività protette	51	5.9
disoccupato	98	11.2
altro, non si sa	34	3.9
nessuna	370	42.4
non concerne (non risponde)	52	6.0
Totale attività lavorative	872	100

5.6. CARL: tendenze 1995-1996

La casistica del CARL (dove non esiste una suddivisione per settori) è rimasta pressoché **costante** nei 2 anni in cui è stata effettuata una raccolta dati separata dalla CPC (1995: 109 utenti; 1996: 107 utenti): questo avviene perché il numero di posti è limitato (100 letti; la degenza media per utente è stata di 318 giorni nel 1996; nel caso di congedi o di ricoveri transitori in ospedale generale il posto letto viene tenuto a disposizione e non viene ammessa un'altra persona se non in caso di dimissione definitiva, che spesso avviene per morte, data l'età degli ospiti).

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Si ha una netta prevalenza di **uomini** (73.8% nel 1996) e di persone **sopra i 50 anni**, sia in valori assoluti che in rapporto alla popolazione; è soprattutto sovrarappresentata la fascia di persone più **anziane**.

CARL: composizione per età della popolazione ticinese e degli utenti

	1996	
Classi d'età	Popolazione %	Utenti %
15-29 anni	22.7	0.9
30-49 anni	35.6	20.6
50-69 anni	27.7	42.1
70-80 o + anni	14.0	36.4
Totale	100	100

Tutti gli ospiti del CARL beneficiano di una **rendita**: il 53.3 % dell'AI, il 46.7% dell'AVS.

La **segnalazione è sempre fatta dalla CPC**, presso la quale i futuri ospiti del CARL sono degenti e dalla quale provengono direttamente.

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti tra gli ospiti del CARL sono la **schizofrenia e le sindromi deliranti** (43.0%) ed il **ritardo mentale** (27.1%).

La frequenza delle diagnosi nel 1996 è stata la seguente:

Sindromi e disturbi psichici di natura organica compresi quelli sintomatici	11	10.3%
Sindromi e disturbi psichici e comport. dovuti all'uso di sostanze psicoattive	10	9.3%
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	46	43.0%
Sindromi affettive	5	4.7%
Ritardo mentale	29	27.1%
Altre diagnosi	2	1.9%
Altri problemi	4	3.7%

Sintomi psichiatrici e socio affettivi - Grado di autonomia

Come già detto la raccolta dati del CARL, oltre a rilevare i dati sociodemografici e clinici di cui presentiamo qui i più significativi, presenta una scheda che rileva i sintomi psichiatrici e socio-affettivi ed il grado di autonomia degli ospiti; infatti trattandosi di una struttura per lungodegenti, questa rilevazione permette di monitorare i cambiamenti.
Le persone che svolgono un'attività lavorativa-occupazionale (laboratori protetti) con regolarità sono circa il 45%, mentre quelle incapaci di gestire i propri spazi individuali e che hanno difficoltà a mantenere un minimo di relazioni sociali si sono ridotte da circa il 40% nel 1995 a circa il 30% nel 1996. Quasi il 50% presenta una compromissione importante della sfera cognitiva, il 40% ha problemi legati alla mobilità.
Delle 107 persone ospiti al CARL nel 1996 circa il 60% ha avuto il suo primo ricovero in clinica psichiatrica almeno 20 anni prima e lo ha avuto prima dei 40 anni di età.

6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

6.1. Premessa

Uno dei quesiti che ci si può porre leggendo i dati delle statistiche della psichiatria pubblica è quello di cercare di intravvedere quale parte di morbilità psichiatrica in Ticino le strutture pubbliche nel loro insieme coprano, sia da un punto di vista complessivo che rispetto alle diverse patologie.
Rispondere in modo esaustivo a questo quesito non è possibile non disponendo di studi epidemiologici generali sui diversi disturbi psichici presenti nella popolazione residente in Ticino né di dati dettagliati riguardo alla casistica degli psichiatri, psicoterapeuti e psicologi privati, e dei medici privati non psichiatri. Si può tuttavia cercare di trarre alcune indicazioni dai più importanti e recenti studi epidemiologici sui disturbi psichici effettuati in alcuni paesi occidentali, in Svizzera e in Ticino.
E' comunque noto che nelle società moderne le malattie psichiatriche sono diffuse e possono avere serie conseguenze: è stato stimato che almeno 500 milioni di persone nel mondo soffrono di qualche tipo di disordine mentale e che il 40% delle persone disabili lo sono a causa di questo motivo. **Le previsioni epidemiologiche mostrano inoltre che l'entità del problema riguardante la salute mentale si incrementerà**: questo come risultato di vari fattori, incluso l'aumento della speranza di vita, per cui molte persone raggiungeranno un'età in cui il rischio di disturbi mentali è più alto (demenze), mentre quelle già colpite potranno vivere più a lungo.
Il campo dei problemi di ordine mentale eccede di molto le risorse disponibili per la sua risoluzione: diventa essenziale perciò disporre di dati relativi alla diffusione di tali patologie, alle differenze temporali e culturali ed ai fattori di rischio associati (da "Personality disorder", G. de Girolamo, J.H.Reich, OMS).

6.2. La morbilità psichiatrica nella popolazione generale secondo alcuni recenti studi

L'Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), uno degli studi più importanti in epidemiologia psichiatrica, condotto dall'Istituto Nazionale americano di salute mentale in collaborazione con cinque università[2] , indica una **prevalenza-vita dei disturbi mentali nella popolazione generale del 33%** (ossia una persona su tre può soffrirne almeno una volta nel corso della sua vita), dato che scende al 22% se si escludono l'alcoolismo e l'abuso di sostanze.
I disturbi più comuni, sempre sulla base della prevalenza-vita nella popolazione generale sono:

- i disturbi d'ansia (15%), in particolare le fobie (13%);
- l'alcoolismo (13%);
- i disturbi affettivi (8%), in particolare gli episodi di depressione maggiore (6%);
- i problemi di droga (diversa dall'alcool) (6%), in particolare la dipendenza o l'abuso di marijuana.

I disturbi mentali costituiscono la proporzione maggiore della morbilità totale nella popolazione, e fra questi il problema più importante in termini di salute mentale è costituito dalle nevrosi, con un rischio di morbilità negli uomini del 9-10% e nelle donne del 17-19%.

Per le psicosi c'è invece un rischio di morbilità del 3.5-4.7% per gli uomini e del 3.6-6.9% nelle donne.
Va inoltre considerato che la **comorbilità**, ossia la comparsa simultanea in uno stesso individuo di più disturbi psichici è relativamente frequente. E` infatti il sistema, un po' artificiale ma difficilmente sostituibile, di codifica dei sintomi in sistemi diagnostici che tende a separare sindromi complesse in componenti. Per esempio si stima che il 18-25% degli alcoolisti abbia un episodio di depressione maggiore (contro il 4.7% della popolazione generale), e che tra il 20 e 79% di essi presentino disturbi antisociali di personalità (contro solo l'1% della popolazione generale). Esiste anche una marcata tendenza ad una comorbilità tra schizofrenia e abuso di droghe, tra depressione, personalità borderline e disturbi d'ansia, e tra stress post-traumatico, ansia e depressione.

Oltre al tasso che esprime la probabilità che in una popolazione si presentino le diverse malattie in esame nel corso della vita dei soggetti, la ricerca epidemiologica evidenzia la percentuale di persone che in un determinato anno, in una data popolazione, soffre di quella malattia, espressa nel tasso di **prevalenza-anno**. I dati che presentiamo nella tabella che segue si riferiscono alle prevalenze annuali dello studio ECA[3] .

---

2 "Progress in psychiatry", R. Michels, P. M. Marzuk, Cornell University Medical College, New York, in "The New England Journal of Medicine", Aug.1993; tratto da "The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program", D. A. Regier, J.K.Myers, M.Kramer, 1984.

3 "La contribution de l'épidémiologie à la recherche étiologique en psychiatrie: des facteurs de risque aux mécanismes du risque", E. Fombonne, in "Rev. Epidém. et Santé Publ.", 1993, 41, 263-276

Prevalenza dei disturbi psichiatrici su 19'640 adulti (studio ECA, 1991)

Diagnosi	Prevalenza annuale %
Fobie	8.8
Abuso/dipendenza da alcool	6.3
Depressione maggiore	3.7
Abuso/dipendenza dalle droghe	2.5
Personalità antisociale	1.2
Schizofrenia	1.0
Mania	0.6
Almeno una diagnosi	20.0

Per quanto riguarda i **minori**, la **prevalenza complessiva tra gli 8 e gli 11 anni é stimata 12.4%** (5.9% per i disturbi più gravi), il che significa che quasi un ragazzo/a su otto nella fascia d'età considerata soffre di disturbi psichici[4]. Molti disturbi psichici iniziano in giovane età e hanno un andamento cronico o ricorrente. Secondo i dati ECA la metà dei soggetti che soffrono di disturbi psichici hanno presentato i primi sintomi prima dei 16 anni e il 90% prima dei 38 anni. Fattori genetici giocano un ruolo nell'eziologia e nella patogenesi delle psicosi e dei disturbi affettivi. Ma sono stati individuati anche altri fattori di rischio non specifici legati ad una varietà di disturbi psichici: la mancanza di supporti familiari e sociali, un cambiamento di status (per esempio la perdita del lavoro), e l'esposizione prolungata e massiccia a situazioni di stress. Alcuni gruppi di sintomi e comportamenti correlati a dei quadri clinici sono stati descritti come connessi a fattori ambientali e a stili di vita che possono risultare prevalenti in alcuni gruppi specifici di popolazioni.

Per quanto riguarda alcune tendenze, si può desumere dalle diverse ricerche epidemiologiche quanto segue[5]:

- il rischio di morbilità nelle psicosi maggiori sembra non aver conosciuto un aumento nel tempo, soprattutto per quanto riguarda i nuovi casi;
- la prevalenza delle psicosi croniche sembra essere aumentata, ma di poco, come risultato dell'incremento demografico della popolazione anziana a seguito della diminuzione della mortalità;
- per quanto riguarda i disturbi nevrotici non si riesce a trarre conclusioni, a causa della insufficiente comparabilità dei risultati e dei criteri diagnostici;
- per contro la dipendenza da alcool e da droghe sembra essere aumentata, come pure la prevalenza di disturbi mentali organici, quest'ultima per il citato aumento della popolazione anziana;
- le donne hanno un rischio di ammalarsi maggiore, particolarmente per le nevrosi e i disturbi affettivi; questa differenza di morbilità fra i due sessi è consistente in tutte le comunità studiate;

4 "The Chartres Study: I. Prevalence of Psychiatric Disorders Among French School-Aged Children", E. Fombonne, in "British Journal of Psychiatry", 1994, 164, 69-79

5 "Epidemiologic surveys of mental health of geographically defined populations in Europe", A. Jablensky, in "Community surveys of Psychiatric disorders", volume 4

- contrariamente a quanto si ritiene, sembra che più di un terzo dei disturbi affettivi siano limitati nel tempo (fino a quattro mesi) indipendentemente dai trattamenti, e solamente meno di un quinto abbiano una durata di tre anni o più.

In tutti i paesi i disturbi psichici sono sotto-diagnosticati e sottostimati e la maggior parte delle persone che ne sono affette, tranne quelle con diagnosi più gravi, non seguono trattamenti specifici. Molti disturbi di carattere psichico non vengono rilevati anche in persone che seguono cure diverse: per esempio, casi di alcoolismo, soprattutto se la persona appartiene alle categorie socioeconomiche elevate, non sono riconosciuti come tali, e spesso le depressioni non vengono individuate. Pertanto:

*"**In una popolazione di 1'000 persone** si può ragionevolmente assumere che **circa 250 denunciano sintomi di disagio psichico**; esistono buoni motivi, desunti da ricerche empiriche attendibili, per ritenere che 230 di esse si rivolgono al loro medico di base per sapere se per tali disturbi devono sottoporsi ad un trattamento; dati ampiamente confermati permettono di affermare che dei 230 il medico di base ne riconosce circa 100 come casi da trattare con farmaci e/o sostegni di vario tipo. **Sono, invece, soltanto 21 le persone che invia ai servizi psichiatrici**".* [6]

Per quanto concerne i minori, secondo alcuni autori solo il 35% di coloro che presentano problemi mentali consulta un servizio, un ospedale o un operatore sanitario[7], con ampie variazioni a seconda del tipo di disturbo mentale presentato.

6.3. Alcune indicazioni relative allo stato di salute psichica in Ticino e in Svizzera

Sono stati resi noti nel 1994 dall'Ufficio Federale di Statistica i risultati dell'"Indagine sulla salute in Svizzera" compiuta su 23'000 economie domestiche. Poco dopo la Sezione Sanitaria ha pubblicato un bilancio sullo stato di salute della popolazione in Ticino "La salute dei Ticinesi".

Fra i vari indicatori rilevati, vale la pena di segnalare gli indicatori soggettivi dello stato di salute e del benessere psichico (quest'ultimo comprende le risposte a quattro domande di un test su un campione di 1700 soggetti[8]): è in Ticino che il maggior numero di persone dichiara di essere in **condizioni psichiche non buone** (41% contro 29.9% nella Svizzera tedesca e 29.1% nella Svizzera romanda).
E' interessante però osservare che mentre in Ticino abbiamo un numero relativamente elevato (più di 1/3 della popolazione) di persone che soggettivamente si lamentano di essere tesi, nervosi o depressi, il tasso di **suicidi**, standardizzato per età sulla popolazione residente, è il più basso della Svizzera per gli uomini e il terzo più basso dopo Svitto e Uri per le donne.

6 "Manuale di Epidemiologia Psichiatrica", E. Torre, Ed. La Goliardica pavese, Pavia, 1992.

7 "Uncommon Troubles in Young People", A.Whitaker, et al. Arch. Gen. Psychiatry, may 1990.

8 "La salute dei Ticinesi", a cura di G. Domenighetti, Sezione Sanitaria, Dipartimento delle Opere Sociali, Cantone Ticino, Bellinzona.

Va però rilevato che, come sottolineato da un recente studio sulla salute in Svizzera[9], nei paesi europei la Svizzera è il sesto paese con la maggior mortalità per suicidio con 2.07 suicidi ogni 10'000 abitanti (mentre è il paese in cui la mortalità in generale è la più bassa d'Europa, con il tasso più basso per le donne, e il terzo più basso per gli uomini).
E' difficile determinare invece il numero di tentativi di suicidio e di atti ad essi assimilabili. Molto spesso i tentativi di suicidio e i suicidi sono associati a malattie psichiche, in particolare sindromi depressive. Le influenze dei fattori socioeconomici e culturali sono assai complesse: anche l'isolamento sociale e la disgregazione delle strutture familiari vi risultano correlati.

Una inchiesta del 1989 realizzata nel quadro del Progetto intercantonale sugli indicatori di salute (IGIP/PROMES, responsabili della concezione e della realizzazione dell'inchiesta: H.Noack, T.Spuhler, W.Weiss, Berna/Losanna, 1990) nei Cantoni Berna, Zurigo, Vaud, Ginevra e Ticino indica che il 7.8% della popolazione in Svizzera era stata in trattamento medico per **depressione**, in proporzione doppia le donne (10.4%) rispetto agli uomini (4.9%).
Uno studio recente sulla depressione nella popolazione fino a 30 anni svolto a Zurigo[10] dà una prevalenza di 36.4% di persone che hanno già sofferto nella loro vita di **disturbi affettivi**, principalmente di depressioni unipolari tra cui depressioni brevi ricorrenti e altre forme, ma ben il 12.8% ha sofferto di depressioni maggiori.
Anche questo studio rileva come le donne soffrano nettamente di più di disturbi affettivi (44.8%) che gli uomini (27.8%).
Tuttavia sembra che la popolazione ticinese adulta sia maggiormente affetta dall'**ansia** che dalla depressione (vedi nota 8): 10% delle donne e degli uomini tra 35 e 64 anni soffrivano, al momento dell'inchiesta, di depressione (dato che non contraddice quanto affermato nell'inchiesta svolta a Zurigo sui giovani fino a 30 anni, in cui si rilevava il tasso di depressione avuta nel corso della vita), percentuale che sale al 39% delle donne e al 28% degli uomini per l'ansia.
Dalle correlazioni effettuate emerge che, rispetto alla formazione scolastica, negli uomini non ci sono correlazioni particolari, mentre nelle donne, a minor formazione scolastica corrisponde più depressione ed ansia. Il fatto di avere un'attività professionale retribuita almeno al 50%, sembra essere collegato con minor depressione ed ansia. Le donne appartenenti ai quadri professionali superiori sembrano essere meno ansiose e depresse.

Un sintomo dell'ansia e della depressione può essere l'**insonnia**: infatti sembra (vedi nota 8) che un quarto delle donne in Ticino e 10% degli uomini ne soffrono regolarmente, con tendenza all'aumento con l'invecchiamento.

A fronte di questi problemi, emerge anche un massiccio **consumo di sonniferi e tranquillanti**: 14% delle donne e 6% degli uomini ne fa uso quotidianamente da almeno un anno, ponendo il Ticino come Cantone con il più alto consumo, almeno per le donne.

9 "La salute in Svizzera", a cura di W.Weiss, Ufficio Federale della Sanità Pubblica, Edizioni Casagrande, Bellinzona, 1994.

10 "Depressionen", W.Pöldinger e Ch.Reimer, Spinger-Verlab, Berlino, 1993.

6.4. Stime sulla morbilità psichiatrica in Ticino

A partire dai dati appena esposti si può tentare un confronto con il Ticino: ci si é basati sulla popolazione legale permanente del 1996 per le tendenze di Casvegno e dei servizi ambulatoriali, fornite dall'USTAT.
Sottolineiamo che le considerazioni che seguono sono **stime** approssimative e vanno prese esclusivamente come tali.

Considerando il tasso di prevalenza annua del 25% si potrebbe desumere che nel 1996

circa 61'300 adulti in Ticino
potrebbero aver presentato sintomi di disagio psichico e
circa 5'000 sarebbero stati visti dai servizi psichiatrici pubblici,

assumendo il dato secondo cui circa il 2.1% della popolazione consulta i servizi della psichiatria pubblica.

E' interessante osservare come vi sia un'ampia convergenza tra le stime a cui si giunge riferendosi alle indagini epidemiologiche internazionali e i dati quantitativi effettivi della casistica OSC.
Per le malattie più gravi (per esempio la schizofrenia) si può ritenere che la maggior parte della popolazione in Ticino stimata come affetta secondo i tassi di prevalenza (1% della popolazione adulta, ossia circa 2500 persone) sia presa a carico, o dalle strutture dell'OSC o dagli specialisti privati (si consideri che nel 1996 una trentina di psichiatri privati erano attivi nel cantone; vanno inoltre considerate le cliniche psichiatriche private).
Per i disturbi affettivi, in particolare le depressioni meno gravi, e per l'alcoolismo, il numero di persone stimate come tali si discosta comunque grandemente da quello dei pazienti presi a carico, pur considerando che una parte del totale sono seguiti da psichiatri e psicologi privati, dalla STCA e da medici non psichiatri: si sa inoltre che esiste una fascia ampia di persone non presa a carico.

Tutte le ricerche epidemiologiche segnalano il fatto che vi sono persone che non ricorrono a trattamenti, e sono proprio questi studi che hanno permesso di evidenziarne l'ampiezza.
A questo riguardo uno dei quesiti che ci si pone è quello dell'evoluzione naturale, cioè senza trattamento, di problemi comportamentali, che cosa la storia naturale di disturbi affettivi e comportamentali ci può dire riguardo alla loro eziologia e infine quanto possono essere influenzati da interventi di prevenzione[11].
Evidentemente le cifre che abbiamo riportato sono molto approssimative, ed hanno lo scopo non di fornire indicazioni epidemiologiche significative, ma di delineare alcuni contorni del problema del disagio psichico, riferendosi ad un territorio dato, cioè il Ticino, per permettere l'individuazione delle tendenze.

I dati relativi ai minorenni sono molto più scarsi in letteratura di quelli concernenti gli adulti, anche per difficoltà di consenso sulle definizioni.

11 Vedi nota 10

Gli autori[12] che hanno analizzato l'utenza dei servizi di salute mentale per minori, concordano nel ritenere che i nuovi utenti rappresentano annualmente circa l'1% della popolazione minorenne residente nel bacino di utenza del servizio. Assumendo per ipotesi la stessa percentuale di nuovi casi (1%) anche per il Canton Ticino, su 60'703 minori residenti nel 1996,

circa 607 minorenni si sarebbero presentati per la prima volta ai servizi psichiatrici pubblici per minori.

Anche nel caso dei minori il valore stimato non si discosta molto dal numero di nuovi casi minorenni effettivamente visti negli SMP nel corso del 1996 **che sono stati 713** (+1.6%).

6.5. Considerazioni conclusive

Circa 17 adulti su 1000 adulti * residenti in Ticino e 22.8 minorenni su 1000 minorenni residenti sono entrati in contatto con i servizi dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale nel corso del 1996: percentuali che corrispondono a quelle di altre indagini epidemiologiche condotte in altre parti del mondo occidentale. Va ricordato inoltre che per quanto riguarda le strutture residenziali, accanto alla CPC e al CARL, il Ticino dispone di circa altrettanti letti in cliniche psichiatriche private.
Come sottolineato precedentemente si tratta di una minoranza rispetto alle persone che si rivolgono al loro medico curante (generalista) segnalando sintomi di disagio psichico: molto verosimilmente si tratta soprattutto di coloro che presentano una sintomatologia psichiatrica e/o una problematica psicosociale più severa, che spesso richiedono interventi specialistici e multidisciplinari.
In effetti i dati concernenti le diagnosi mostrano la prevalenza, sia nei pazienti ricoverati presso CPC e CARL che fra quelli seguiti al SPS, di disturbi schizofrenici o psicotici (CPC/CARL e SPS), di gravi depressioni (SPS), di disturbi di dipendenza da alcool o da altre sostanze stupefacenti (CPC) e di disturbi mentali organici (CPC).
Molto meno presenti fra gli utenti (CPC/CARL e SPS) sono invece i disturbi d'ansia e le somatizzazione che nelle indagini epidemiologiche risultano essere fra i sintomi di disagio psichico più frequenti nella popolazione, e che sono spesso trattati dai medici di famiglia o da psicoterapeuti privati.

Anche i dati concernenti l'attività lavorativa svolta dai pazienti nel corso dei 6 mesi precedenti la presa a carico specialistica confermano le caratteristiche particolari della popolazione adulta seguita dai servizi pubblici.
Fra i pazienti seguiti presso gli SPS solo circa una persona su tre ha un'attività lavorativa retribuita, quasi un altro terzo é al beneficio di una rendita (AVS o AI), una su 7 é casalinga e l'8.3% é disoccupato.

* Sommando le percentuali dei SPS (14.4‰ v. pag. 5) e di Casvegno (3.9‰, v. pag. 25) si ottiene 18.3‰. Vi sono però persone che si sono rivolte ad entrambe le strutture; contando 1 volta sola la persona adulta in rapporto alla popolazione adulta si ottiene il 17‰ ca.

12 "Indicatori di utenza nei primi 6 anni di attività di un servizio di salute mentale dell'età evolutiva", S. Palazzi, Giorn. Neuropsich. Età Evol., 1995, 15, 2: 95-101.

Questi dati colpiscono ancora di più se si considera che si riferiscono ad una popolazione "giovane", avendo la maggioranza un'età compresa fra i 20 ed i 39 anni.

Ancor più netta é la caratterizzazione in questo senso della popolazione ricoverata nella CPC, dove solo il 17.8% dei pazienti ha svolto, nei sei mesi precedenti il ricovero, un'attività lavorativa retribuita e quasi sempre di livello inferiore. Anche qui, più di un terzo dei pazienti beneficia di una rendita AI e l'età media é intorno ai 50 anni.
L'aumento del numero di pazienti con queste caratteristiche seguiti presso i servizi esterni e la stabilizzazione del numero di persone ricoverate in clinica, con una diminuzione della durata delle degenze ed un aumento delle risegnalazioni, ci forniscono fra l'altro due indicazioni. Da un lato confermano lo spostamento in atto da diversi anni dell'intervento sul territorio, conseguenza di scelte pianificatorie che hanno portato al potenziamento di strutture non solo psichiatriche (ad es. Consorzi di aiuto a domicilio) e non solo pubbliche (si pensi all'aumento dell'attività del "sociale-privato" e del numero di psichiatri privati).
Dall'altro indicano l'allargarsi di una fascia di popolazione che presenta sempre più caratteristiche di problematiche a più livelli, in cui confluiscono fattori legati alla salute-psichica e fattori economici-sociali, che rendono necessario un intervento di rete sul territorio. In questa direzione é interessante segnalare l'allargamento dell'attività degli SPS con interventi multidisciplinari organizzati in centri diurni (i cui dati non compaiono in questa statistica perché inglobati in quelli dei servizi).

I dati concernenti le modalità di segnalazione ai servizi per adulti e alla clinica psichiatrica evidenziano alcuni aspetti (soprattutto medico-sanitari) di questa rete assistenziale.
All'interno dell'OSC troviamo una conferma di una continuità di presa a carico fra servizi esterni e reparti di degenza per quella popolazione con le caratteristiche di cui sopra, con una elevata percentuale di segnalazioni nelle due direzioni.
In generale sembra esservi una buona collaborazione anche con i medici privati non psichiatri, che segnalano sia alla CPC che ai servizi esterni 1 paziente su 5-6, con l'eccezione del settore di Lugano, dove vi é una maggior concentrazione di psichiatri privati.
Gli psichiatri privati a loro volta segnalano più pazienti ai servizi, per problematiche di tipo psicosociale, che non all'ospedale psichiatrico, da cui invece ricevono un maggior numero di pazienti.
Negli ultimi anni si sta sviluppando una maggiore collaborazione fra gli ospedali generali e i servizi esterni (soprattutto a Lugano): questa collaborazione sembra assumere per le caratteristiche dei pazienti (diagnosi psichiatrica, appartenenza sociale) e la modalità di presa a carico richiesta, connotazioni diverse da quelli che sono gli interventi abituali di un servizio psicosociale; questa esperienza dovrà essere ulteriormente analizzata.

I dati che si riferiscono alla rete di contatti tra CPC, SPS ed esterno non permettono di evidenziare l'importante lavoro svolto in collaborazione con tutte quelle strutture non medicalizzate presenti sul territorio e che svolgono un importante ruolo nella presa a carico di pazienti con disturbi psicotici (laboratori protetti, foyers), con disturbi di dipendenza (STCA, antenne, comunità terapeutiche), con disturbi cerebrali organici (case per anziani), come pure con quelle istituzioni quali le delegazioni tutorie comunali, l'ufficio del tutore cantonale e le polizie cantonali e comunali, spesso chiamate ad intervenire, anche in urgenza, in situazioni di grave disagio psichico.

I dati che emergono dalla statistica psichiatrica ticinese traducono anche, in una certa misura, il tipo di politica sanitaria seguita e l'attività dei filtri esistenti sul territorio.

Attualmente si constatano bisogni che sembrano perdurare nel tempo, quelli relativi a certe gravi situazioni acute e quelli legati alla casistica adulta menzionata che tende ad allargarsi; anche la casistica dei servizi minorili tende alla stabilità.

E' pur vero tuttavia che le strutture psichiatriche, come tutti i servizi, sono parte integrante di una società che cambia. Mutamenti nella politica sanitaria potrebbero produrre variazioni anche significative rispetto ad una parte della casistica che vi fa ora riferimento.

APPENDICE

1. ex ONC: tendenze 1991-1994

Considerando il periodo 1991-1994, se si disaggregano i dati per settore e per tipologia di utenza si riscontrano alcune particolarità: il Sopraceneri ha il maggior numero di ricoverati in cifre assolute, ma il minore relativamente alla sua popolazione residente (nel 1994 2.7‰, il Luganese 2.9%o e il Mendrisiotto 4.4‰, regione che aveva il tasso più elevato già nel 1991).

Nel periodo considerato il Mendrisiotto é l'unico settore che presenta anche un leggero, ma continuo aumento di utenti (+14.1%), viceversa nel Luganese si osserva una costante diminuzione di utenti (-10.7%). Il Sopraceneri presenta invece un andamento irregolare: in diminuzione dal 1991 al 1993 e in aumento nel 1994 (tab. 3, pag. 48).

ex ONC: numero di pazienti per settore 1991-1994

	1991	1992	1993	1994
Mendrisiotto	192	197	209	219
Luganese	391	380	360	349
Sopraceneri	335	316	305	351
Totale pazienti	918	893	874	919

La suddivisione degli utenti ex ONC per tipologia - nuovi casi (pazienti ricoverati per la prima volta), risegnalati e lungodegenti (soggetti con almeno 340 giorni annuali di permanenza in ospedale) - consente di evidenziare una continua e netta diminuzione dei lungodegenti dal 1991 al 1994 (-33.8%) e nel contempo un aumento di nuovi casi (+21%).
I soggetti risegnalati invece presentano un andamento irregolare con un accentuato aumento soprattutto nell'ultimo anno. Considerando le percentuali annue, i pazienti risegnalati hanno rappresentato circa il 52% dei pazienti dell'EX ONC, mentre i lungodegenti sono scesi dal 21% del 1991 a poco più del 14% dell'utenza del 1994; i nuovi casi sono aumentati dal 27.5% del 1991 a più del 33% nel 1994.

ex ONC: tipologia degli utenti nel 1991-1994

	1991		1992		1993		1994		D	D %
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	'94 -'91	'94 -'91
Nuovi casi	252	27.5	270	30.2	274	31.3	304	33.1	+52	+21
Lungodegenti	198	21.5	160	17.9	152	17.4	131	14.2	-67	-33.8
Risegnalazioni	468	51.0	463	51.9	448	51.3	484	52.7	+16	+3
Totale	918	100	893	100	874	100	919	100	+1	+0.1

Queste tendenze si manifestano in modo difforme nei tre settori.

I lungodegenti diminuiscono in tutti i settori, soprattutto nel Sopraceneri (-71.9%) (tab. 3).
Mentre i nuovi casi aumentano nel Sopraceneri e soprattutto nel Mendrisiotto (+79,5%), mentre rimangono costanti nel Luganese, superando il 30% del totale dei ricoverati in tutti e tre i Settori.
Le risegnalazioni presentano un aumento nel Mendrisiotto (+5,2%), una diminuzione nel Luganese (-12,8%) e un forte aumento nel Sopraceneri (+20,6%).

Le diversità riscontrate nei tre settori forse risentono del tipo di offerta psichiatrica esistente sul territorio (più ampia e articolata nel Luganese e meno presente nel Sopraceneri), che consentirebbe di dirottare i pazienti psichiatrici in altre strutture diverse dall'ex ONC, laddove l'offerta psichiatrica è numericamente più ampia.

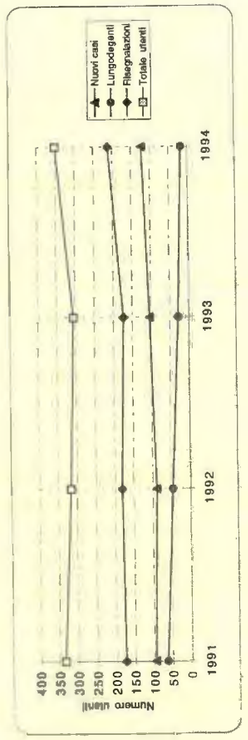
Anche considerando il concomitante aumento della popolazione del Cantone avvenuta dal '91 al '94 (+4% circa), l'aumento dei nuovi casi risulta comunque maggiore dell'aumento della popolazione generale.
Infatti il tasso di incidenza, inteso come il numero annuale di nuovi utenti in cura ogni 1000 abitanti, mostra una leggera crescita:

$$\text{Incidenza} = \frac{\text{Nuovi utenti in cura}}{\text{Popolazione residente in Ticino}} \times 1000$$

1991: 0.862‰, 1992: 0.913‰, 1993: 0.915‰, 1994: 1.002‰

Da un'analisi più approfondita sui soggetti ricoverati per la prima volta nell'ex ONC nel 1991, dopo 24 mesi il 28% risultava aver avuto almeno un altro ricovero o era diventato lungodegente.
Quindi c'è da attendersi che, **se l'aumento dei nuovi casi continuerà** anche in futuro e permanendo la situazione terapeutica e assistenziale attuale, si avrà un **aumento di lungodegenti** o più probabilmente di risegnalazioni, confermando il mutamento della tipologia dei pazienti psichiatrici segnalato anche in altri paesi: **meno giornate di degenza e contatti più frequenti con le strutture sia ambulatoriali che residenziali protette**.

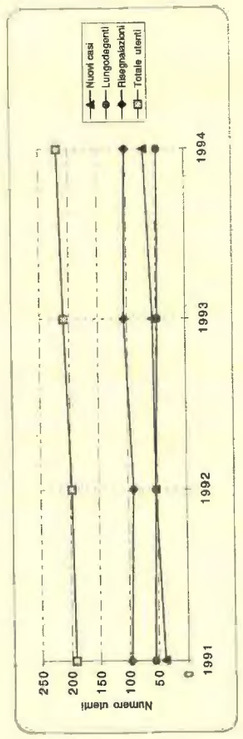
Sopraceneri	1991 N	1991 %	1992 N	1992 %	1993 N	1993 %	1994 N	1994 %	D '94 - '91	D% '94 - '91
Nuovi casi	96	28,7	89	28,2	104	34,1	122	34,8	+26	+27,1
Lungodegenti	64	19,1	46	14,5	28	9,2	18	5,1	-46	-71,9
Risegnalazioni	175	52,2	181	57,3	173	56,7	211	60,1	+36	+20,6
Totale utenti	335	100	316	100	305	100	351	100	+16	+4,8



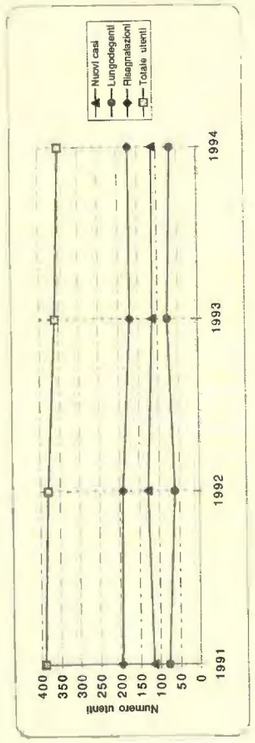
Tab. 3

EX-ONC: tipologia utenti per settore 1991/1994

Mendrisiotto	1991 N.	1991 %	1992 N.	1992 %	1993 N.	1993 %	1994 N.	1994 %	D '94 - '91	D% '94 - '91
Nuovi casi	39	20,3	53	26,9	56	26,8	70	32,0	+31	+79,5
Lungodegenti	56	29,2	53	26,9	48	23	47	21,5	-9	-16,1
Risegnalazioni	97	50,5	91	46,2	105	50,2	102	46,5	+5	+5,2
Totale utenti	192	100	197	100	209	100	219	100	+27	+14,1



Luganese	1991 N.	1991 %	1992 N.	1992 %	1993 N.	1993 %	1994 N.	1994 %	D '94 - '91	D% '94 - '91
Nuovi casi	117	29,9	128	33,7	114	31,7	112	32,1	-5	-4,3
Lungodegenti	78	20,0	61	16,0	76	21,1	66	18,9	-12	-15,4
Risegnalazioni	196	50,1	191	50,3	170	47,2	171	49,0	-25	-12,8
Totale utenti	391	100	380	100	360	100	349	100	-42	-10,7



2. Flussi: segnalazioni e invii

La casistica ospedaliera è prevalentemente segnalata da medici dei servizi ambulatoriali SPS/SMP, con un incremento costante nel tempo (1991: 20.8%, 1994: 28.4%), e da medici privati non psichiatri (circa il 19% delle segnalazioni del 1994). Le segnalazioni da parte dei medici di ospedali generali e degli psichiatri/psicologi privati restano costanti, con oscillazioni negli anni fra il 2 e 3% circa (tab. 4, a pag. seguente).

Per quanto riguarda invece gli invii dopo la dimissione dall'ex ONC, i pazienti dimessi vengono inviati soprattutto ai medici dei servizi psichiatrici ambulatoriali pubblici, anche se questo tipo di invio ha conosciuto nell'ultimo anno una significativa flessione dopo alcuni anni di incremento (1993: 46.1%, 1994: 38.5%). Fra il 1991 e il 1994 vi è pure una leggera diminuzione degli invii a psichiatri e psicologi privati, mentre è netto l'aumento di invii a medici privati non psichiatri (1993: 8.6%, 1994: 14.1%) (tab. 5, a pag. seguente). La rete dei principali flussi é illustrata anche dalla figura "Rete dei contatti 1994", sotto il capitolo 3.2. "Flussi: segnalazioni e invii" per i Servizi Psico-sociali).

Confrontando le figure professionali che hanno inviato pazienti in ospedale e quelle a cui sono stati inviati i pazienti alla dimissione, si può notare che la percentuale dei pazienti che vengono inviati a psichiatri e psicologi privati é leggermente superiore a quella dei pazienti segnalati all'ospedale dalle stesse figure professionali (10.5% segnalati, 14.7% inviati); dopo le dimissioni diminuiscono inoltre gli invii ai medici privati non psichiatri e aumentano invece quelli agli SPS (dal 28.4% al 38.5%).

Esaminando i principali invii post-cura dei tre settori nel 1994, si riscontra che è soprattutto il Sopraceneri ad inviare pazienti ai medici dei servizi ambulatoriali SPS/SMP, probabilmente per una minor presenza numerica di psichiatri privati nella regione, mentre il Luganese invia in misura maggiore a psichiatri/psicologi privati (20.2%) e a medici privati non psichiatri (18.4%), come emerge dalla tabella che segue (in questa e sulle prossime tabelle, sia riguardo alle segnalazioni che agli invii, le percentuali segnate con (...) indicano un raggruppamento di diverse voci numericamente meno importanti quali la Società Ticinese contro l'Alcolismo, le Antenne, il Penitenziario Cantonale, il Medico Delegato, altri Organi di Giustizia, i Servizi Sociali e così via).

Ex ONC: invii alla dimissione per settore - 1994

	Mendrisiotto		Luganese		Sopraceneri		Totale	
SPS/SMP	67	39.4%	65	23.0%	171	50.9%	303	38.5%
psichiatra, psicologo privati	24	14.1%	57	20.2%	35	10.4%	116	14.7%
medico priv. non psichiatra	23	13.5%	52	18.4%	36	10.7%	111	14.1%
nessun invio	8	4.7%	12	4.3%	4	1.2%	24	3.0%
(...)								
totale invii post cura	170	100%	282	100%	336	100%	788	100%

Il numero totale di invii, preso come totale (100%) di questa tabella, è diverso dal numero di utenti per due motivi:
- è possibile indicare più risposte alla domanda relativa all'invio, all'uscita di un utente;
- non ci sono invii nel caso di utenti lungodegenti, in quanto sulla relativa scheda non è riportata questa domanda, essendo una domanda relativa all'uscita.

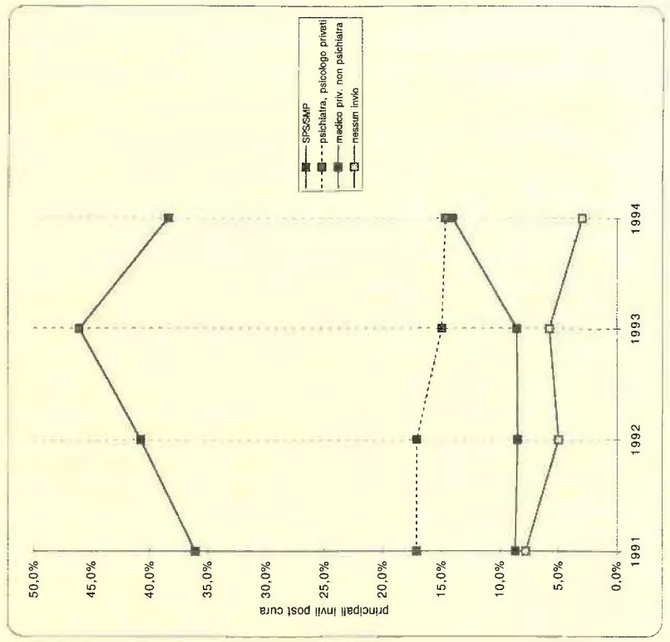
Tab. 5

ex ONC: principali invii post cura 1991/1994

(Non ci sono invii per i lungodegenti; le % sono calcolate sugli invii disponibili)

	1991		1992		1993		1994	
SPS/SMP	260	36,1%	299	40,8%	333	46,1%	303	38,5%
psichiatra, psicologo privati	123	17,1%	125	17,1%	108	15,0%	116	14,7%
medico priv. non psichiatra	63	8,7%	62	8,5%	62	8,6%	111	14,1%
nessun invio	56	7,8%	37	5,0%	42	5,8%	24	3,0%
(...)								
totale invii post cura	720	100%	733	100%	722	100%	788	100%
lungodegenti	198		160		152		131	
totale utenti	918		893		874		919	

Grafico disegnato in base alle percentuali



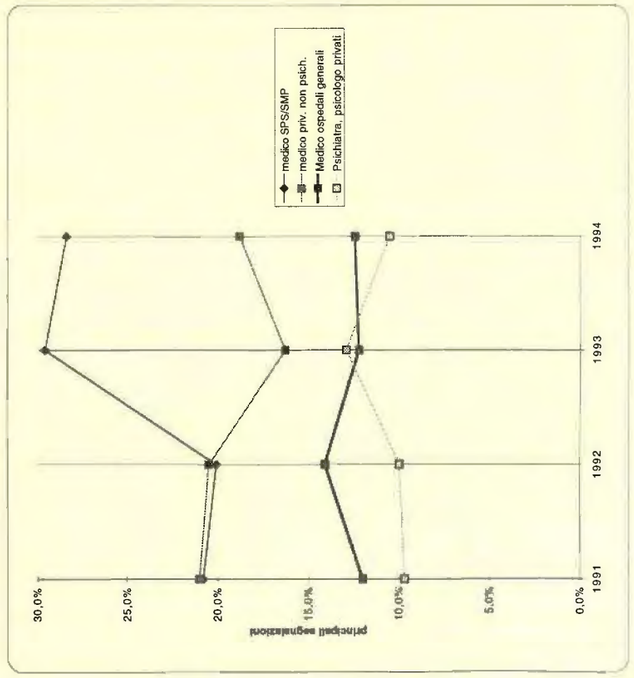
Tab. 4

ex ONC: principali segnalazioni 1991/1994

(non ci sono le segnalazioni per i lungodegenti; le % sono calcolate sulle segnalazioni disponibili)

	1991		1992		1993		1994	
Medico SPS/SMP	150	20,8%	147	20,1%	212	29,6%	224	28,4%
Medico privato non psichiatra	151	21,0%	150	20,5%	118	16,3%	148	18,8%
Medico ospedali generali	86	12,0%	103	14,1%	88	12,2%	98	12,4%
Psichiatra, psicologo privati	70	9,7%	73	10,0%	93	12,9%	83	10,5%
Altre segnalazioni	263	36,5%	260	35,3%	211	29,0%	235	29,9%
Totale segnalazioni	720	100,0%	733	100,0%	722	100,0%	788	100,0%
lungodegenti	198		160		152		131	
totale utenti	918		893		874		919	

Grafico disegnato in base alle percentuali dei primi 4 segnalanti



3. Alcune caratteristiche della casistica ex-ONC

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti tra i pazienti dell'ospedale sono la **schizofrenia** e gli altri **disturbi psicotici** (33.2%), l'**abuso e la dipendenza da alcol** (16.7%), le **demenze** e i **disturbi mentali organici** (11%).

Principali quadri diagnostici per sesso - 1994

	Uomini		Donne		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Abuso/dipendenza da alcool	114	21.2	39	10.2	153	16.7
Depressioni maggiori e dist. bipolari	46	8.5	50	13.1	96	10.4
Nevrosi/dist. del sonno/depressioni minori	36	6.7	45	11.8	81	8.8
Schizofrenia e altri disturbi psicotici	162	30.1	143	37.6	305	33.2
Demenze/disturbi mentali organici	51	9.5	50	13.1	101	11.0
Abuso/dipend. da sostanze stupefacenti	58	10.8	11	2.9	69	7.5
Altro/nessuna diagnosi	71	13.2	43	11.3	114	12.4
Totale	538	100	381	100	919	100.0

I disturbi psicotici sono la diagnosi più frequente per entrambi i sessi (30.1% fra gli uomini e 37.6% fra le donne); seguono, in ordine decrescente di frequenza, per gli uomini i disturbi da alcool (21.2%) e l'abuso di sostanze psicoattive (10.8%), mentre fra le donne le depressioni maggiori e i disturbi bipolari (13.1%) e le demenze e i disturbi mentali organici (13.1%).

Alcune caratteristiche sociodemografiche

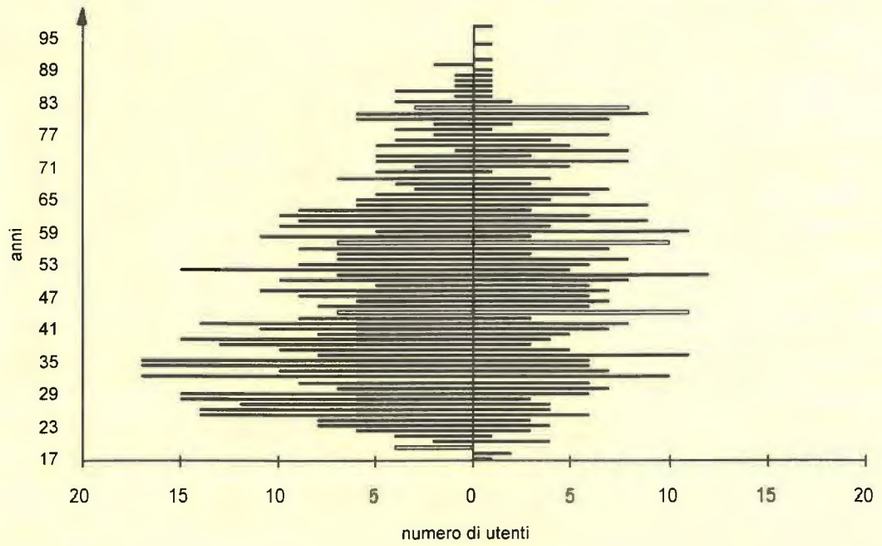
Sono più spesso gli **uomini** ad essere ricoverati in ospedale psichiatrico (58.5%), e la loro presenza è più netta fra i lungodegenti (66.4%).
All'ospedale troviamo soprattutto pazienti tra **i 30 e i 49 anni**, mentre i più giovani sono nettamente sottorappresentati rispetto alla classe di età 15-29 anni della popolazione residente in Ticino e tendono a diminuire percentualmente nel periodo di tempo considerato; vi é un leggero aumento in percentuale anche di pazienti tra i 50 e i 69 anni.

ex ONC: composizione per età della popolazione ticinese e degli utenti 1991/1994

	1991		1992		1993		1994	
Classi di età	Popolaz. %	Pazienti %	Popolaz. %	Pazienti %	Popolaz. %	Pazienti %	Popolaz. %	Pazienti %
15-29 anni	24.7	17.0	25.4	18.2	24.9	17.4	24.3	15.7
30-49 anni	35	37.2	34.6	35.6	34.8	38.4	35.1	37.4
50-69 anni	27	28.7	26.7	28.2	26.8	29	27	31.1
70-80+anni	13.3	17.1	13.3	18	13.5	15.2	13.6	15.8
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

L'**età media** è di **49 anni**, ed è **più elevata** fra i **lungodegenti** (62,3 anni) e fra le **donne** (52,3 anni contro 46,7 anni degli uomini). Le donne hanno anche in genere una degenza media più elevata (esclusi i lungodegenti, ove non si riscontrano differenze), soprattutto se si tratta di risegnalazioni.

Piramide d'età della popolazione ospedaliera



Solo il 17% ha svolto un'**attività professionale** (generalmente di livello inferiore), proporzione molto più bassa di quella riscontrata nei servizi SPS, 1/3 è beneficiario di una rendita AVS/AI.

Attività professionale	**N.**	**%**
operaio, agricoltore	79	8.6
impiegato	56	6.1
accademico, indipendente	21	2.3
casalinga	72	7.8
in formazione	12	1.3
beneficiario di rendita (AVS, AI)	311	33.9
disoccupato	58	6.3
altro, non si sa	140	15.2
non concerne (solo scheda lungodegente)	124	13.5
dati mancanti	46	5.0
Totale attività lavorative	919	100