
Organizzazione sociopsichiatrica cantonale

Pianificazione sociopsichiatrica cantonale

2022-2025

INDICE

Pag.

1.	Introduzione	4
2.	La Pianificazione in sintesi	6
3.	Unità di cura integrata per minorenni.....	11
1.	Introduzione	11
2.	Analisi dei dati.....	12
3.	Altri progetti di riferimento nazionali e internazionali.....	16
4.	Descrizione del progetto per la creazione di un'unità di cura integrata pedopsichiatrica per minorenni OSC	17
5.	Il concetto delle cure nell'unità di cura integrata per adolescenti	20
6.	Fabbisogni e costi.....	24
7.	Soluzione logistica	25
8.	Conclusioni.....	26
4.	Altri aspetti legati al disagio giovanile di competenza dalla Divisione dell'azione sociale e delle famiglie	27
5.	Potenziamento di efficacia e qualità dei Centri psico-educativi (CPE).....	31
1.	Introduzione	31
2.	Diagnosi (ICD-10).....	31
3.	Tipologie d'intervento	31
4.	Dati	32
5.	Criticità e strategie di miglioramento.....	34
6.	Progetto CPE per i territori del Ticino superiore: "Gruppo Alte Valli"	35
7.	Fabbisogno	36
6.	Servizi medico-psicologici	38
7.	Ifigenia	40
1.	Introduzione	40
2.	Analisi dati	40
3.	Altri progetti di riferimento internazionali	42
4.	Il progetto Ifigenia dell'OSC	42
5.	Fabbisogni e costi.....	44
6.	Conclusione.....	45
8.	Equipe mobile al CARL	46
1.	Introduzione	46
2.	La casistica seguita al CARL	47
3.	Le difficoltà nella presa a carico medico-psichiatrica e la soluzione individuata con la CPC.....	49

4.	Altre misure già attuate	49
5.	La nuova proposta: un'équipe mobile anche al CARL	50
9.	Centro crisi e riduzione della suicidalità	51
A.	Centro crisi	51
1.	Introduzione	51
2.	Definizione	51
3.	Finalità ed intervento nella crisi	51
4.	Caratteristiche ambientali del Centro crisi	54
5.	Il personale specializzato	55
6.	Criticità	56
7.	Altri aspetti	56
B.	Riduzione della suicidalità	57
1.	Introduzione	57
2.	Prevenzione	58
3.	Progetto Gysin: A Novel Brief Therapy For Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) - Gysin-Maillart & al.	59
4.	Il personale specializzato	59
10.	Home treatment	60
1.	Introduzione	60
2.	Altri progetti di riferimento nazionali e internazionali	60
3.	Descrizione progetto	61
4.	Analisi dati	61
5.	Conclusione	64
11.	Psicotraumatologia	66
1.	Introduzione	66
2.	Analisi dati	66
3.	Progetti di riferimento nazionali e internazionali	68
4.	Descrizione del progetto Psicotraumatologia presso l'OSC	69
5.	Obiettivi	70
6.	Équipe / Gruppo di lavoro	71
7.	Sede	72
8.	Destinatari	72
9.	Fabbisogni e costi	72
10.	Conclusioni	72
12.	Psicogeriatrica cantonale	73
1.	Introduzione	73
2.	Aggiornamento demografico popolazione anziana in Svizzera e in Ticino	74
3.	La demenza	76
4.	Patologie psichiatriche in età geriatrica	78

5.	Il Servizio di psicogeriatría (SPG): descrizione	80
6.	Il Servizio di psicogeriatría (SPG): offerta terapeutica	81
7.	Bilancio dell'attività del Servizio di psicogeriatría (SPG)	82
8.	Proposte per rispondere adeguatamente ai bisogni terapeutici della popolazione anziana.....	85
9.	Bisogni operativi équipe SPG	87
13.	Psichiatria carceraria	89
1.	Introduzione	89
2.	La psichiatria carceraria	89
3.	Conclusioni.....	92
14.	Rapporti con la Polizia.....	93
1.	Introduzione	93
2.	Situazione attuale.....	93
3.	Breve approfondimento.....	94
4.	Conclusioni.....	97
15.	Collaborazione del Servizio psico-sociale (SPS) di Chiasso con la Segreteria di Stato della migrazione.....	98
16.	Andamento del numero di ricoveri coatti	100
1.	Introduzione	100
2.	Dati statistici	101
3.	Piano d'azione per ridurre al minimo i ricoveri coatti impropri	107
17.	Sintesi e conclusioni.....	112
18.	Bilancio della Pianificazione 2015-2018	116
19.	Allegato statistico Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica OSC	128

1. Introduzione

La pianificazione in oggetto è stata allestita per poter essere presentata a fine 2019 per il periodo 2020-2023. Le riflessioni programmatiche in essa contenute tengono quindi conto delle valutazioni svolte nel biennio pre-pandemia e su quanto attuato a partire dalla precedente pianificazione 2015-2018. Si basa inoltre sui dati epidemiologici e le tendenze sociodemografiche riferite a quel periodo e sulle priorità che ne derivavano. Queste analisi sono state aggiornate successivamente ai dati più recenti.

La pandemia ha però inevitabilmente interferito sul normale iter che i lavori avrebbero seguito. Questo ha cagionato un inevitabile ritardo nella sua presentazione.

Sulla scorta di valutazioni successive, si è ritenuto necessario procedere ad una attualizzazione di quanto proposto in questa pianificazione. Si è in particolare valutata la necessità di completare quanto prospettato riportando all'attenzione un tema cruciale, affrontato nella pianificazione del quadriennio 2015-2018, legato all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie psichiatriche nella senescenza.

L'introduzione di questo tema nella versione del progetto aggiornato di pianificazione rende ancora più evidente la concezione di questo documento programmatico secondo una logica che muove dalle principali fasi della vita, per una disamina dei relativi bisogni della popolazione tradotti in azioni specifiche, che saranno illustrate nel dettaglio nelle prossime pagine.

Questa logica traduce una visione centrata sulla domanda in cure della popolazione e che mette in evidenza la necessità di pensare ad interventi psicosociali integrati, finalizzati non solo a contrastare i fattori di rischio e a lavorare sulle problematiche, ma a rinforzare il lavoro sui fattori protettivi e sulle risorse, nell'ottica della promozione della salute mentale della popolazione e della prevenzione. A titolo di esempio si pensi al progetto Ifigenia o a quello inerente la riduzione della suicidalità.

In questa pianificazione trovano spazio delle proposte che mirano ad offrire risposte a livelli di intensità diversi. In tal modo l'OSC si delinea sempre di più come un sistema flessibile ed orientato ai bisogni della popolazione nell'ambito della salute mentale e della psichiatria¹, in grado di offrire da sempre un approccio interdisciplinare/multidisciplinare trasversale. Le strutture differenziate dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, che riunisce sotto uno stesso cappello servizi che si rivolgono a tutte le fasce della popolazione permettono, infatti, un'articolazione concertata e sinergica dei servizi, garantendo uno dei presupposti essenziali della cura, ovvero la continuità. La forte presenza sul territorio, delineatesi negli ultimi anni, ha permesso di differenziare maggiormente l'offerta, rispondendo ad un requisito imprescindibile sancito dalla Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) e suggerito dalle buone pratiche in salute mentale, che è quello della proporzionalità e dell'appropriatezza dell'intervento. In questa direzione si muovono i progetti contenuti nella presente pianificazione, che si prefigge l'obiettivo di raggiungere il disagio in modo capillare, al fine di attenuarne l'impatto sulla qualità di vita delle persone.

¹ Cornaro, De Vitis. (2021). Spazi e limiti delle strutture psichiatriche territoriali. *Psichiatria territoriale. Strumenti clinici e modelli organizzativi*. Nicolò e Pampili (cur). Milano: Franco Angeli; 292.

Le proposte formulate nel testo in esame mirano, fra le altre cose, a ridurre l'interruzione delle traiettorie di vita delle persone. A tale scopo, quanto proposto vuole situarsi il più possibile nel contesto di vita del paziente e dell'ospite, nel caso del Centro abitativo ricreativo e di lavoro (CARL) e, laddove ciò non fosse realizzabile, si prefigge di favorire interventi precoci e ricoveri di breve durata. Questi auspici hanno trovato in questa proposta di pianificazione una concretizzazione, come si potrà vedere per esempio nella proposta di una presa in carico acuta domiciliare per i minorenni nonché, laddove opportuno, con la conferma e l'estensione del progetto di Home treatment, con il progetto del Centro crisi per gli adulti o, ancora, con l'intensificazione delle attività di presa in carico territoriale del Servizio di psichiatria geriatrica territoriale.

Si prospetta quindi per i prossimi anni una sociopsichiatria con una vocazione sempre più territoriale e di prossimità, che pensa a soluzioni di servizi integrati (ad esempio l'Unità integrata di pedopsichiatria), tali da configurarsi come strutture territoriali *che permettano ai processi di ibridazione di avere luogo, superando in confini netti e distinti per raggiungere la commistione di poli un tempo considerati opposti e a volte in contrasto: medico-paziente; terapia-lavoro; ricovero-residenza; diversità-normalità².*

² Ibid. 293.

2. La Pianificazione in sintesi

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017 (ora 2015-2018) proposta dal Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) venne accolta dal Gran Consiglio con voto unanime il 25 marzo 2015 dopo un lungo ed approfondito lavoro di analisi e di esame svolto dalla Commissione speciale sanitaria e da una sua Sottocommissione. La Pianificazione aveva previsto parecchi progetti che avevano quale scopo il miglioramento della presa a carico degli utenti dell'OSC delle diverse fasce d'età: anziani, adulti, minorenni. Nel bilancio della Pianificazione 2015-2018, allegato a questo documento, si presenta un riassunto di quanto svolto e dei primi risultati ottenuti che il CPSC ritiene positivi.

Per semplificare il compito di chi sarà chiamato a valutare le proposte contenute nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025, il CPSC ha deciso di rivedere l'impostazione del documento di pianificazione concentrandosi maggiormente sulla presentazione dei diversi progetti e delle relative proposte operative senza creare dei capitoli che si sovrappongano alle diverse schede. Secondo il CPSC questa nuova forma della presentazione permette di meglio mettere in risalto le proposte operative ed i diversi progetti ciò che ne facilita sicuramente la lettura e la comprensione.

In questa Pianificazione ci si è concentrati sui progetti indicati di seguito.

- Fase della vita dell'età evolutiva:
 - Unità di cura integrata per minorenni
 - Potenziamento di efficacia e qualità dei Centri psico-educativi (CPE)
 - Ifigenia
- Fase della vita adulta:
 - Potenziamento dei servizi territoriali
 - Centro crisi e riduzione della suicidalità
 - Equipe mobile al Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)
 - Home treatment
 - Psicotraumatologia
 - Psichiatria carceraria
 - Collaborazione con la Polizia
 - Attività di consulenza presso la Segreteria di Stato della migrazione (SEM) per richiedenti l'asilo
 - Riduzione dei ricoveri coatti
- Fase della senescenza:
 - Potenziamento del servizio di psicogeriatrica territoriale e di consulenza nelle Case per anziani (CPA) e nei Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) nell'ottica di un intervento precoce.

Si segnala che inizialmente era stata prevista anche una scheda concernente la creazione di un Centro di contatto presso l'OSC, ossia un numero di telefono unico che permetta all'utenza di rivolgersi ai diversi servizi che compongono l'OSC. Visto che si tratta di un progetto interno all'OSC, che si rivolge unicamente alla sua utenza e dal momento che non si prevedeva di chiedere personale supplementare per la sua realizzazione e che gli aspetti tecnici e logistici erano già stati affrontati e risolti, il CPSC ha deciso di non presentare il progetto con una scheda, ma di inserirlo con una sua dettagliata presentazione nel bilancio

della Pianificazione 2015-2018. Il Centro di contatto OSC è quindi già attivo presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) a Mendrisio e risponde al numero 0848 062 062.

I quattro progetti più importanti dal punto di vista delle risorse umane necessarie e quindi dell'impatto finanziario contenuti nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025 si rivolgono a due ben distinte popolazioni in situazione di disagio:

- L'Unità di cura integrata per minorenni prevede la creazione di 10 posti letto per i giovani adolescenti che necessitano un ricovero ospedaliero a causa della loro malattia. Il progetto però non si limita a proporre solo delle prestazioni stazionarie, ma vuole integrarle con un'offerta di ospedalizzazione a domicilio (5 posti Home treatment) e con un ospedale di giorno dotato di 5 posti.
Secondo il CPSC questa nuova offerta permetterà finalmente di rispondere alle necessità di questa fascia di popolazione per la quale l'offerta stazionaria si limita ai ricoveri presso le cliniche psichiatriche per adulti, che però non sono specializzate per questa casistica, oppure all'ammissione presso il mini reparto del Servizio di pediatria e psico-pediatria dell'Ospedale Civico di Lugano. L'accordo di collaborazione con l'Ospedale Civico è comunque destinato ad esaurirsi per la ristrutturazione del reparto nei prossimi anni. In ogni caso, come evidenziato nello specifico capitolo, queste offerte non permettono di rispondere a tutte le necessità.
Si ritiene che un'offerta stazionaria unica e specializzata a livello cantonale non possa che migliorare la cura e la presa a carico dei giovani che necessitano di un soggiorno ospedaliero.

Per questa nuova offerta il CPSC ha quantificato in 35.5 unità a tempo pieno (UTP) il personale supplementare necessario. Da questa dotazione vanno dedotte le risorse ora attribuite alla Convenzione con la pediatria dell'Ospedale Civico e alla presa a carico dei pazienti minorenni presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) quindi la dotazione aggiuntiva è di 29.7 UTP.

I costi totali sono quantificabili in CHF 5.22 mio al lordo, di cui CHF 0.84 mio già stanziati, CHF 3.25 mio al netto se si considerano i ricavi della fatturazione agli assicuratori malattia.

Detto importo non tiene tuttavia conto della quota parte del 55% che comunque rimarrebbe a carico del Cantone. Ad oggi i ricavi per la presa a carico stazionaria possono essere stimati a CHF 3.8 mio di cui il 45% a carico degli assicuratori malattia (1.71 mio) e il restante 55% a carico del Cantone (CHF 2.09 mio) non dedotti dai ricavi OSC. A queste entrate si aggiungerebbero ancora CHF 0.26 mio di entrate legate al finanziamento delle strutture diurne, tuttavia ancora oggetto di discussioni a livello federale. Se si dovessero computare in toto anche i ricavi della parte LAMal per la quota parte a carico del Cantone, il disavanzo a carico dell'OSC scenderebbe a ca. 2 mio di franchi.

Considerate la nuova tariffa TARPSY per l'ambito stazionario e le discussioni a livello federale per gli ospedali di giorno, il dato sui ricavi potrebbe subire delle variazioni che, viste le rette riconosciute alle cliniche psichiatriche per minorenni, potrebbero essere superiori a quanto indicato precedentemente.

- Il Potenziamento di efficacia e qualità dei Centri psico-educativi (CPE), che, negli ultimi anni, hanno visto un notevole incremento di ammissioni di bambini. Se nel 2007 i

bambini che frequentavano i CPE erano 99, nel 2020 sono stati 157 con un aumento del 58% e questo senza adeguamento degli effettivi.

Si propone pertanto di aprire un nuovo CPE nel Luganese, di potenziare quelli di Gerra Piano e di Stabio, nonché di avviare un nuovo progetto nelle Tre Valli. Si chiede un aumento del personale educativo quantificato in 14 unità a tempo pieno (UTP). Il costo è di CHF 1.57 mio al lordo, CHF 0.99 al netto. Con il preventivo 2020 sono già state concesse 2 UTP per avviare i potenziamenti. La richiesta di aumento di personale per i CPE si riduce quindi a 12 UTP con un costo di CHF 1.34 mio, CHF 0.84 mio al netto.

- L'Equipe mobile al CARL, che è una struttura per utenti psichiatrici cronici, ma che negli ultimi tempi è sempre più diventato un istituto di passaggio per dei progetti di vita altrove. Lo dimostra ad esempio il fatto che il 60% delle persone ammesse dopo il 2015, al momento della dimissione dal CARL, aveva meno di 51 anni. Malgrado le misure già messe in atto (medico della CPC dedicato agli utenti del CARL, incremento della formazione e della specializzazione richiesta al personale, nonché le proposte formative specifiche in riabilitazione psichiatrica), rimane purtroppo evidente che la dotazione di personale presso il CARL è insufficiente in relazione alla casistica ammessa e alla gravità delle patologie di cui soffrono gli utenti. Ad esempio che per 109 utenti, durante la notte sono attivi 4 operatori per le 5 case.

Si ritiene quindi necessaria l'istituzione di un'équipe mobile sul modello di quella istituita in CPC, che ha dato ottimi risultati, permettendo, fra l'altro, l'abolizione della contenzione in Clinica. Questa soluzione permette un sostegno immediato sia di giorno, che di notte, intervenendo nelle situazioni critiche e permettendo agli operatori delle Unità abitative di garantire la gestione corrente e gli interventi previsti per gli altri ospiti.

Questa soluzione permetterà anche di accogliere nel 2024, senza aumento a quel momento degli effettivi del personale del CARL, 6 utenti aggiuntivi presso lo stabile Mottino, che è in via di ristrutturazione e che sarà disponibile solo dopo i lavori previsti per Villa Ortensia, stabile quest'ultimo che dovrà essere oggetto di importanti lavori manutentivi, con parziale trasferimento degli utenti.

Le 8.8 UTP necessarie per l'istituzione di questa équipe mobile sono già state considerate e avallate nell'ambito dell'adozione del Preventivo 2022.

- Potenziamento del servizio di psicogeriatrica territoriale e di consulenza
L'invecchiamento della popolazione richiede che, trasversalmente ai settori ambulatoriali e stazionari, la pianificazione definisca un modello di presa in carico dei disturbi e delle malattie psichiatriche specifiche dell'età avanzata e il sostegno al personale curante e assistenziale che opera nel settore delle cure di lunga durata. Questo aspetto dovrà essere sviluppato in sinergia con l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD), responsabile dell'implementazione della Pianificazione integrata LAnz/LACD 2021-2030.

Questo modello vuole essere coerente con la strategia nazionale "Promozione della salute mentale" teso a preservare o ripristinare la salute mentale delle persone, nello specifico quelle in età avanzata, ma non solo. La malattia mentale negli anziani può essere comune ed è spesso correlata ad altre patologie somatiche, problemi sociali, privazioni o eventi traumatici della vita. Alcuni disturbi sono tipici dell'età avanzata quali

il delirium, la demenza, la depressione e altri disturbi dell'umore, ansia, così come problemi bio-psico-sociali.

Il modello di presa in carico è teso alla prevenzione, al depistaggio, alla diagnosi e al trattamento psichiatrico, psicoterapeutico e socioterapeutico delle persone anziane affette da disturbi psichici e si avvale della collaborazione di altre specialità mediche, perché i casi possono essere molto complessi. È opportuno che il coordinamento di queste attività coinvolga anche gli enti che promuovono il benessere e la salute psichica delle persone anziane sostenendo la qualità della vita e la de-stigmatizzazione della malattia mentale.

Nell'ambito di una pianificazione trasversale della prevenzione e cura della malattia mentale, un ruolo centrale va assunto dal Servizio di psichiatria geriatrica territoriale (SPG) dell'OSC. Il SPG offre già consulenze psicogeriatriche nelle case per anziani, consulenze ambulatoriali e presa in carico presso i Servizi psico-sociali (SPS) e propone anche visite domiciliari, consulenze specialistiche ai medici di famiglia e ai medici geriatri che hanno in cura persone anziane che richiedono assistenza psichiatrica. Il servizio eroga anche prestazioni di supervisione e formazione al personale sanitario coinvolto nella presa in carico di utenza psicogeriatrica.

Per la fase acuta la CPC dispone già di 17 posti letto nel reparto di Psichiatria geriatrica e di 9 posti letto nel reparto di Disturbi cognitivi. Per l'attività presso le Case per anziani si assiste ad uno sviluppo della rete di reparti di presa in carico specialistica che possa arrivare a garantire almeno un reparto per comprensorio LACD.

In questa prospettiva, l'équipe terapeutica della SPG deve essere potenziata per garantire la consulenza di secondo livello in sede e la supervisione del personale curante. Per una migliore operatività, occorre prevedere un'implementazione delle risorse al fine di arrivare a costituire 2 équipe territoriali autonome (con divisione territoriale Sopra/Sottoceneri), ma sinergicamente cooperanti. Tenuto conto delle risorse già allocate, tale proposta implica una dotazione aggiuntiva di 5.5 UTP con profili di medici, infermieri in salute mentale e psicologi-psicoterapeuti.

Il costo supplementare calcolato ammonterebbe a CHF 0.8 mio al lordo e 0.3 al netto, da implementare nella fase esecutiva della Pianificazione integrata LAnz/LACD 2021-2030 e in collaborazione con l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD).

Il CPSC ritiene che quanto proposto in questa Pianificazione possa essere letto come una chiara risposta a bisogni scoperti e a un miglioramento delle prestazioni offerte ai cittadini e alle cittadine in situazione di disagio del nostro Cantone, pur mantenendo un'attenta analisi a livello dei costi che le nuove prestazioni provocano.

Ad esempio, nella Pianificazione 2015-2018, si rinunciò a proporre un Centro terapeutico per adolescenti. Ora, le cifre delle ammissioni presso le cliniche psichiatriche acute per adulti o presso le pediatrie, evidenziano che questa offerta di prestazioni specialistica e stazionaria per minorenni debba essere presa in considerazione come lo è stato nella grande maggioranza degli altri cantoni, dove vi sono delle strutture specifiche, alle quali però i nostri giovani non possono fare capo a causa dei problemi linguistici. La richiesta di risorse per la creazione dell'Unità di cura integrata per minorenni, benché parzialmente, è compensata dalle risorse che erano state attribuite alla liaison con il Servizio di pediatria dell'Ospedale Civico. La necessità ormai acuta di far fronte a questo specifico bisogno di presa in carico è

evidenziata anche dalle strutture educative preposte (Centri educativi per minorenni) finanziate dalla Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie).

Relativamente agli aspetti post acuti, non si propone l'apertura di un nuovo centro per gli utenti cronici, ma si sfruttano le competenze e capacità del CARL e del suo personale per migliorare la presa a carico e, in futuro prossimo, per aumentarne la capacità di accoglienza. Una nuova struttura avrebbe necessitato di una dotazione di personale molto superiore a quella richiesta per l'équipe mobile presso il CARL.

Altri progetti propongono di prendere a carico i figli dei pazienti o, per lo meno, di verificarne lo stato di salute in un'ottica di prevenzione, di affrontare il tema della psicotraumatologia come pure di creare un Centro di crisi per degenze inferiori ai 5 giorni, che diminuirebbe lo stigma ed alleggerirebbe il lavoro delle cliniche psichiatriche acute per determinate patologie o situazioni di disagio psichico. Anche queste misure migliorano la presa a carico dell'utenza e quindi sono da considerarsi un investimento che nel lungo periodo dovrebbe ridurre la necessità di far capo alle cliniche psichiatriche stazionarie acute che, sappiamo, hanno un costo superiore rispetto alle prestazioni ambulatoriali.

Da ultimo, si evidenzia come l'OSC si sia attivata per migliorare l'accesso ai suoi pazienti offrendo un numero unico telefonico, proposta questa sostenuta anche dall'associazione dei parenti VASK e da Pro Mente Sana.

Il CPSC è convinto che la progettualità accresciuta dell'OSC vada sostenuta e che i progetti contenuti in questa Pianificazione siano importanti per la salute dei suoi utenti e per coloro che potrebbero averne bisogno.

Il CPSC è altresì consapevole che l'aumento di costi previsto è significativo, ma ricorda che gran parte di queste spese sono relative all'Unità di cura integrata per minorenni, che è una necessità sentita da molti anni nel nostro Cantone, alla quale si è ovviato con diversi progetti, che però non hanno fornito tutti i risultati attesi, nonché dall'adeguamento degli effettivi dei CPE. Trattandosi di giovani e sapendo che l'intervento precoce è fondamentale per evitare disagi e quindi costi nell'età adulta, ritiene che il progetto, così come presentato, sia coerente e vada sostenuto.

3. Unità di cura integrata per minorenni

1. Introduzione

L'adolescenza è un'epoca singolare della vita, ed è anche quella in cui possono insorgere alcuni disturbi psichiatrici. I gravi problemi di salute mentale in adolescenza sono più comuni dell'asma e del diabete: secondo alcuni studi epidemiologici un adolescente su cinque soffrirebbe di un disturbo psicologico o comportamentale sufficientemente grave da influire sulla sua vita quotidiana (scuola, formazione, relazioni sociali e familiari). Se la maggior parte dei disagi psichici adolescenziali presenta una remissione spontanea, una parte di questi necessita invece di una presa in carico specialistica e intensiva.

La psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza non è la psichiatria dell'adulto: molto diverse sono la semeiotica, la diagnostica e, di conseguenza, le indicazioni terapeutiche. Le grandi categorie psichiatriche dell'età adulta sono poco adatte a descrivere la complessità della psicopatologia nell'adolescenza. Lo stesso sviluppo neuronale ancora in divenire, non può produrre forme di disturbi psichiatrici organizzate secondo le grandi categorie che conosciamo nell'età adulta. Nella maggior parte dei casi i sintomi di disagio psichico nell'adolescente si organizzano in un quadro più fumoso, dove sopra ogni cosa domina l'agito, talvolta grave e drammatico, oppure, al contrario, l'inibizione ed il ritiro assoluti.

I disturbi del comportamento (forme agite della sofferenza) precedono varie forme di grave malattia mentale nell'adulto. Diversi studi affermano che "la maggior parte dei disturbi psichiatrici dell'adulto sono preceduti da disturbi della condotta in età giovanile"³. In questo senso l'identificazione, la diagnosi e la cura di questi disturbi negli adolescenti si profila come l'obiettivo principe nella prevenzione al fine di ridurre l'impatto delle malattie psichiatriche nell'età adulta.

Nella maggior parte dei casi, le cure ambulatoriali possono essere sufficienti a ricondurre l'espressione del disagio verso la parola ed il pensiero e a contenere l'angoscia che accompagna la crisi. In alcuni casi però le risorse del territorio a disposizione non sono adatte a trattare la profondità del disagio dell'adolescente e non sono sufficienti a garantire la sicurezza fisica e psichica nel periodo di crisi.

Alcune crisi necessitano la costituzione di uno spazio di cura istituzionale volto a ritrovare le relazioni di base con sé stessi e con la famiglia; la finalità del ricovero, oltre a quella dell'immediata messa in protezione del giovane che rischia la propria incolumità o quella degli altri, consiste nella possibilità di avviare una relazione potenzialmente terapeutica tra paziente ed équipe curante (équipe che deve essere altamente specializzata in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) capace, una volta risolta l'emergenza, di costruire, insieme al servizio territoriale competente, un progetto terapeutico e socio-educativo nella realtà sociale dell'adolescente.

Altre volte non è subito chiara l'indicazione terapeutica più appropriata, ed è necessario costruire, in un contesto di valutazione diagnostica condivisa con il giovane e con la sua famiglia, la presa in carico più idonea in quel momento; per poter anche approfondire le dinamiche familiari, il ruolo di ciascun membro della famiglia nell'eziopatogenesi del disagio e le potenzialità di ognuno, è talvolta decisivo poter condurre incontri clinici al domicilio, toccando con mano le dinamiche disfunzionali e i punti di forza dei genitori e degli altri eventuali figli, conoscendo l'ambiente in cui il giovane si muove e vive la sua vita.

³ Kim-Cohen J et al. Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder, Arch Gen Psychiatry. 2003 Jul;60(7): 709-17.

La possibilità di ricorrere inoltre ad una struttura terapeutica diurna, semi-stazionaria, tipo ospedale di giorno terapeutico, consente una sorta di immersione terapeutica e psico-educativa fondamentale nei momenti più critici della vita di un giovane, quando può trovarsi a vivere un arresto evolutivo o una crisi nella sua crescita psico-affettiva e relazionale che, se non curata adeguatamente, potrebbe seriamente compromettere il suo percorso di vita e di formazione scolastico-professionale.

La realtà del Canton Ticino è caratterizzata dalla presenza, da novembre 2020, di un'unica offerta terapeutica stazionaria, i 5 posti letto presso l'Ospedale Regionale di Lugano, Sede Civico al 14° piano. Questo mini-reparto è nato come progetto transitorio, in attesa della realizzazione del progetto dell'Unità di cura integrata, dividendo a metà il reparto di pediatria. Tale realtà ospedaliera, pur rappresentando un primo passo verso la realizzazione del progetto definitivo, presenta diversi limiti, che illustreremo più avanti.

Non esiste inoltre alcuna offerta semi-stazionaria e domiciliare per minorenni. Negli anni l'intervento a domicilio nei momenti di crisi è stato proposto dagli operatori dei Servizi medico-psicologici (SMP), ma con risorse limitate e quindi prevalentemente gestito unicamente da operatori sociali, tutt'altro che in modalità rapida e intensiva, come invece si richiederebbe per interventi di crisi. L'offerta semi-stazionaria, tipo ospedale di giorno, è limitata attualmente alla fascia d'età 3-11 anni all'interno dei Centri psico-educativi (CPE), con ottimi risultati terapeutici in questa fascia d'età.

È inoltre sempre più frequente il confronto con pazienti che iniziano a sviluppare gravi sintomi del comportamento alimentare già a partire dai 10-11 anni. Per queste patologie (anoressia, bulimia, disturbi atipici e obesità) vi è l'offerta del centro per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA) dell'OSC presso l'Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine, che tuttavia si rivolge ad un'utenza di età superiore ai 16 anni.

Il DCA offre trattamenti ambulatoriali, in day hospital o in degenza. La presa in carico della persona inizia dopo accurata valutazione diagnostica psichiatrica/psicologica, somatica e nutrizionale, grazie all'intervento di un'équipe pluridisciplinare (psichiatra, medico internista nutrizionista, psicologi, infermieri, dietiste, fisioterapista), necessaria per far fronte alla complessità della malattia. Fondamentale è il coinvolgimento diretto dei familiari nel processo di cura, a maggior ragione se si tratta di pazienti giovani e giovanissimi, il cui disturbo, potenzialmente letale, tiene in scacco tutta la famiglia. Quando il disturbo alimentare rischia di compromettere la salute psicofisica e sociale del paziente, oppure nel caso in cui il trattamento ambulatoriale si rivela inefficace o non vi è adesione alle cure, si rende necessaria la cura in regime di degenza.

Il reparto dei DCA offre un programma terapeutico che comprende valutazione e sostegno psichiatrico, psicoterapia individuale e di gruppo, terapia di rilassamento e psicocorporea, psicoeducazione individuale e di gruppo, sostegno psicologico e/o terapia familiare, rieducazione nutrizionale, assistenza medico internistica, fisioterapia, ergoterapia.

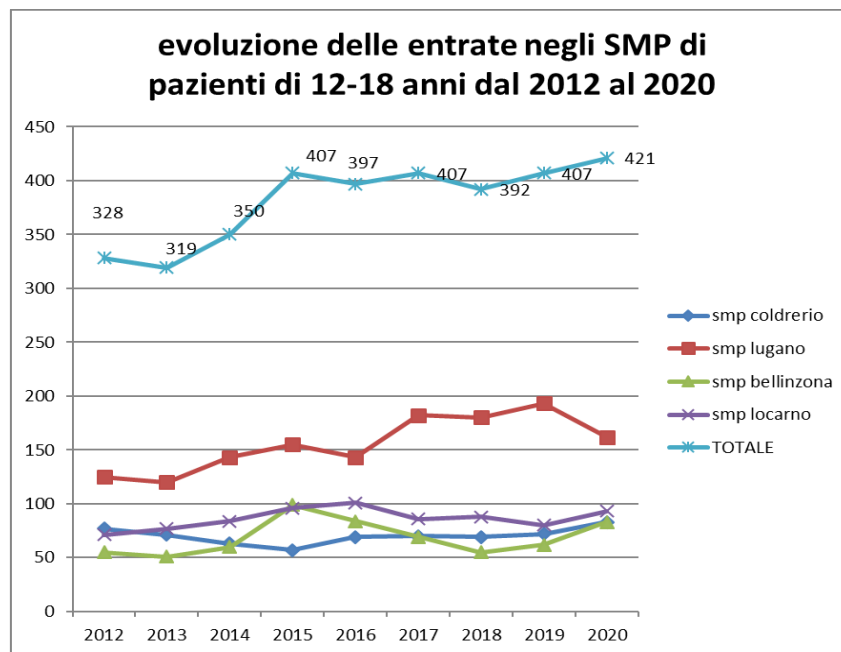
2. Analisi dei dati

Secondo il recente rapporto pubblicato dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) "La santé en Suisse – Enfants, adolescents et jeunes adultes. Rapport national sur la santé 2020", all'ora attuale in Svizzera mancano dati affidabili sulla salute mentale e sulla prevalenza dei disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti. Solo pochi cantoni dispongono di dati sulla frequenza e sulla distribuzione delle manifestazioni d'instabilità

psicologica dei minorenni. Esistono pochi studi epidemiologici (non rappresentativi) sulla prevalenza delle malattie mentali e non ci sono dati rappresentativi recenti a livello svizzero sulla diffusione dei disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti.

Quello che emerge è però un aumento importante del ricorso a cure psichiatriche, sia ambulatoriali che stazionarie, per i bambini e gli adolescenti. Il tasso di pazienti da 0 a 18 anni trattati da psichiatri/psicoterapeuti in ambulatorio è aumentato di oltre il 42.7% tra il 2012 e il 2018. Il tasso di ospedalizzazione per questi pazienti (numero di pazienti ogni 1000 abitanti) è aumentato del 27.7%. Nel 2019, l'OBSAN indica un tasso di ospedalizzazione in Svizzera per pazienti da 0 a 18 anni per malattie psichiche di 3.8 ogni 1000 abitanti (questo tasso applicato alla popolazione residente ticinese della stessa fascia di età porterebbe a 225 persone).

Osservando quanto accade in Ticino nei Servizi ambulatoriali del territorio (SMP) dell'OSC, si nota un progressivo incremento delle segnalazioni di adolescenti negli ultimi 5 anni, tanto che ormai quasi la metà dei casi in carico e delle nuove segnalazioni riguarda giovani della fascia d'età 12-18 anni. Sono aumentati altresì i cosiddetti casi complessi, vale a dire i pazienti la cui espressione sintomatologica della psicopatologia rende necessaria una presa a carico pluridisciplinare (pedopsichiatra, educatore e psicologo contemporaneamente).



Quando necessario si provvede ad ospedalizzare i pazienti all'interno del Reparto di pedopsichiatria OSC presso l'Ospedale Regionale di Lugano dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), attivo solo da metà novembre 2020 e con un numero massimo di 5 posti letto, in spazi estremamente esigui, tanto da pregiudicare il normale e minimo svolgimento dei colloqui clinici, degli incontri di rete necessari e, soprattutto, una importante proposta di attività terapeutiche/ricreative per i giovani degenti.

Trattandosi di un progetto transitorio, non sono state convenute nuove risorse di personale, che è rimasto lo stesso previsto per il precedente progetto di liaison con il reparto di pediatria del medesimo ospedale, vale a dire:

- 50% medico capo clinica
- 100% medico assistente
- 50% psicologo/psicoterapeuta

Il personale delle cure infermieristiche rimane sotto la direzione IPSI-EOC. Si tratta quindi, salvo rare eccezioni, di infermieri/e sprovvisti/e di specializzazione in salute mentale.

Seppur in poco tempo è stato già possibile accorgersi di alcuni limiti significativi nei ricoveri di giovani in questo Servizio:

- logistica inadeguata sia per i degenti sia per il personale (assenza di spazi comuni per attività ricreative, assenza di studi medici per colloqui e incontri di rete);
- personale medico-infermieristico insufficiente a garantire cure continuative adeguate;
- assenza di personale educativo (operatori sociali);
- età massima 16 anni, legata alla collaborazione unicamente con il PS pediatrico e con i medici pediatri di guardia nei fuori orario;
- assenza di formazione specifica in salute mentale da parte della maggior parte del personale infermieristico con conseguente limitazione della casistica ricoverabile (ad esempio ancora per l'età massima a 16 anni, la difficoltà a gestire pazienti con suicidalità importante, consumo di sostanze, aggressività estrema);
- numero limitato di posti letto che rende irrealizzabile ricoverare contemporaneamente più di un paziente con disturbo alimentare, poiché la prevedibile lungodegenza bloccherebbe più posti letto, rendendo impossibile garantire accoglienza ai pazienti acuti.

Per quanto riguarda i ricoveri in Ticino di pazienti minorenni in situazione di disagio psichiatrico, possiamo notare che gli istituti ospedalieri psichiatrici accolgono ogni anno un numero importante di minori (in media circa 60 ricoveri negli ultimi 4 anni, con una durata media della degenza di circa 40 giorni).

Minorenni (età all'ammissione <18 anni) ricoverati in un istituto psichiatrico in Ticino 2015-2020

	Numero casi dimessi		
	CPC	Cliniche private	Totale istituti psichiatrici Ticino
2015	29	9	38
2016	28	10	38
2017	45	25	70
2018*	37	25	62
2019*	29	17	46
2020*	33	26	59

* l'introduzione di TARPSY dal 2018 ha comportato una modifica nel calcolo del numero di ricoveri avendo raggruppato come unica degenza i ricoveri che si svolgono a <18 giorni dalla dimissione precedente

Se osserviamo la presenza media giornaliera negli istituti psichiatrici cantonali di pazienti minori, possiamo notare che negli ultimi quattro anni in media ogni giorno erano presenti in tali strutture 6-7 pazienti.

Presenza media giornaliera di minorenni (età all'ammissione <18 anni) in un istituto psichiatrico in Ticino, 2015-2020

	Presenza media giornaliera (giornate nell'anno/365(6))*		
	CPC	Cliniche private	Totale istituti psichiatrici Ticino
2015	3.2	0.9	4.1
2016	1.7	1.3	3.0
2017	4.5	2.6	7.1
2018	5.1	1.9	7.0
2019	4.4	1.5	5.9
2020	3.3	3.6	6.8

* per calcolare la presenza media giornaliera vengono utilizzate le giornate di degenza dell'anno solare e non la durata della degenza

La Commissione nazionale per la prevenzione della tortura, nel suo rapporto del 4 luglio 2018 sulla visita alla CPC del 31 agosto e 1° settembre 2017, ha ritenuto inadeguata la convivenza tra minorenni e adulti e ha invitato le autorità competenti a prendere misure urgenti per garantire una collocazione adeguata ai pazienti minorenni (rapporto citato, p.to 13, pag. 5).

È importante segnalare che la Clinica Santa Croce di Orselina accoglie minorenni anche molto giovani (13-15 anni) e viene spesso preferita dai medici invianti, dalle famiglie e dai giovani stessi rispetto alla CPC per l'esistenza di un reparto protetto (chiuso), a garanzia di protezione del minorenne dalla convivenza con l'utenza psichiatrica adulta. Analogamente a quanto accade presso la CPC, anche all'interno dell'équipe medico-infermieristica della Clinica Santa Croce non figurano però curanti specializzati in adolescenza.

È però opportuno aggiungere ai dati sulle degenze di minori in strutture psichiatriche riportati sopra, anche i ricoveri di pazienti minorenni con una diagnosi principale legata ai disturbi mentali negli ospedali acuti del Cantone.

La tabella mostra una media di circa 100 casi annui (tralasciando il 2020 che rappresenta una situazione anomala per gli ospedali somatici a causa della pandemia) di pazienti minorenni con diagnosi principale psichiatrica che sono stati ricoverati in un ospedale somatico-acuto, per una presenza media giornaliera di 4 pazienti minorenni curati prevalentemente per un disagio psichico.

Minorenni (età all'ammissione <18 anni) ricoverati in un ospedale somatico in Ticino, 2015-2020

	Numero casi dimessi					Totale*
	ORL	OSG	OBV	ODL	Altri	
2015	56	7	7	11	2	83
2016	49	9	5	30	0	93
2017	67	14	12	26	2	121
2018	52	21	5	21	6	105
2019	59	16	6	15	0	96
2020	46	17	9	5	1	78

* nel totale non sono conteggiati i ricoveri fuori Cantone

Presenza media giornaliera di minorenni (età all'ammissione <18 anni) in un istituto somatico in Ticino con diagnosi principale F, 2015-2020

	Presenza media giornaliera
	Totale ospedali somatici in Ticino
2015	4.9
2016	4.2
2017	4.4
2018	3.9
2019	4.2
2020	3.2

In totale quindi negli ultimi anni in Ticino, ogni giorno ci sono stati in media **10-11 pazienti minorenni ricoverati per motivi psichiatrici** in strutture psichiatriche per adulti o in ospedali somatici.

Delegare a strutture non specializzate e a medici psichiatri per adulti la cura stazionaria di questi pazienti, oltre a rappresentare una lacuna nell'applicazione di principi e prassi terapeutiche condivise a livello nazionale e internazionale, rende difficoltosa la possibilità di garantire la continuità delle cure (invio agli SMP per presa in carico pluridisciplinare o a specialisti dell'età evolutiva in privato) e di costruire un valido progetto per la post-dimissione. La permanenza del giovane in un reparto dedicato, oltre a garantire l'adeguatezza delle cure erogate da personale specializzato in pedopsichiatria, a impedire il contatto con pazienti psichiatrici adulti, o con bambini piccoli affetti da patologie somatiche e madri ricoverate insieme a loro, garantisce l'impostazione di un progetto post dimissione, laddove gli specialisti dell'età evolutiva, insieme ai colleghi dell'annesso ospedale di giorno, agli SMP territoriali, agli operatori della scuola e della formazione e dei servizi preposti alla tutela dei giovani, possono insieme all'adolescente e alla famiglia co-costruire un progetto di reinserimento nella realtà territoriale di appartenenza.

3. Altri progetti di riferimento nazionali e internazionali

L'ANQ (Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche) fornisce i seguenti dati: in tutta la Svizzera si contano 22 offerte stazionarie per la pedopsichiatria, delle quali nemmeno una nella Svizzera italiana. Ne troviamo 6 in Romandia e tutte le altre nella Svizzera tedesca. Ogni anno queste strutture effettuano fra le 3'000 e le 4'000 dimissioni il 66,6% delle quali riguarda pazienti di età compresa fra 14 e 19 anni (2/3 del totale).

È interessante notare come alcuni cantoni più piccoli del Ticino hanno creato reparti stazionari di pedopsichiatria sul loro territorio:

- Friburgo 10 posti letto (CSH a Marsens),
- Neuchâtel 8 posti letto (UHPA a Marin),
- Jura 7 posti (UHPA a Moutier),
- Vallese 10 posti letto (UHPPEA a Sierre).

Sempre in Svizzera romanda, il Canton Ginevra si è dotato di 30 posti letto spalmati su tre centri (HUG – SPEA) e il Canton Vaud di 28 posti letto, tra Losanna (UHPA e CIPE), Yverdon (UHPP) e Nant (UHPEA).

In questo elenco non figurano i posti letto di liaison, ma solo quelli all'interno di reparti specializzati in psichiatria del bambino e dell'adolescente.

Il Canton Lucerna è dotato di un'offerta terapeutica stazionaria di 14 + 2 posti letto (2 in day hospital), il Canton San Gallo si avvale dell'offerta della Clinica Sonnenhof con 39 posti suddivisi in tre strutture; a Soletta vi sono 18 posti stazionari nella Clinica pedopsichiatrica a Soletta. Soluzioni stazionarie di qualche forma sono presenti anche nei Grigioni (Jugendstation), in Argovia e Turgovia.

In questa sede non riteniamo pertinente citare esempi della vicina Italia, anche se non mancano soprattutto in Lombardia nei poli ospedalieri di Pavia, Monza e Brescia, e di imminente apertura anche a Varese, anche perché in questi reparti si ricoverano pazienti con patologie sia psichiatriche sia neurologiche (disciplina di neuropsichiatria infanzia e adolescenza).

Durante la stesura della presente scheda di progetto sono state visitate due unità stazionarie in Svizzera, quella di Sierre (VS) e quella di Moutier (BE), trovando entrambe le offerte molto interessanti: a Sierre troviamo 10 posti letto, espandibili fino a 12, e 5 posti in ospedale di giorno per pazienti fra i 12 e i 18 anni, all'interno di un ospedale di medicina generale. A Moutier troviamo 7 posti letto, espandibili fino a 9, per pazienti sub-acuti, mentre per l'acuzie psicopatologica estrema si fa capo a due altri servizi, uno a Berna e uno a Neuchâtel.

4. Descrizione del progetto per la creazione di un'unità di cura integrata pedopsichiatrica per minorenni OSC

Alla luce della richiesta sempre maggiore da parte dei ragazzi, delle famiglie, dei Servizi medico-psicologici e dei servizi della rete socio-sanitaria del Cantone (pediatri, medici generalisti, centri educativi per minorenni, foyer, cellula socioeducativa per le urgenze dei minorenni, comunità socio-terapeutiche, Magistratura dei minorenni), considerata l'inadeguatezza dell'offerta stazionaria per una vera ed efficace presa a carico del paziente pedopsichiatrico in fase acuta, si propone la creazione di un'unità di cure integrate pedopsichiatriche. Numerose in questi anni sono state le prese di posizione a favore di tale progetto, da parte di chi quotidianamente si occupa di adolescenti, ma non solo.

In sintesi, si tratta di creare un'unità di cure integrate pedopsichiatriche per gli adolescenti e le loro famiglie, unica per tutto il Cantone, che possa rispondere al meglio ai bisogni terapeutici del singolo utente: 10 posti letto stazionari, 5 posti letto in ospedale di giorno, 5 posti letto per "home treatment".

Parallelamente appare indicato ampliare l'attuale offerta stazionaria presso il centro per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA), reparto della CPC sito all'interno dell'Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine, con 3 posti letto dedicati ai minori di 16 anni con disturbo alimentare. Questo ampliamento dovrà tuttavia ancora essere valutato in funzione delle disponibilità logistiche dello stesso ospedale.

Ricevuta la richiesta dalla famiglia, l'équipe multidisciplinare valuterà se proporre una consultazione ambulatoriale o domiciliare per meglio mettere a fuoco i bisogni e le priorità, oltre che lo stato di gravità ed urgenza, e formulerà poi un'ipotesi diagnostica e a quel punto proporrà di procedere o con un ricovero stazionario, o con una presa in carico semi-stazionaria ma intensiva in ospedale di giorno, oppure con un "home treatment" protratto per il tempo necessario.

I componenti dell'équipe pluridisciplinare dovranno essere formati nel lavoro clinico e terapeutico con gli adolescenti e le loro famiglie, e costantemente supervisionati da un medico esperto e specialista in psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il progetto stazionario comporta dunque anche l'equivalente di 5 letti dedicati al progetto di intervento a domicilio ("home treatment"). Dall'analisi della letteratura internazionale (Francia, Germania, Olanda, Finlandia per citare solo quelli su cui ci si è soffermati), si evince come "home treatment", vale a dire un'offerta di cure a domicilio, sia una proposta terapeutica ormai consolidata in tante realtà nazionali, che si affianca comunque sempre alla possibilità di cure stazionarie in un reparto di degenza e alla possibilità di fruire di un ospedale di giorno e di un ambulatorio.

Se sono ormai da anni ben descritti gli interventi di cure a domicilio in ambito psichiatrico per un'utenza adulta e per l'infanzia (3-11 anni), non esistono a tutt'oggi studi a lungo termine sull'efficacia di tali interventi nella fascia d'età adolescenziale, anche se le premesse appaiono interessanti e promettenti. Questo è dovuto in parte ai criteri di esclusione della casistica da seguire al domicilio, comprendente secondo gli studi internazionali i comportamenti autolesivi, i disturbi gravi che comportino il bisogno di continuo controllo (disturbi psicotici, agiti suicidali), le situazioni in cui si ritenga necessaria e terapeutica una separazione, anche se temporanea, dai genitori e, ovviamente, tutti i casi in cui non sia assicurata una minima disponibilità e collaborazione da parte del giovane e della sua famiglia. In base alle esperienze queste situazioni sono molto frequenti.

Tuttavia la consultazione a domicilio è ritenuta fondamentale sia nel periodo di post cura dopo una degenza stazionaria, parallelamente o al posto dell'ospedale di giorno, oppure all'inizio della presa a carico, per tentare di costruire un aggancio relazionale e terapeutico che possa gettare le basi di successive cure condivise, magari a livello semplicemente ambulatoriale.

Nel progetto si prevede anche che, annesso al reparto ma separato dallo stesso, si crei un ospedale di giorno a valenza terapeutica e socio-educativa, con l'equivalente di 5 posti, che possa accogliere:

- i giovani pazienti in fase di dimissione dal reparto al fine di favorire un passaggio graduale fra le cure stazionarie e le cure ambulatoriali; questo è infatti il momento più a rischio di drop-out, il giovane è ancora fragile e la realtà esterna ancora troppo difficile da gestire (ripresa della scuola/lavoro, inizio o ripresa terapie ambulatoriali con alleanza terapeutica da costruire, recupero di un equilibrio nelle dinamiche familiari dopo l'evento psicopatologico acuto, fortemente destabilizzante per tutti i membri della famiglia, presa di coscienza della psicopatologia e del bisogno di cure);
- i giovani già in trattamento presso un servizio ambulatoriale, o presso uno specialista in privato, che necessitano un aumento del sostegno socio-educativo e terapeutico in un particolare momento di crisi, anche al fine di evitare, se possibile, il ricorso al ricovero stazionario;

- tutti gli adolescenti che possono trarre beneficio da una presa a carico terapeutica e psico-sociale intensa per un periodo difficile e critico della loro vita.

L'invio all'ospedale di giorno sarà subordinato ad una valutazione da parte del medico responsabile, di concerto con gli altri membri dell'équipe (infermieri specializzati, educatori, assistente sociale, psicologi e terapisti), al fine di evitare invii inadeguati (ad esempio acuti) e salvaguardare l'equilibrio dei pazienti già in cura.

Candidati invece alle cure stazionarie sono quei giovani in cui la rottura con il mondo esterno si manifesta con condotte agite e grave discontrollo degli impulsi (tentativi di suicidio, agiti autolesivi, comportamenti gravemente a rischio), oppure con gravi stati di ritiro sociale (episodi depressivi, fobie scolari, fobie sociali, comportamenti ossessivo-compulsivi gravi), situazioni tutte che hanno pesanti ripercussioni sul percorso scolastico-formativo dei giovani che escono così troppo precocemente dal circuito della scuola e del lavoro avviandosi verso un percorso assistenziale, di disagio sociale, di consumo di sostanze legali ed illegali, di antisocialità e di psichiatrizzazione. In tal senso l'adeguatezza e la tempestività delle cure hanno un importante ruolo di prevenzione. Entrambe queste aree sintomatologiche possono inoltre nascondere un esordio psicotico, un disturbo di personalità o un disturbo bipolare in nuce. Anche in questo caso l'adeguatezza della diagnosi e delle cure, in ambiente pedopsichiatrico specialistico, permetterebbe di attivare misure terapeutiche immediate, con il coinvolgimento della famiglia e della scuola.

Durante il ricovero stazionario (sia nel reparto per gli adolescenti che nel "home treatment"), passata la fase acuta dedicata alla diagnostica, alla protezione psico-fisica, al lavoro con i genitori, alla consapevolezza di malattia, può essere avviato un progetto di graduale ripresa del cammino evolutivo interrotto, secondo le possibilità del giovane paziente, grazie all'intervento degli educatori e dell'assistente sociale, in stretta collaborazione con la famiglia e con le risorse territoriali. La presenza di un team pluridisciplinare va a garanzia di una presa a carico globale del giovane che non si limita a quella medico-psichiatrica e farmacologica, ma che è proiettata dunque verso l'esterno e verso il futuro.

Il transito successivo nell'ospedale di giorno consoliderebbe quanto raggiunto nel periodo di ricovero, eviterebbe ricoveri oltremodo lunghi, faciliterebbe il passaggio alle cure ambulatoriali, il rientro in famiglia o in foyer e la ripresa della scuola e si configurerebbe dunque come un post-cura adeguato e necessario nella presa a carico degli adolescenti.

In tal senso l'équipe dell'ospedale di giorno, pur dipendendo da un medico specializzato in pedopsichiatria, sarà costituito anche da infermieri specialisti in salute mentale, ma anche da terapisti e da operatori sociali che possano garantire un progressivo e solido passaggio alla realtà socio-familiare e scolastico-formativa del giovane.

Ampliare l'offerta stazionaria presso il DCA all'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio consentirebbe di accogliere 3 pazienti con disturbo alimentare di età inferiore ai 16 anni e di sfruttare tutte le possibili sinergie e il bagaglio di esperienza clinica e terapeutica dell'attuale équipe medico-infermieristica-terapeutica; necessariamente la stessa dovrà essere potenziata integrando figure professionali specializzate nella diagnostica e cura dei giovani pazienti, vale a dire medico pedopsichiatra, medico pediatra, psicologo dell'età evolutiva con formazione sistemico-familiare e personale delle cure infermieristiche.

5. Il concetto delle cure nell'unità di cura integrata per adolescenti

Come rilevato, l'unità sarà composta da una triplice offerta, stazionaria, semi-stazionaria e di cure a domicilio, che si potranno intrecciare fra loro nei vari momenti della cura, per meglio rispondere ai bisogni terapeutici dei giovani e delle loro famiglie.

L'unità acuta stazionaria, come dice il nome, è da intendersi come luogo ospedaliero di diagnosi e cura di situazioni acute di importante disequilibrio psichico dell'adolescente.

L'ospedalizzazione, in adolescenza, è spesso l'unico mezzo per avviare cure necessarie e coerenti con il tipo di disturbo manifestato, o per preservare e mantenere un intervento già almeno in parte avviato: è, e deve essere sempre, un atto medico, un'indicazione di cura pedopsichiatrica.

L'unità stazionaria non è un foyer, non è una comunità terapeutica e non è un luogo dove scontare condanne penali. Non si prevedono dunque collocamenti sociali a lungo termine, ma solo ricoveri subordinati ad una valutazione medica pedopsichiatrica; la durata della degenza dovrà essere quindi il più breve possibile, in linea con le attuali durate medie delle degenze dei minorenni ricoverati in CPC e nel reparto di pedopsichiatria presso l'Ospedale Civico, e finalizzata al ripristino di una condizione di sufficiente stabilità psichica che consenta al giovane di fare ritorno nel suo luogo di vita, sia esso la famiglia oppure un foyer o un centro educativo per minori (CEM).

La concezione delle cure sia all'interno dell'unità di psichiatria acuta stazionaria sia all'interno delle altre offerte terapeutiche riprenderà il concetto delle cure dell'OSC, della quale sarà parte attiva e integrante, fonte comune di ispirazione terapeutica per operare quotidianamente e terrà in considerazione i principi dell'OMS e della LASP.

La cura è volta a mantenere o riportare nella persona l'equilibrio bio-psico-sociale e spirituale, offrendo cure relazionali e tecniche di cui gli operatori sono specificamente competenti, basate su conoscenze scientifiche. Ancora di più trattandosi di utenti minorenni, spesso molto giovani, sarà necessario impostare le cure sui concetti cardine dell'accoglienza, dell'alleanza terapeutica (non solo nei confronti del paziente, ma anche verso i familiari o le persone a lui vicine), del rispetto della dignità umana e della libertà individuale, della centralità dell'utente e del suo sistema familiare e sociale, mettendo lo stesso nella condizione di poter assumere un ruolo attivo all'interno del processo terapeutico. Solo così infatti si potrà pervenire al recupero di quell'equilibrio che consente al giovane di rientrare nel suo contesto familiare e sociale. Le cure devono essere individualizzate, pensate per quel giovane in quel determinato momento della sua vita e vivente all'interno della sua famiglia. Fondamentale sarà anche la cura dell'ambiente, che diventa un ambiente che cura per il giovane che attraversa un periodo di fragilità psichica e affettivo-relazionale; all'operatore spetta il compito di creare un ambiente terapeutico che possa contribuire a rendere meno difficile l'impatto con un luogo diverso dalla propria casa, anche se per un periodo di tempo che dovrà essere il più breve possibile, compatibilmente con i tempi del recupero di una condizione di equilibrio e benessere soggettivo e oggettivo.

Relativamente al suo ruolo terapeutico, la struttura stazionaria assolve numerose funzioni:

- funzione di sostituzione di un contesto familiare che non riesce più a contenere l'adolescente, sia nel senso di una escalation di comportamenti disfunzionali e pericolosi, sia nel senso di una implosione con grave ritiro sociale e scolastico;
- funzione di mediazione che si interpone fra il giovane e il suo ambiente (famiglia, scuola, società, lavoro, foyer, ecc.);

- funzione di contenimento, che protegge l'adolescente grazie alla costanza e alla stabilità del setting e delle routines prestabilite, dove il giovane può a poco a poco trovare i suoi limiti e sentirsi rassicurato dalla presenza costante di un adulto che ascolta, accoglie e protegge senza giudicare e senza reagire.

Questo insieme di funzioni, unito alla condivisione quotidiana di attività terapeutiche con altri giovani e con figure adulte curanti di riferimento, fornisce al giovane i mezzi per una presa di coscienza della propria situazione di disagio e per un graduale distanziamento dalle figure genitoriali, scolastiche e amicali, portatrici, in quel momento, dei conflitti. Il giovane inizia a sperimentare l'esistenza di altri adulti, che ascoltano e accolgono il suo malessere e i suoi comportamenti, senza reagire e senza generare ulteriori conflitti.

Il lavoro di sintesi e di riflessione di tutta l'équipe terapeutica sulle condotte di ogni adolescente rappresenta la base stessa del lavoro dell'unità stazionaria (C. Epelbaum e coll., 1997).

Il personale deve essere formato, preparato e motivato al lavoro con gli adolescenti: la vulnerabilità del giovane, amplificata dallo stato di malattia, si manifesta attraverso reazioni imprevedibili, paradossali, proiettive, provocatorie, che possono mettere in difficoltà l'équipe curante, che necessita di costante supervisione e intervizione.

Quale che sia il disturbo presentato, la molla dell'indicazione terapeutica al ricovero stazionario risiede nella necessità di una separazione dal nucleo familiare; in adolescenza, diversamente che nell'infanzia e nell'età adulta, esistono vere e proprie indicazioni alla separazione fra il giovane e il suo ambito familiare, separazione che può avere un reale valore terapeutico (D. Marcelli, 1989).

Perché questo possa avvenire sarebbe auspicabile che l'indicazione al ricovero venisse preparata nel corso di un lavoro clinico di elaborazione e condivisione della proposta con il giovane e con i suoi genitori, effettuabile in una fase di pre-ammissione con uno o più colloqui clinici organizzati con il medico responsabile dell'unità e un infermiere. Un ricovero programmato e condiviso nelle sue finalità ha verosimilmente una maggiore probabilità di successo terapeutico: questo tipo di ricovero, che risponde alla necessità sia di una separazione dal nucleo familiare sia di una cura medico-psicologica in una cornice contenitiva che assicuri la protezione del giovane, ha le sue basi in una sorta di negoziazione-discussione con l'adolescente e i suoi genitori sugli obiettivi, il setting e le regole da rispettare, le modalità del trattamento, discussione che prende la forma di "contratto di cura" tra il giovane, i suoi genitori e l'unità di ricovero.

Vi sono tuttavia alcuni sintomi, i tentativi di suicidio, i pensieri suicidari, le gravi condotte autolesive (che vengono definite equivalenti suicidali), i disturbi gravi del comportamento alimentare, la non cura di malattie somatiche croniche come il diabete, la disorganizzazione psichica negli esordi psicotici, in cui non sempre la fase di negoziazione è possibile e prevale l'indicazione medica al ricovero per salvaguardare la vita del giovane paziente.

Terminata la fase acuta dovrà essere assicurata la continuità delle cure, costruendo un progetto insieme all'utente e ai suoi familiari, includendo gli operatori della scuola o dell'ambito lavorativo, progetto che sarà condiviso attraverso un fluido passaggio di informazioni, sempre nel rispetto della privacy e previo accordo del giovane e dei genitori, fra struttura residenziale e territorio (ambulatori dei Servizi, terapeuti privati, eventuale foyer o comunità terapeutica), verosimilmente attraverso un primo transito del giovane nell'ospedale di giorno, dove può approfittare della prosecuzione delle cure medico-infermieristiche, laddove necessarie, e rilanciare il proprio cammino evolutivo grazie al supporto degli operatori sociali.

La continuità delle cure potrà essere supportata e garantita anche tramite incontri familiari a domicilio, o comunque nell'attuale luogo di vita del giovane (foyer, CEM, appartamento, ecc.).

Questo concetto rende più efficace la presa a carico e conferisce individualità e unicità alla persona in cura, alla sua storia, alla sua esperienza di vita. Sarà di fondamentale importanza che ogni giovane possa contare su un operatore di riferimento (infermiere e/o educatore), il cui compito è quello di vegliare affinché venga attuato il processo di cura che consenta al paziente di riacquistare l'equilibrio perso e di riprendere il proprio cammino evolutivo. Oltre all'operatore di riferimento il giovane avrà un medico di riferimento, responsabile del progetto delle cure medico-psicologiche.

Condizione indispensabile per poter realizzare tale concetto di cura è il lavoro in équipe multiprofessionale, a garanzia di confronto continuo e crescita reciproca, con supervisioni e intervizioni che possano rendere attenti i singoli componenti del team alle dinamiche del gruppo, inteso nel senso del gruppo curanti-curati, e alle ripercussioni dei comportamenti e degli agiti del singolo sul gruppo allargato.

Il medico assistente in pedopsichiatria, sotto la supervisione diretta del medico quadro, garantirà l'impostazione del progetto terapeutico, se necessario anche farmacologico, i colloqui individuali col giovane (mentre i colloqui con i genitori sarebbe preferibile che venissero effettuati dal medico quadro, per garantire un setting più adeguato alle cure dell'adolescente) e imposterà, insieme all'infermiere e all'operatore sociale, i contatti con la rete socio-sanitaria e scolastica del giovane sul territorio di provenienza, organizzando incontri di rete.

Lo psicologo-psicoterapeuta sarà formato alla valutazione psicodiagnostica e al lavoro terapeutico con l'adolescente e la sua famiglia, effettuerà colloqui e somministrerà test psicometrici e psicodiagnostici quando necessario, imposterà e parteciperà alle attività terapeutiche di gruppo con le altre figure professionali.

Verranno attivate, secondo il progetto di cure individualizzato per ogni giovane, attività di gruppo e ateliers terapeutici che già da anni vengono utilizzati nella cura degli adolescenti anche nei servizi ambulatoriali dell'OSC-SMP: atelier espressivo attraverso pittura e creta, gruppo a mediazione attraverso il Photolangage, atelier giochi video, gruppo di parola, psicodramma, lavoro a mediazione corporea, rilassamento. Per alcune di queste attività terapeutiche sarà necessario l'intervento di terapisti specializzati (arteterapista, fisioterapista o psicomotricista), mentre per altre ci si potrà avvalere dell'esperienza maturata nel corso degli anni da terapeuti che già lavorano all'interno dei servizi OSC.

Figura cardine delle cure all'interno dell'unità psichiatrica acuta stazionaria per adolescenti sarà l'infermiere in salute mentale, che fonderà il suo operato sul metaparadigma dell'operare infermieristico: la persona nella sua interezza bio-psico-sociale, la salute, la malattia, nel senso di alterazione dell'equilibrio bio-psico-sociale e spirituale, l'ambiente e il nursing.

Per l'infermiere OSC nursing significa mantenere o riportare nella persona l'equilibrio bio-psico-sociale e spirituale, prestando cure relazionali e tecniche, in senso lato, di cui è specificamente competente: si occuperà di prevenire il disagio e il disturbo promuovendo la salute mentale, saprà gestire la crisi acuta e la riabilitazione, eserciterà il suo ruolo aderendo, con consapevolezza critica, ai principi e alle norme che regolano l'assistenza alla persona,

elaborerà e verificherà i progetti terapeutici individualizzati, tenendo conto del loro impatto sulla qualità della vita e sulla libertà individuale dell'utente, sosterrà il giovane accompagnandolo verso il coinvolgimento attivo e la responsabilizzazione nel proprio processo di cura, tramite l'accoglienza, il rispetto e l'alleanza terapeutica, e garantirà la continuità delle cure nel passaggio ai servizi territoriali e al rientro del giovane nel proprio luogo di vita.

L'infermiere in salute mentale sarà parte attiva e costante delle cure all'interno dell'unità stazionaria acuta, in collaborazione e sinergia con le altre figure professionali del team (medici pedopsichiatri, educatori, psicoterapeuti, terapisti specializzati, assistente sociale, docente) partecipando come co-terapeuta alle attività di gruppo e agli ateliers che faranno parte dell'offerta di cura, costruendo insieme al giovane paziente un ambiente di cura che sia ambiente che cura, pianificando un piano terapeutico individuale insieme ai colleghi e all'utente, piano che comprenda l'analisi della situazione presente, gli obiettivi, le risorse personali e familiari, gli interventi da attuare e la valutazione, sostenendo il delicato passaggio del rientro sul territorio.

Anche l'educatore, formato al lavoro con adolescenti e con competenze psichiatriche, è parte attiva del progetto di cura, partecipa alle attività terapeutiche di gruppo e accompagna il giovane in momenti strutturati e liberi finalizzati ad aspetti organizzativi della vita quotidiana e al progetto individuale (adesione alle cure, psico-educazione del disagio o della malattia con accompagnamento alla presa di coscienza del proprio malessere e del bisogno di aiuto, cura di sé e del proprio ambiente, congedi, stages, contatti sul territorio, ecc.).

Nelle fasi acute l'educatore attua un contenimento psico-affettivo attraverso la presenza, lo stare con, l'ascolto attivo, la sospensione del giudizio, l'attesa empatica e, quando possibile, col fare proposte ad hoc, sempre nell'ottica del rispetto dell'individuo, della sua storia e dei suoi interessi, nella continuità e nella regolarità dell'accoglienza. La presa a carico educativa in ambito stazionario si propone come obiettivo ultimo quello di consentire al giovane di riprendere, rivedere o avviare ex novo il proprio progetto di vita; la valutazione psicoeducativa diventa parte integrante della valutazione multidisciplinare, insieme alla valutazione medica pedopsichiatrica, alla valutazione psicoaffettiva e alla valutazione infermieristica, e getta le basi del progetto di vita del giovane quando verrà dimesso, attraverso la graduale presa di contatto con la scuola, la formazione professionale, le associazioni sportive e giovanili, il territorio e tutte le sue offerte socio-educative.

L'équipe mobile garante della possibilità di consultazioni terapeutiche a domicilio, rifacendosi agli studi e alle esperienze internazionali, sarà costituita da psicologi-psicoterapeuti, infermieri in salute mentale e educatori, che si recheranno a domicilio in due, appartenenti a due diverse figure professionali, e saranno sotto la costante ed attenta supervisione del medico specialista, che potrà recarsi a domicilio nella fase iniziale della valutazione diagnostica ed impostazione del piano terapeutico, ed ogniqualvolta i colleghi lo ritengano necessario.

6. Fabbisogni e costi

La realizzazione del progetto, comprensivo di tutte le offerte sopra esposte, necessita le seguenti figure professionali:

- 3 unità di medico capo clinica / medico aggiunto
- 5 unità di medico assistente
- 16 unità di infermieri in salute mentale
- 4 unità di operatori sociali
- 3 unità di psicologo-psicoterapeuta
- 1 unità di psicomotricista/fisioterapista per lavoro psicocorporeo
- 1.5 unità di docente specializzato
- 1 unità di segretariato
- 1 unità di personale ai servizi generali.

Le unità di personale indicate vanno a coprire il fabbisogno del reparto stazionario, della mini-unità di 3 posti letto al DCA, dell'ospedale di giorno e del servizio di "home treatment" (équipe mobile). Gli operatori potranno svolgere percentuali di lavoro in tutte le strutture.

Si tratta di 35.5 UTP di personale per una struttura che sarà aperta 365 giorni l'anno e 24h su 24. Attualmente vi sono 2.8 UTP di risorse umane specialistiche impiegate nella liaison con la pediatria di Lugano che potranno essere impiegate nella nuova struttura che potrà occuparsi pure della liaison presso l'ORL. Analogo discorso vale per le 3 UTP (1 medico pedopsichiatra e 2 operatori sociali) previste nell'ambito del preventivo 2021 per la presa a carico dei pazienti minorenni presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC). La dotazione aggiuntiva necessaria è dunque di 29.7 UTP.

Anche se la nuova unità non potrà essere localizzata in un ospedale somatico per mancanza di spazi, occorrerà inoltre che l'Istituto pediatrico della Svizzera italiana (IPSI-EOC) assicuri la reperibilità 24h/24h di un medico pediatra che possa, nel giro di 30 minuti, recarsi in loco per consulenza somatica urgente in caso di sospette acuzie di ordine somatico.

I costi totali sono quantificabili in CHF 5.84 mio, di cui CHF 4.86 mio per le spese del personale, oneri sociali compresi. Questo costo potrebbe essere certamente inferiore qualora non tutto il personale fosse al massimo della carriera salariale. Visto però che il personale dovrebbe essere tutto formato e con un'esperienza qualificata e considerando che la nuova scala salariale prevede scatti inferiori negli ultimi anni di carriera, si può azzardare un risparmio di CHF 0.51 mio inserendo tutto il personale al 16° scatto. Il costo totale si ridurrebbe quindi a CHF 4.35 mio.

La collaborazione in essere con la pediatria dell'ORL e il personale dedicato presso la CPC attualmente generano un onere finanziario di CHF 0.84 mio quindi il costo aggiuntivo del personale è pari a CHF 3.51 mio a cui vanno aggiunti altri costi d'esercizio di CHF 0.87.

Il costo complessivo lordo (senza considerare gli oneri già assunti) è quantificato in CHF 5.22 mio (costo complessivo del personale + altri costi d'esercizio) ripartiti fra la struttura stazionaria, l'équipe mobile per "home treatment" e l'ospedale di giorno. In questi costi non sono considerati quelli per la locazione della struttura della quale vedremo più avanti. Considerando i diversi orari di apertura delle due strutture, si può ipotizzare che il

60% dei costi siano per il centro terapeutico (cura stazionaria e "home treatment") ed il 40% per l'ospedale di giorno: 3.13 mio rispettivamente 2.09 mio.

La presa a carico stazionaria sarà fatturata tramite il sistema TARPSY. Ad oggi i ricavi possono essere stimati attorno a CHF 3.8 mio di cui il 45% a carico degli assicuratori malattia (1,71 mio) e il restante 55% a carico del Cantone (2.09 mio).

Il finanziamento delle strutture diurne è oggetto di discussioni a livello federale da parecchio tempo e vigono diverse soluzioni cantonali. In Ticino, per gli ospedali di giorno e di notte presso la CPC, si era optato per un finanziamento calcolato sulla percentuale del costo totale di una giornata di degenza. Altri day hospital beneficiano di un forfait giornaliero di CHF 130.--. In alternativa, è possibile che gli assicuratori malattia impongano delle fatturazioni all'atto tramite TARMED. Visto le incognite ancora aperte sul sistema di finanziamento stimiamo comunque un'ulteriore entrata da parte degli assicuratori malattia pari a 0.26 mio.

In conclusione, il costo preventivabile per questa importante struttura ammonterebbe a circa CHF 5.22 mio al lordo (di cui 0.84 già stanziati) che si riduce a CHF 3.25 al netto, ad eccezione come detto di quelli di locazione. Il condizionale è d'obbligo perché la nuova tariffa TARPSY è entrata in vigore il 1° gennaio 2018 e non vi è ancora esperienza in materia considerando che la tariffa per i minorenni è diversa da quella per gli utenti adulti. Con il sistema TARPSY per il settore dei minorenni, introdotto a contare dal 2019, è ipotizzabile una migliore remunerazione di queste prestazioni.

Per uno sguardo riassuntivo si rimanda alla tabella contenuta al capitolo 16 "Sintesi e conclusioni".

7. Soluzione logistica

Dal profilo logistico è essenziale la messa a disposizione di una superficie di circa 1'500 mq che possa accogliere 10 posti letto in reparto residenziale, 5 posti in day hospital e altrettanti spazi riservati all'organizzazione dell'home treatment. Locali adeguati dovranno inoltre essere destinati alla parte clinica psico- e socioterapica.

La necessità di disporre di una superficie ad hoc assume carattere d'urgenza al fine di rispondere all'imperativo bisogno di separare l'utenza pedopsichiatrica, bisognosa di protezione e di trattamenti specifici, da quella degli adulti.

L'esperienza provvisoria maturata dalla collaborazione con la pediatria dell'EOC, ci conferma da un lato il bisogno di continuare a collaborare a stretto contatto con la pediatria somatica, ma nel contempo di destinare spazi adeguati alla pedopsichiatrica. In questo ambito risulta quindi imprescindibile la messa a disposizione di una struttura in prossimità di un ospedale acuto dell'Ente. L'abbandono del minireparto presso l'Ospedale Civico a Lugano, previsto in tempi relativamente brevi, impone di individuare una soluzione operativa entro un paio d'anni.

Pertanto, l'esigenza di trovare una soluzione logistica in tempi rapidi non permette la realizzazione di uno stabile dedicato o l'utilizzo di uno stabile esistente di proprietà del Cantone. Si sta pertanto approfondendo la locazione di spazi in attesa della soluzione definitiva, che potrebbe delinarsi nel contesto della pianificazione del nuovo ospedale a Bellinzona. La struttura logistica dovrà essere facilmente accessibile con i trasporti pubblici, situarsi nelle vicinanze di un ospedale somatico con servizio di pediatria e anche dei servizi

territoriali per minorenni dell'OSC. Eventuali investimenti e canoni di locazione dovranno verosimilmente, in funzione degli importi, essere sottoposti all'approvazione del Parlamento con specifici messaggi.

Ogni impegno nei confronti della proprietà, con il quale non sono ancora state avviate trattative, avverrebbe unicamente a far tempo dall'approvazione della presente pianificazione.

L'identificazione di questa ipotesi non preclude la possibilità di ricercare altre alternative ugualmente interessanti.

8. Conclusioni

La sofferenza psichica dell'adolescente può essere molto profonda ed assumere varie forme, più frequentemente quella dell'agito, spesso violento, distruttivo, autolesivo, drammatico, altre volte invece quella dell'implosione, del ritiro sociale, del grave scempenso depressivo; in entrambi i casi il cammino evolutivo è interrotto, e quindi il percorso scolastico-formativo e lo sviluppo psico-affettivo e relazionale.

In alcuni casi è necessario separare il giovane dal suo ambiente e metterlo in protezione per un breve periodo, avvalendosi di un'offerta di cura stazionaria ospedaliera quando le cure ambulatoriali e territoriali sono vane o non sufficienti. Non esiste un'offerta stazionaria per minori di 18 anni in Canton Ticino, se non il numero insufficiente di 5 posti letto per minori di 16 anni in un'esigua ala del 14° piano dell'Ospedale Civico di Lugano (spazi che in prospettiva dovranno peraltro essere liberati) pertanto i ragazzi sono affidati alle cure di pediatri o di psichiatri per adulti, ricoverati insieme a bambini con malattie somatiche o ad adulti affetti da patologie psichiatriche croniche, privati della possibilità di ricevere cure appropriate ai loro bisogni in un ambiente rassicurante e protettivo, ma anche terapeutico a più livelli, soprattutto nell'ottica della necessità di costruire un progetto per il post-cura. I giovani pazienti affetti da disturbi gravi del comportamento alimentare spesso non possono essere ricoverati per assenza di posti a loro dedicati.

Si ritiene quindi necessario, per permettere all'OSC di adempiere pienamente al suo mandato di cure pedopsichiatriche, realizzare un reparto stazionario di 10 posti letto, più 3 posti dedicati ai disturbi alimentari, gestito da un team medico-psicologico-infermieristico-educativo specializzato, che si possa avvalere anche di 5 posti in ospedale di giorno per il pre e post cura e di un'équipe mobile specialistica ("home treatment") che possa avviare e mantenere consultazioni al domicilio del giovane, in presenza dei suoi familiari e in contatto con i suoi insegnanti e con la rete sociale già eventualmente attiva. Il ricovero ha l'obiettivo di contenere l'acuzie, proteggere l'adolescente dai propri drammatici agiti, riavviare il processo evolutivo interrotto, ridurre il rischio di morte nei gravi disturbi alimentari, grazie anche al lavoro con le famiglie e all'intervento educativo e psico-sociale per riagganciare il giovane alla realtà del territorio; il difficile intervento post cura sarà affidato agli operatori dell'ospedale di giorno o dell'"home treatment".

Questa nuova struttura si configura come una nuova offerta ospedaliera, ma non solo. Prima della sua apertura è quindi necessario che venga inserita nella Pianificazione ospedaliera secondo l'art. 39, cpv. 1 LAMal come previsto anche dall'art. 13 LASP che decreta il coordinamento della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale con quella ospedaliera.

4. Altri aspetti legati al disagio giovanile di competenza dalla Divisione dell'azione sociale e delle famiglie

Riguardo al tema della presa in carico di minorenni con problemi psichici, oltre a quanto previsto nell'ambito delle strutture e servizi offerti dall'OSC e dalla pianificazione sociopsichiatrica 2022-2025, vengono rilevate una serie di problematiche - in aumento sia dal profilo quantitativo, che della gravità e della precocità delle situazioni - con le quali la rete della protezione e della presa in carico per minori è confrontata. Nello specifico, la rete socio-terapeutica è confrontata con le seguenti criticità:

- a) Aumento del fabbisogno di minorenni in protezione con problemi psichici gravi e complessi, per i quali non sempre risulta evidente trovare una soluzione adeguata nell'attuale rete terapeutica e di protezione e che mettono a dura prova la capacità di presa in carico da parte delle strutture; con la necessità di ricorrere a 4 strutture specialistiche italiane. Diverse strutture educative sono state potenziate (con aumento di personale per la parte diurna, con introduzione di accompagnamenti all'autonomia) e differenziate (servizio ADOC), sono stati creati anche nuovi servizi (Cellula socioeducativa per interventi d'urgenza per minorenni CSUM, CEMI), nonché sono stati creati due CEM socio-terapeutici di protezione (Arco e Archetto, attivo dal settembre 2021). In tal senso, alcune strutture esprimono la necessità di un maggiore supporto terapeutico (PAO, CSUM). Parimenti, si segnala che diversi affidamenti sono assunti in quanto provvedimenti di protezione, allorché la problematica non è sempre quella di un maltrattamento o negligenza familiare, ma piuttosto quella della salute psico-sociale del minorenne.
- b) Dal profilo clinico, tale aumento è corroborato dall'aumento dei collocamenti di minorenni al Civico, alla CPC nonché nelle cliniche private. In non pochi casi, il disagio clinico non è riconducibile a una patologia psicotica, ma si traduce in forte conflittualità, agiti comportamentali, impulsività non gestita e difficilmente gestibile, non adesione al progetto terapeutico, ansia, disturbi del comportamento, ecc. La carenza di posti si rileva sia nel trattamento di situazioni acute che nell'allungamento del ricovero clinico in assenza o viste le tempistiche nella ricerca di strutture adeguate. Alcune strutture (CPE) offrono prestazioni parziali e inoltre si interrompono a 12-13 anni. Gli interventi ambulatoriali hanno una frequenza settimanale e, salvo eccezioni, non consentono interventi intensivi.
- c) Nelle strutture per invalidi, sia minorenni (per esempio: Loverciano, Canisio), che maggiorenni, la problematica psico-sociale è molto diffusa e in alcuni casi si viene a creare una transizione per i giovani in precedenza collocati nei CEM (ma anche in ADOC o in strutture specialistiche in Italia) che poi passano a beneficiare di prestazione AI.

La necessità di intervenire prontamente in questo campo è dimostrata anche dalla ricerca scientifica. La più aggiornata in materia, a nostra conoscenza, è il progetto JAEL, sulla salute psicologica dei minori collocati in Svizzera e il sotto-progetto JAEL-GEF, condotto dall'Università di Basilea e dalla Clinica psichiatrica universitaria di Basilea, in collaborazione con l'Università di Ulm e con il sostegno finanziario dell'Ufficio federale di giustizia. Quest'ultimo ha investigato la salute psichica dei "care leaver" minori in transizione verso l'autonomia dopo un percorso d'affido (famiglie o istituti) in Svizzera, Ticino compreso. La stessa è stata presentata durante un convegno tenutosi il 9 febbraio 2021. La ricerca evidenzia un'incidenza elevata dei traumatismi (80% degli intervistati) e di disturbi psichici

(74%); associati a maggiori condanne, minore riuscita scolastica, maggiore ricorso all'assistenza e all'indebitamento. Tra i disturbi psichici prevalgono nettamente quelli dell'umore, ansia, deficit d'attenzione; mentre le situazioni collegate a una psicosi sono di minore rilevanza (1,7%). Di positivo, risulta che il 60% degli intervistati se la cava bene, il 20% sufficientemente, mentre il 20% rimane in una situazione altamente problematica anche dopo il collocamento. Lo studio, che sarà approfondito dai servizi cantonali, rileva in sostanza che nei CEM la presenza di minori con problemi psichici, in particolare dovuti a negligenza psico-affettiva è elevata. Inoltre, la l'influenza delle restrizioni introdotte per ridurre la diffusione della pandemia, ha peggiorato la situazione. In merito allo studio JAEL si rimanda al link: https://www.jael-portal.ch/it/jael_it/; nonché sullo studio JAEL-GEF al link: <https://www.integras.ch/de/44-fr/actualites/515-etude-care-leaver-demande-d-aide-pour-retrouver-les-participants>.

Il tema si intreccia con almeno due documenti di riferimento per il Consiglio di Stato:

➤ Programma di legislatura 2019-2023, in particolari le seguenti 5 azioni:

AZIONE 26.8: introdurre un nuovo modello di cura per adulti rispettivamente di una nuova struttura per minorenni volti a migliorare la presa a carico in ambito sociopsichiatrico.

Indicatore 26.8.2: istituzione di un'Unità di cura integrata per minorenni.

AZIONE 28.1: realizzare un'indagine che fornisca informazioni e dati sulle problematiche e le buone pratiche relative alla prevenzione e all'intervento precoce nelle situazioni di vulnerabilità.

Indicatore 28.1.1: realizzazione di uno o più rapporti.

AZIONE 28.5: elaborare un concetto globale della protezione dei minorenni, sia in ambito di accoglienza istituzionale che di presa a carico ambulatoriale, che pianifichi l'offerta in funzione della domanda sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo.

Indicatore 28.5.1: elaborazione del concetto di protezione dei minorenni.

AZIONE 28.6: realizzare iniziative mirate e innovative (per esempio struttura socio-terapeutica, struttura di accoglienza in modalità intensive) per migliorare la presa a carico di casi complessi.

Indicatore 28.6.1: grado di realizzazione dei progetti.

AZIONE 29.4: elaborare una strategia condivisa tra i referenti cantonali, per rivedere le procedure che orientano i servizi coinvolti nella valutazione e nell'accompagnamento di minori e famiglie vulnerabili, sviluppando nuove linee di indirizzo che accolgano anche il punto di vista di famiglie e minori che beneficiano degli interventi di sostegno.

Indicatore 29.4.1: stato di elaborazione della strategia.

➤ Programma cantonale di promozione dei diritti dei bambini (2022-2025)

Il Consiglio di Stato ha deciso l'avvio di un apposito "Programma cantonale di promozione dei diritti dei bambini, di prevenzione della violenza e di protezione di infanzia e gioventù (0-25 anni)" per il periodo 2022-2025. Il tema dei minorenni con problemi psichici è uno dei punti importanti del programma che beneficia di un budget di CHF 450'000 annui e che ha sostenuto uno studio condotto dal Centro documentazione e ricerca OSC, del quale riferiremo nel prossimo capitolo.

Nel corso del 2021, per far fronte a questa problematica complessa, la Direzione OSC, nonché i capiufficio della DASF (UFaG, UAP e UI) e il capo sezione della Pedagogia speciale si sono riuniti per identificare degli assi di sviluppo per migliorare la continuità del percorso a cavallo fra terapia, protezione e inclusione. Il gruppo, che continuerà la sua attività anche nel 2022, viene di seguito definito come GTPIM (Gruppo Terapia, Protezione, Inclusione Minorenni).

1. Asse "Ricerca scientifica"

Oltre a un monitoraggio quantitativo dei casi presenti sul territorio, nelle cliniche e nelle varie strutture, è necessario capire i percorsi di questi ragazzi e le difficoltà riscontrate per comprendere quali interventi hanno funzionato e quali meno, nonché identificare il tipo di risposte che si possono sviluppare. Questo percorso deve considerare il parere di servizi e autorità, nonché quello dei famigliari e dei giovani stessi.

A nostro avviso, la consapevolezza su questa tematica che come detto da decenni non raccoglie l'attenzione e la priorità che necessita, va ulteriormente sostanziata, non solo con i pareri dei quadri dirigenti, ma da dati scientifici, sia quantitativi, che qualitativi.

A tal fine è stato dato un mandato di ricerca al Centro di documentazione e ricerca OSC, che sarà accompagnato dal GTPIM, i cui risultati sono attesi per la primavera del 2023.

2. Asse "Equipe mobile OSC"

Al fine di sostenere la capacità d'accoglienza dei Centri educativi per minorenni, risulta necessario accompagnarli con del personale pedo-psichiatrico e terapeutico facendo in modo che tali centri di natura educativa possano essere sostenuti nella presa in carico di minorenni con problemi psico-sociali.

La proposta individuata è di creare un'équipe mobile socio-terapeutica presso l'OSC, che possa intervenire a supporto dei CEM. Tale équipe, che si basa sul modello di quella costituita nel Cantone Ginevra (Cfr. <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/equipe-mobile-enfants-et-adolescents-emea>), avrà i seguenti compiti:

- partecipazione alla realizzazione di una struttura che contempi un concetto terapeutico;
- presenza continuativa durante tutto il percorso di presa in carico in struttura (non puntuale o in fase di inserimento o di crisi) a seconda dell'evoluzione della situazione;
- elaborazione del piano terapeutico medico-psicologico degli utenti;
- gestione eventuali terapie farmacologiche e valutazione dei risultati;
- supervisione e formazione delle équipes sugli aspetti pedopsichiatrici (lettura delle situazioni, gestione di comportamenti a rischio, buone pratiche psicoeducative, sviluppo know-how della struttura);
- garantire l'aggancio alla pedopsichiatria e il passaggio delle informazioni;
- supporto nei percorsi di avvicinamento al collocamento di minorenni con problemi psico-sociali.

Tale équipe collaborerà ben inteso con la CPC, l'SMP e se del caso con le cliniche private che accolgono minorenni in vista del loro affidamento a un'altra struttura così come con le famiglie dei minori e i servizi e le autorità coinvolti.

Quale dotazione, si prevede la seguente composizione interdisciplinare (450% UTP):

- 1 pedopsichiatra (50%)
- 2 psicoeducatori
- 1 psicologo
- 1 infermiere

Il costo stimato è di circa CHF 600'000, che andranno aggiunti al preventivo dell'UFaG, a partire dal 2023. Tale budget verrà quindi messo a disposizione dell'OSC per lo sviluppo dell'équipe mobile interdisciplinare da destinarsi, in collaborazione con l'UFaG, appositamente a questo fabbisogno.

3. Asse "Potenziamento dei posti con valenza socio-terapeutica di protezione e inclusione per minorenni"

Il GTPIM sta valutando la miglior modalità per rispondere al crescente numero di minorenni in protezione che presentano problemi psichici complessi, in particolare attraverso dei potenziamenti mirati e specializzati di alcune strutture per minorenni invalidi o CEM, che potranno inoltre contare sul supporto della futura Equipe mobile OSC.

Questa strategia permetterà di ridurre il numero di giovani affidati a strutture specialistiche in Italia o fuori Cantone e nel contempo sviluppare delle competenze pedo-psichiatriche e socio-educative sul nostro territorio, così come sollevato da diversi atti parlamentari presentati nel corso degli ultimi anni.

L'efficacia di questa strategia andrà monitorata in termini qualitativi e quantitativi, anche attraverso la ricerca di cui all'asse n. 1 e, qualora ritenuto necessario, occorrerà estendere la riflessione all'opportunità di creare una struttura ad alto contenuto terapeutico, in grado di garantire anche protezione.

Al momento sono stati individuati sommariamente il target e il genere di prestazioni, che si rendono necessarie:

target: composito con minorenni con disturbi del neuro-sviluppo e dell'ambito pedopsichiatrico caratterizzati da bisogni articolati determinati dalla presenza di quadri clinici complessi associati a problemi di comportamento, con compromissione del funzionamento personale e sociale (disabilità intellettiva lieve, disturbi della condotta medio-lievi, psicosi e ritiro sociale);

prestazioni: presa in carico terapeutica e socio-educativa, volta all'inclusione dei minori accolti. L'approccio deve essere di tipo definito "ipo-stimolante" (per consentire l'accoglienza di minori in terapia farmacologica ancora importante), flessibile e individualizzata.

Il budget per tali potenziamenti dovrà essere attribuito, interamente o in parte, all'UI o all'UFaG, a dipendenza delle soluzioni che verranno sviluppate e dei tempi di realizzazione.

5. Potenziamento di efficacia e qualità dei Centri psico-educativi (CPE)

1. Introduzione

I Centri psico-educativi sono parte integrante dei servizi pedopsichiatrici per minori (SMP, Servizi medico-psicologici) dell'OSC. La loro costituzione risale agli anni '60-'70. Le tre sedi presenti in Ticino (Stabio, Lugano e Gerra Piano) si rivolgono a bambini di età compresa tra i 2 e i 12 anni con una diagnosi pedopsichiatrica, per cui la presa a carico ambulatoriale non si mostra sufficiente, per gravità delle manifestazioni e necessaria intensità degli interventi. I piccoli utenti presi in carico dai CPE incontrano sul loro percorso di crescita importanti difficoltà nel vivere esperienze familiari e sociali e più genericamente nello stare con gli altri, con gravi ricadute sul funzionamento comportamentale e sociale.

Negli ultimi vent'anni questa specifica presa a carico si è modificata verso una maggiore inclusione nell'ambiente di vita, soprattutto scolastico di appartenenza, passando quindi da pochi utenti seguiti a tempo pieno a molti utenti a tempo parziale, aprendosi così gradualmente ad un intenso lavoro di rete.

Le équipes CPE sono multidisciplinari e composte da medici, psicologi-psicoterapeuti, psico-educatori (psicologi), educatori, docenti e vegliatrici (per l'internato di Stabio).

2. Diagnosi (ICD-10)

Le principali diagnosi trattate sono:

- F84 Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (tra cui anche i Disturbi dello spettro autistico e quindi in stretta complementarietà con l'Unità di sviluppo-UNIS)
- F90 Sindromi ipercinetiche (con un importante coinvolgimento del disturbo della condotta)
- F91 Disturbi della condotta
- F92 Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale
- F93 Sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico nell'infanzia
- F94 Disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico dell'infanzia e dell'adolescenza
- F98 Altri disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

3. Tipologie d'intervento

Il territorio segnala i bambini agli SMP, dove si procede ad una valutazione individualizzata delle criticità e delle risorse del piccolo paziente e della sua famiglia, arrivando per taluni a dare l'indicazione per l'intervento del CPE. Questo si basa prevalentemente sull'accoglienza dei bambini in piccoli gruppi (dai 3 ai 7 utenti), condotti da un significativo numero di

operatori (dai 2 ai 4), realizzando un ambiente specialistico nell'interazione e protettivo per le difficoltà dei minori.

La presa a carico comprende anche il coinvolgimento delle famiglie, una stretta collaborazione con le istanze scolastiche e le reti sociali laddove presenti.

Si mira dunque ad accompagnare i bambini nel favorire lo sviluppo di relazioni (con i pari e gli operatori) e a permettere l'acquisizione di competenze individuali e sociali nel rispetto delle regole di comportamento comuni. Ogni bambino viene quindi supportato nello sviluppo personale, nel suo percorso all'autonomizzazione e nell'accrescimento della stima di sé, poiché egli arriva spesso da un'esperienza di fallimenti con potenziale sentimento di esclusione.

L'intervento dei CPE si caratterizza per:

- Approccio combinato psicologico e educativo.
- Intervento intensivo (nella frequenza settimanale), prolungato nel tempo (durata media superiore ai 2 anni, alcuni casi particolarmente gravi richiedono un accompagnamento a lungo termine, per tutta la durata della scuola elementare) e articolata (nell'approccio al paziente, alla famiglia e alla rete).
- Sostegno significativo dell'AI alle difficoltà che gli utenti e le famiglie devono affrontare (attraverso la copertura dei costi sia dell'intervento psico-educativo che dei viaggi).

4. Dati

Si rileva come negli anni non vi sia stato alcun adeguamento quantitativo nell'organico, malgrado i dati indichino perlomeno dagli anni novanta un aumento importante, costante e progressivo, delle prese a carico realizzate nel tempo. Negli ultimi 12 anni nei tre CPE si è passati da 99 a 157 casi seguiti nel singolo anno.

Tabella 1 Organico multidisciplinare attuale dei 3 Centri psico-educativi

	Psicologi Capi équipe	Psico- educatori	Psicologi	Educatori	Educatori/ docenti	Vegliatrici	Totale*
CPE Stabio**	(80%)	610%	-	120%	80%	100%	910%
CPE Lugano	(100%)	320%	50%	270%	100%	-	740%
CPE Gerra Piano	(100%)	370%	-	260%	-	-	630%

* Il totale non comprende la percentuale del Capo équipe poiché egli generalmente non dovrebbe lavorare direttamente con i bambini

** L'organico del CPE di Stabio è maggiore rispetto agli altri poiché deve occuparsi anche dei bambini in internato (5/7 giorni e 24/24 ore)

Tabella 2 Movimento annuale utenti presso i 3 Centri psico-educativi (2007-2020)

Anno	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Utenti	99	113	130	137	142	144	147	139	151	145	147	157	146	157

Dati estratti da: DSS – Rendiconti del Consiglio di Stato (2007-2020) – Allegati statistici

Finora il marcato aumento dei bambini accolti nei CPE è stato affrontato attraverso la diminuzione forzata delle frequenze di presa a carico e l'affinamento degli strumenti utilizzati. Si verifica però regolarmente che l'intervento non risulta più ottimizzato rispetto alle necessità cliniche: in molti casi appare troppo parcellizzato e non modulabile. Il lavoro indiretto svolto con le reti e le famiglie è cresciuto in modo importante e questo provoca sistematicamente un surplus lavorativo dell'équipe, che si traduce in ore straordinarie da recuperare, e che non permette più di accogliere i bambini in modo esaustivo durante i periodi di vacanza scolastica. Tale lavoro indiretto non è fatturabile all'AI e figura solo in parte nei dati di fatturazione poiché l'annotazione dello stesso non è ancora del tutto formalizzata e non è eseguita in modo sistematico.

Inoltre, essendo la fatturazione all'AI limitata ad un massimo di due ore giornaliere, senza poter tenere conto delle differenti e a volte numerose figure professionali che intervengono nella presa a carico, le fatturazioni risultano ampiamente sottodimensionate rispetto al lavoro svolto.

Negli ultimi anni è stata individuata una tipologia di utenti che presentano situazioni complesse, caratterizzate dalla presenza nella rete di ARP, UAP, CEM e altri servizi. La gestione di questi piccoli pazienti comporta per i CPE la messa in atto d'interventi (diretti sul bambino e indiretti con la rete) più frequenti e d'intensità maggiore rispetto a quelli ordinari. In particolare, le manifestazioni sintomatiche più frequenti di questi bambini sono le aggressioni agli operatori e agli altri bambini, le fughe e le crisi di rabbia e frustrazione che portano anche la rete scolastica o istituzionale a sollecitare gli interventi d'urgenza in loco e richiedono la presenza di un maggior numero di operatori all'interno dei gruppi.

Nei 3 CPE, negli ultimi 7 anni, si è registrato un significativo aumento dell'incidenza del numero di questa tipologia di pazienti sul numero totale di bambini accolti in un anno. Nel 2014 al CPE di Stabio se ne registravano 8 su 42 (19% del totale di pazienti seguiti), arrivando nel 2020 a 18 su 44 (40% del totale) con un aumento della proporzione del 114%. Gli stessi dati raccolti al CPE di Lugano mostrano 22 bambini con situazioni complesse su 62 (35% del totale) nel 2014 e 34 casi su 57 (59.6% del totale) nel 2020 con un aumento del 70%. Infine, al CPE di Gerra Piano si sono registrati 4 su 35 (11% del totale) nel 2014 e 17 su 56 (30% del totale) nel 2020 con un aumento del 172%.

Tabella 3 Tabella comparativa "Utenti che presentano situazioni complesse" 2014-2020 nei 3 CPE

	2014		2018		2019		2020		Aumento %14/20
CPE Stabio	8 su 42 bambini	19%	18 su 44 bambini	40%	17 su 42 bambini	40%	18 su 44 bambini	40%	110%
CPE Lugano	22 su 62 bambini	35%	38 su 59 bambini	64%	33 su 53 bambini	62%	34 su 57 bambini	59.6%	71%
CPE Gerra Piano	4 su 35 bambini	11%	16 su 54 bambini	30%	16 su 51 bambini	31%	17 su 56 bambini	30 %	172%

La massiccia concentrazione di risorse impiegate su questa tipologia di casi provoca inevitabilmente la riduzione delle cure offerte agli altri bambini.

5. Criticità e strategie di miglioramento

Con l'aumento del numero di situazioni seguite si è perso un adeguato rapporto tra il tempo di lavoro degli operatori e il numero di casi seguiti nell'anno, solo in parte compensato dal tempo parziale delle prese a carico. È sempre più evidente che l'obbligata riduzione della frequenza delle prese a carico sempre più spesso non risponde agli effettivi bisogni terapeutici dei piccoli pazienti.

Il personale vive una costante situazione di sovraccarico della mole di lavoro, che si manifesta, anche, nelle numerose ore straordinarie effettuate. Il recupero delle stesse comporta assenze più prolungate nel periodo estivo, riducendo così la possibilità di offrire la necessaria continuità dell'intervento.

Non è realizzabile alcun sistema di supplenze per le assenze di breve periodo nel corso dell'anno in caso di malattia degli operatori: la conduzione dei gruppi di bambini ricade ancora sull'organico già sottodotato.

Nonostante le suddette criticità, i servizi non hanno mai attuato un sistema di lista d'attesa, in modo da rispondere in ogni caso alle richieste d'intervento: tutto questo però sta andando a scapito della qualità.

Ciò genera anche nell'équipe, più volte, un espresso sentimento di frustrazione. L'aumento dei casi trattati nella loro gravità con lo stesso numero di operatori riduce tutte quelle attività rivolte all'elaborazione/metabolizzazione dei vissuti difficili (relativi alla sofferenza psichica con cui si è quotidianamente a stretto contatto) da parte dell'équipe stessa, influenzando negativamente la qualità del lavoro e aumentando il rischio di stress e burn-out.

Le competenze professionali acquisite all'interno dei CPE, permettono di individuare alcune linee necessarie all'ottimizzazione del lavoro stesso:

1. intensificazione delle attività in piccolo gruppo (aumento dei giorni d'intervento e copertura dell'intero anno civile);
2. potenziamento dell'intervento con le famiglie;
3. intensificazione del lavoro con la rete;
4. sviluppo del lavoro individualizzato con i piccoli pazienti già all'interno dei CPE;
5. miglioramento della gestione delle emergenze: con strutture che viaggiano costantemente sopra il 100% delle capacità di ricezione, la gestione delle urgenze risulta problematica.

Negli ultimi anni, il supporto ai CPE attraverso gli psico-educatori di UNIS, l'unità operativa multidisciplinare istituita per l'intervento diretto a bambini e ragazzi con disturbi dello spettro dell'autismo (150% su tutto il Ticino) ha permesso di rispondere maggiormente alle necessità di una fascia specifica di utenti, quelli con problematiche relative all'autismo, che rappresentano però solo una piccola parte degli utenti del CPE. Si sottolinea inoltre che i dati raccolti da UNIS e dalle istanze che si occupano di autismo in Ticino evidenziano come si è ancora lontani dal riuscire a trattare tutti i casi afferenti a questa problematica.

6. Progetto CPE per i territori del Ticino superiore: "Gruppo Alte Valli"

Periodicamente e regolarmente si svolgono incontri tra responsabili dei vari servizi territoriali (DSS e DECS) che si occupano di minorenni nel Sopraceneri: Servizi medico-psicologici, UNIS, Centro psico-educativo, Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS), Servizio di sostegno pedagogico (SSP), Unità di scolarizzazione differenziate (USD), Scuole speciali. L'obiettivo degli incontri è verificare, coordinare e regolare le collaborazioni e le progettualità a favore dell'utenza minorile.

Negli ultimi anni sono emerse criticità rispetto alla gestione dell'aumento del numero di casi trattati congiuntamente e alle difficoltà di accesso alle cure psico-educative dei bambini di età compresa tra 0 e 12 anni, in particolare per quelli provenienti dalla Valle Leventina, dalla Riviera e dalla Valle di Blenio.

Le risorse attuali permettono di rispondere solo parzialmente alle reali necessità legate ai bisogni evolutivi, di adattamento sociale e di partecipazione formativa di questi bambini. In particolar modo il modello attuale ha dei limiti nel garantire l'ottimale continuità e flessibilità di presa a carico rispetto all'evoluzione delle singole situazioni. Se non trattati, tali quadri diagnostici, tendono a configurarsi come dei tratti piuttosto stabili del bambino e che sfavoriscono lo sviluppo di adeguate competenze relazionali e di gestione dei vissuti personali, capacità fondamentali di adattamento alle normali richieste ambientali. Le conseguenze negative si possono manifestare nei differenti contesti di vita del bambino, da quello scolastico a quello familiare e sociale, rappresentando un fattore di rischio evolutivo importante.

I principali fattori in gioco sono:

- a. nel 2015 l'entrata in vigore del Concordato HarmoS (accordo intercantonale sull'armonizzazione della scuola obbligatoria) ha portato all'abbassamento dell'età d'inizio della scolarizzazione e conseguentemente all'emergenza anticipata di disagi legati all'adattamento scolastico;
- b. l'aumento massiccio delle diagnosi di autismo e delle conseguenti necessità di prese a carico precoci e intensive. Gli enti del territorio si avvalgono anche della preziosa competenza specialistica nell'autismo di UNIS, che si occupa di bambini e adolescenti ponendo diagnosi, formulando l'indicazione terapeutica più adeguata e orientando la presa a carico ai servizi per minorenni dell'OSC. L'intervento di UNIS permette un ampliamento della lettura e dell'analisi dei bisogni dei pazienti con questo quadro diagnostico, ma può rispondere solo in parte alle necessità di presa a carico;
- c. la presenza nel Sopraceneri di un unico Centro psico-educativo (CPE) a Gerra Piano che accoglie bambini anche dal Moesano e che registra negli ultimi anni un aumento esponenziale dei bambini presi in carico (a parità di organico) con una conseguente riduzione della frequenza di presa a carico;
- d. il CPE risulta inoltre difficilmente accessibile all'insieme del vasto territorio: alcuni bambini affrontano trasferte di oltre un'ora (per esempio da Airolo, da Olivone, da Mesocco), aspetto critico in particolare i più piccoli (2-6 anni) e che dissuade talvolta le famiglie dall'aderire all'intervento.

Alcune misure d'intervento sono già state messe in atto. Durante gli ultimi anni sono state create delle sinergie tra i servizi per minorenni dell'OSC per rispondere alle numerose sollecitazioni del territorio e far fronte alle difficoltà descritte.

Ad esempio, il progetto "Alte Valli", realizzato nel 2014/15, ha visto la creazione di un gruppo di presa a carico di 5 bambini (di 4/5 anni) negli spazi SEPS di Biasca. Il gruppo, per un anno scolastico, si è riunito un pomeriggio alla settimana ed è stato condotto unendo le forze del personale del CPE, del SSP e del SEPS. Esso ha fornito una risposta adeguata ai bisogni di bambini con disturbi del comportamento. Il personale del CPE specializzato nella conduzione psico-educativa di piccoli gruppi, ha garantito la qualità nell'accoglienza del disagio dei bambini e nella gestione delle dinamiche che scaturiscono dall'incontro, favorendo lo sviluppo individuale come pure le competenze relazionali. Oltre ai buoni risultati nell'evoluzione dei bambini, questo progetto ha avuto delle ricadute positive anche sul personale coinvolto, che ha vissuto un importante e reciproco arricchimento d'esperienza, con un significativo riconoscimento anche da parte dei docenti titolari coinvolti. Questo tipo di offerta ha incontrato l'adesione delle famiglie, le ha messe in contatto con gli SMP, ha ridotto notevolmente i tempi di trasferta per i bambini e di conseguenza anche i costi. Questo progetto ha permesso una maggior equità rispetto alla risposta dei bisogni nelle varie parti del territorio. Tuttavia questo tipo d'intervento non è più stato realizzato a causa della mancanza di risorse da parte del CPE di Gerra Piano, che hanno dovuto essere dispiegate per far fronte alla gestione ordinaria.

7. Fabbisogno

Per rispondere in modo adeguato alle esigenze psico-educative dei pazienti e alle crescenti richieste da parte del territorio è ritenuto imprescindibile e urgente il potenziamento dell'organico dei CPE.

Nello specifico:

- 1 nuovo CPE nella zona del Luganese con 6 operatori e 1 psicologo Capo équipe (escluso il personale amministrativo e ai servizi generali);
- il potenziamento dell'organico del CPE di Stabio con 2 nuovi operatori;
- l'ampliamento degli spazi del CPE di Gerra Piano, compatibilmente alla disponibilità logistica e contestualmente al progetto di ristrutturazione del quarto blocco della struttura, e il potenziamento dell'organico con 4 nuovi operatori;
- il progetto Alte Valli, che nasce dall'esigenza di raggiungere i luoghi periferici a Nord del nostro Cantone, con il potenziamento di 1 operatore (o 2 unità al 50 %) che verrebbe integrato nell'équipe del CPE di Gerra Piano. Questo potenziamento potrebbe in un tempo successivo proporsi come nucleo, accertata l'esigenza, di un'ulteriore sede CPE nella zona di Biasca.

Il costo lordo per queste 14 unità supplementari è stato quantificato in CHF 1.57 mio, al netto in CHF 0.99 mio. Con il preventivo 2020 sono già state concesse 2 UTP per avviare i potenziamenti. La richiesta di aumento di personale per i CPE si riduce quindi a 12 UTP con un costo di CHF 1.34 mio, CHF 0.84 mio al netto.

Queste misure permetterebbero di ottimizzare il rapporto tra operatori e utenti che, in maniera generica si colloca attualmente intorno a 8 bambini per operatore, rispetto ad uno standard svizzero per strutture simili di circa 3 bambini per operatore.

In fase di implementazione delle misure sopra indicate, saranno valutate possibilità alternative o complementari di potenziamento dei CPE, con particolare riferimento all'eventuale estensione del loro perimetro di intervento (es. età degli utenti accolti e giorni di apertura).

Il confronto tra il CPE di Lugano e un'analogica struttura jurassiana, l'*Hôpital de jour "Villa Blanche"* di Porrentruy è particolarmente interessante, perché sono a disposizione i dati di un precedente studio datato 1996 su 3 strutture svizzere per bambini condotto dal Centro documentazione e ricerca OSC. I dati in tabella evidenziano che nel 1995 le risorse in personale del CPE di Lugano erano grosso modo in linea con quelle del Jura. A 9.7 unità di personale a tempo pieno per 20 posti a Lugano, corrispondevano 6.4 unità di personale per 12 posti a Porrentruy.

	1995	2019
Abitanti distretto Lugano	120'000	152'203 ⁴
Posti bambini al 100%	20	24 ⁵
Pazienti effettivi ⁶	20-22	53-55 (max)
Personale Lugano	9.7	7.70 ⁷

	1995	2019
Abitanti Canton Jura	68'000	73'122
Posti bambini al 100%	12	24
Pazienti effettivi	13	28-30 (max)
Personale Villa Blanche (Porrentruy, JU)	6.4	15.9 ⁸

Nel 2019, si osserva che la casistica è aumentata sia a Lugano, sia nel Jura, ma le risorse in personale sono evolute molto diversamente nelle due strutture.

A 7.70 unità di personale a tempo pieno per 24 posti a Lugano, corrispondono 15.9 unità di personale a tempo pieno per 24 posti a Porrentruy.

Nel Jura, ad un raddoppio della casistica, ha fatto seguito un adeguamento del personale, in effetti più che raddoppiato, mentre a Lugano, a fronte di un aumento della casistica, le risorse sono diminuite di 2 UTP.

I dati giurassiani, ai quali si aggiungono quelli trasmessi dall'*Office Médico-pédagogique* di Ginevra sui bisogni standard di un *Centre de jour* per bambini, indicano che il fabbisogno in personale di un CPE con 12 posti a tempo pieno si aggira tra le 7.95 unità per il Jura e le 6.05 unità di personale curante per Ginevra, a seconda del fatto che gli interventi logopedici, psicomotori, arteterapeutici e di pet-therapy vengano inclusi nel calcolo del fabbisogno di personale o meno.

Si segnala infine che un cantone come il Giura dispone di 24 posti di cura a tempo pieno per 73'000 abitanti, offerta pari a quella Luganese in un distretto che conta però 152'000 persone.

⁴ Dati al 31.12.2016

⁵ La cura di 55 bambini a tempo parziale corrisponde ad un fabbisogno di 24 posti di cura a tempo pieno.

⁶ Le prese a carico 2019 sono a tempo molto parziale a Lugano, mentre sono rimaste consistenti nel Jura, poiché l'insegnamento scolastico continua a essere impartito all'interno del Centro. La stessa cosa vale per le strutture del Canton Ginevra.

⁷ Include le percentuali mediche – Lugano 0.30.

⁸ Include le percentuali mediche – Porrentruy 0.90.

6. Servizi medico-psicologici

I servizi ambulatoriali per minorenni stanno costantemente registrando un aumento della domanda e questo al di là degli strascichi post traumatici a livello psichico e sociale dell'ondata pandemica. Oltre al numero elevato di casi in corso, si tratta, diversamente che in passato, di situazioni gravi e complesse che necessitano di prese a carico multidisciplinari ben articolate, e che non si risolvono nell'arco di pochi mesi o nell'arco di una consultazione breve.

Di seguito alcuni dati concernenti il 2021 dei diversi SMP:

SMP Lugano: 926 casi seguiti (2020: 800, 2019: 833), mai così tanti negli anni di attività. 530 casi in corso e 392 tra risegnalazioni e nuove segnalazioni.

SMP Mendrisio: 395 utenti in totale (2020: 347, 2019: 336) e 174 nuove segnalazioni (2020: 126, 2019: 104).

SMP Bellinzona: 506 casi totali (2020: 399, 2019: 408), di cui 229 nuovi casi e 15 risegnalazioni.

SMP Locarno: 481 casi totali (2020 450, 2019: 400) di 205 nuovi casi (2020: 189, 2019: 190). È da segnalare anche un aumento complessivo del 56% dell'attività della componente medica, sia per numero di consultazioni (1740 rispetto a 1111) che per ore di intervento (2190 rispetto 1396).

L'aumento dell'attività sopra evidenziato ha riguardato anche il settore privato, saturandone la disponibilità e indirizzando verso il servizio pubblico la gestione dei casi più complessi e che necessitano di un maggiore investimento per coordinarsi con le varie figure della rete di altre Istituzioni (quali ARP, Preture, UAP, UFaG, ospedali, CEM o settori della Pedagogia Speciale e della Scuola). Per tali casi è inoltre necessario l'intervento multidisciplinare di più figure professionali del SMP.

In sintesi il comparto medico dei SMP è in una condizione difficoltosa e non è più in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni dell'utenza, essendo confrontato con liste d'attesa per le valutazioni medico-psichiatriche sia di pazienti già in carico, sia di pazienti nuovi segnalati. Gli stessi medici sono impegnati in numerose attività di consulenza esterna, formazione, supervisione, nuovi progetti. Va inoltre ricordato che il nuovo reparto di pedopsichiatria con 5 posti letto presso l'ospedale Regionale di Lugano è stato aperto senza aumento delle risorse che erano stanziare per la precedente attività di liaison con la Pediatria (pensata però per 1-2 posti letto e gestita dai pediatri). Per poter garantire una presa in carico adeguata ai bisogni stazionari di questi pazienti, i medici quadri e assistenti del SMP devono garantire una presenza costante e regolare in reparto, sottraendo conseguentemente giornate di lavoro ai pazienti ambulatoriali.

L'aumento delle risorse previste nella presente pianificazione per l'Unità di cure integrate come pure per i Centri psicoeducativi offriranno delle ricadute positive anche ai settori ambulatoriali, alleggerendo la pressione sui SMP che in qualche modo devono supplire a delle prese in carico più appropriate. Il fatto di prevedere già nei prossimi anni di plasmare sugli stessi servizi nuove risorse, consentirà di diminuirne la pressione.

Va inoltre evidenziato come nella pianificazione venga proposto, in stretta collaborazione con la DASF, la creazione di un'équipe mobile che consentirà altresì di potenziare le attuali risorse. Inoltre questo permetterà lo sviluppo di ulteriori sinergie sul territorio, in particolare

con i servizi del DECS per i quali si prevede la creazione di un gruppo di lavoro interdipartimentale.

7. Ifigenia

1. Introduzione

La malattia mentale di un genitore ha un effetto profondo su tutta la famiglia. Ci sono sufficienti evidenze per supportare la prevenzione in salute mentale e fare della famiglia il perno di questa prevenzione. Programmi preventivi esistono ormai in molte nazioni, ma ancora la prevenzione a livello familiare non fa parte integrante della formazione degli operatori e sviluppare nuovi programmi è sempre difficoltoso.

Ifigenia dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) offre un supporto a genitori e figli che vivono in una famiglia in cui è presente una qualsiasi forma di disagio psichico. L'obiettivo del lavoro con la famiglia è di *stimolare e rinforzare la genitorialità* in un momento di particolare fragilità e di *proteggere* i figli di genitori con problemi psichiatrici in periodi di vita in cui la malattia del genitore si acutizza.

Da un ventennio si è sviluppata un'attenzione sempre maggiore alla tematica della trasmissione intergenerazionale, tra genitori e figli, della malattia psichica.

La letteratura internazionale indica che questi bambini sono esposti a un rischio più elevato di sviluppare nel tempo un disagio psichico, in ragione sia del contesto ambientale spesso sfavorevole (da un punto di vista relazionale e sociale) nel quale si trovano a costruire la loro personalità, sia del ruolo della genetica. Negli ultimi anni il tema ha interessato anche la ricerca, che, a seguito di numerosi studi, ha concluso che il 40% di figli di pazienti depressi è destinato a presentare, a sua volta, un episodio depressivo maggiore in età adulta. Un successivo studio longitudinale a 20 anni, comparando giovani adulti figli di persone depresse con figli di genitori sani, ha rilevato un rischio per i primi di tre volte maggiore rispetto ai secondi di sviluppare disturbi d'ansia, depressioni maggiori, comportamento d'abuso e disadattamento sociale. Queste e altre evidenze hanno portato nel 2011 la World Psychiatric Association a costituire una task force che ha redatto linee guida specifiche sulla tutela e la promozione della salute psichica dei figli esposti. Gli studi di letteratura svizzera suppongono che da 20'000 a 50'000 minorenni svizzeri vivono con genitori che soffrono di un disturbo psichico.

Rapportando i dati al Canton Ticino è presumibile che circa 1'000 bambini si trovino in tale situazione.

Un'analisi degli utenti dei Servizi psico-sociali (SPS) e della Clinica psichiatrica cantonale (CPC) dell'OSC ha mostrato che il 14% degli utenti ha figli minorenni. Ifigenia nasce con l'obiettivo di aiutare i figli di genitori sofferenti di un disturbo psichico, offrendo loro un programma di prevenzione.

2. Analisi dati

Torvik TA, Rongmo K. Folkehelseinstituttet rapport 2011

	Figli con disturbo psichiatrico in famiglia		Figli con disturbo di abuso di sostanze in famiglia		Figli con uno o entrambi i disturbi in famiglia	
Tutte le diagnosi	410.000	37.3%	90.000	8.3%	450.000	40,5%
Disturbi leggeri o moderati	260.000	23.1%	70.000	6.5%	290.000	26.5%
Disturbi maggiori	115.000	10.4%	30.000	2.7%	135.000	12.2%

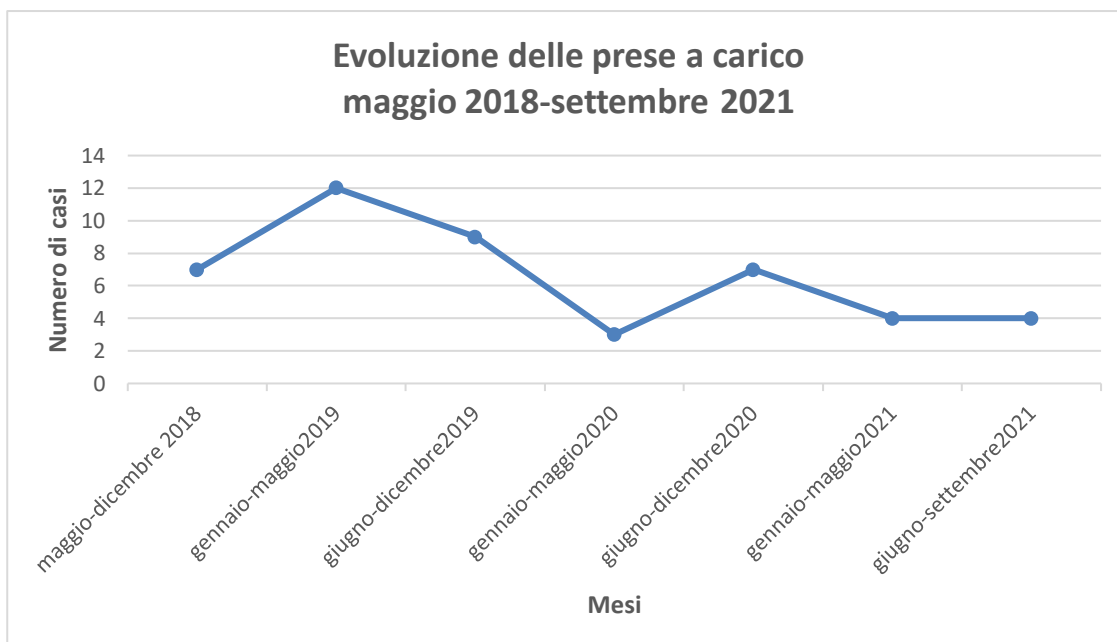
Dal mese di maggio 2018 fino a settembre 2021, Ifigenia si è occupata di 46 famiglie.

Caratteristiche cliniche dei pazienti

	Totale casi N=46	
	N	%
Segnalante		
-CPC (di cui 11 Home treatment)	34	73.9
-SPS	6	13.1
-SPPM	0	0
-SMP	2	4.3
-altri (casa della donna, scuola)	4	8.7
Precedenti in CPC o HT		
-nessun ricovero precedente	10	21.7
-segnalato al primo ricovero	15	32.6
-uno o più ricoveri precedenti	21	45.7
Diagnosi principale		
-F10 Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	4	8.7
-F11-19 Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sost. psicoattive	3	6.5
-F2 Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	18	39.1
-F3 Sindromi affettive	15	32.6
-F4 Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	1	2.2
-F6 Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	5	10.9
-non F	0	0

Stato attuale (situazione a settembre 2021) dei casi segnalati

	Totale casi N=46	
	N	%
Stato attuale		
-in corso	4	8.7
-interrotto dal paziente	12	26.1
-concluso	28	60.9
-sospeso	0	0
-presa a carico non indicata per paziente	2	4.3



A partire dal 2015, anno in cui ha preso avvio il progetto Ifigenia, si è assistito ad un andamento mediamente stabile delle segnalazioni e delle prese a carico. L'unica eccezione è rappresentata dal periodo gennaio-maggio 2020, che coincide con il periodo dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19. In tale periodo anche i servizi OSC sono stati toccati dalla riduzione di offerta ai pazienti, a causa delle restrizioni governative messe in atto per contenere il diffondersi della pandemia. Ciò ha inevitabilmente interrotto le segnalazioni a Ifigenia e arrestato il numero di prese a carico. Il numero di segnalazioni ha poi ripreso il suo ritmo costante a partire dall'estate del 2020.

3. Altri progetti di riferimento internazionali

- 1990 primi lavori di W. Beardslee e T. Solantaus
- 2000 avvio del programma finlandese Effective Family Programme
- 2002 pubblicazione di "When a parent is depressed " di W. Beardslee
- avvio a Londra del WMHA International group focus on children of the mentally ill
- primi programmi COPMI in Olanda, Svezia, Norvegia, Danimarca, Australia
- 2007-2010 modifiche legislative a supporto dei minori COPMI in Finlandia, Norvegia, Olanda
- 2008 avvio di convegni mondiali biennali sul tema COPMI (ultimo a Berkeley nel 2014)
- 2009 convegno Eufami "Forgotten Children" Vilnius
- 2010 Programma "Piccoli Fiori in Sesto" Milano
- 2012 Programma europeo di formazione CAMILLE
- 2013 Prato Research Group
- 2015 Convegno italiano "La prevenzione del rischio nei figli di pazienti psichiatrici"
- 2018 Programme de prévention pour les enfants de parents souffrant d'un trouble psychique, CHUV

4. Il progetto Ifigenia dell'OSC

4.1. Descrizione

Ifigenia nasce dalla collaborazione tra i servizi dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) con presa a carico ambulatoriale – Servizi psico-sociali (SPS), Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM) e Servizi medico-psicologici (SMP) – e la Clinica psichiatrica cantonale (CPC), che accoglie i pazienti in regime stazionario.

Il progetto è stato presentato per la prima volta alla 3a Giornata psichiatrica cantonale organizzata dall'OSC, nell'autunno 2014.

Designati i referenti per ogni struttura OSC (coworker), essi sono stati invitati a due giornate formative nei mesi di aprile e maggio 2015. Relatori della formazione: E. Re, F. Tasselli, I. Brusa coinvolti nel progetto Semola di Milano – associazione contatto. Da maggio 2015 il progetto ha ufficialmente debuttato. Nel corso del 2016 è stato promosso all'esterno dell'OSC (medici privati, medici scolastici e scuole, partecipazione a due congressi: internazionale e nazionale - Basilea e Locarno).

Nel 2018, dopo tre anni dall'avvio di Ifigenia, ci sono stati dei corsi di formazione/aggiornamento con i servizi internazionali [Associazione Onlus Contatto-Gruppo Semola di Milano, National Institute for Health and Welfare in Finlandia] che hanno ispirato il progetto. Questi corsi hanno permesso un perfezionamento delle competenze degli operatori all'interno del progetto e allo stesso tempo hanno facilitato il coinvolgimento di nuovi operatori.

La formazione ha permesso di sviluppare strumenti ad hoc, tarati rispetto all'esperienza clinica/lavorativa di questi anni sul territorio cantonale. In particolar modo sono stati sviluppati protocolli per articolare gli interventi.

La divulgazione del progetto prosegue, nell'agosto del 2019 è stato presentato al Servizio di Accompagnamento Educativo (SAE). Tale servizio risulta un partner importante nell'approccio alle famiglie delle quali ci si occupa, in quanto anche il SAE è attivo nell'intervento all'interno delle famiglie dove spesso c'è un disagio psichico dei genitori.

Una delle priorità di Ifigenia continua ad essere quella di incrementare la collaborazione fra i servizi psichiatrici ambulatoriali per adulti e quelli per minori, in modo che gli operatori che si occupano dei minori possano individuare con più facilità la pertinenza delle segnalazioni e, a cascata, offrire una maggior qualità/prontezza nell'intervento.

Successivamente, per garantire la partecipazione attiva degli operatori, sono stati stabiliti dei momenti di discussione e di supervisione dei casi seguiti. L'intenzione è quella di garantire due momenti di supervisione all'anno per il gruppo di coworkers coinvolti nel progetto.

4.2. Obiettivi

Gli *obiettivi di base* del progetto possono essere così riassunti:

- riflettere sul tema della genitorialità in psichiatria;
- coordinare gli interventi di prevenzione e sostegno a favore dei figli di genitori con problematiche psichiche e dei genitori medesimi;
- sensibilizzare gli operatori nel lavoro con il paziente e le loro famiglie.

Gli *obiettivi specifici* del progetto nel lavoro con le famiglie sono:

- intervenire a sostegno della genitorialità, come ad esempio aiutando i genitori ad individuare il modo di comunicare ai figli la sofferenza che stanno vivendo;
- intervenire preventivamente sui bambini con un buon funzionamento e asintomatici, ad esempio sostenendoli ad esplicitare i loro stati d'animo e le loro domande;
- promuovere le risorse di genitori e figli nell'affrontare il disagio di uno dei membri della famiglia;
- individuare e curare i minori già sofferenti e le loro famiglie;
- aiutare i genitori ad individuare i segnali di disagio e malessere nei loro figli e a formulare una richiesta d'aiuto ai servizi specialistici.

L'intervento Ifigenia può anche assumere forme diverse rispetto agli obiettivi principali del progetto. Nel corso di questi anni ci si è confrontati con degli interventi che riguardano

problematiche quali il suicidio di un genitore o il fare fronte alla malattia di un fratello. Tali aspetti non erano di per sé presenti nei protocolli iniziali, ma sono stati affrontati e inclusi nell'attuale esperienza, e senza dubbio costituiscono sfide che si traducono in nuovi obiettivi:

- accogliere la sofferenza della famiglia dopo il decesso di un paziente enfatizzando la decolpevolizzazione di fronte all'agito del familiare;
- spiegare ai bambini la morte come conseguenza, non isolata, di una malattia mentale;
- accompagnare i bambini nella comprensione del malessere di un fratello, aiutandoli a capire il miglior modo di entrare in relazione;
- assistere i genitori nella tutela dei bambini di fronte ai possibili disfunzionamenti del figlio sofferente, che potrebbero rappresentare una fonte di disagio per la fratria.

4.3. Gruppo di lavoro Ifigenia e sede

L'équipe è composta da: Direttore medico dei Settori, Direttore medico CPC, psicoterapeuta responsabile SMP, medici pedo-psichiatri SMP, medico capo servizio SPS, coordinatore/trice infermieristico/a CPC. In ogni sede sono stati formati dei coworkers, operatori OSC con differenti professionalità (medici, psicologi, infermieri, educatori), che collaborano attivamente durante gli interventi di Ifigenia. Per le supervisioni di gruppo si fa capo ad uno psicoterapeuta del SMP di Lugano.

Ifigenia ha sede presso il Servizio medico-psicologico di Lugano (sede di lavoro della coordinatrice), ma gli interventi si svolgono sul territorio cantonale, in tutti i servizi dell'OSC, stazionario (CPC e Home treatment) e ambulatoriali per bambini-adolescenti (SMP) e adulti (SPS, SPPM).

5. Fabbisogni e costi

Allo stato attuale si può affermare che i coworkers di Ifigenia sono formati e preparati a svolgere parte del loro incarico per il Progetto Ifigenia; gli interventi si svolgono in tutti i servizi OSC già esistenti. Nel corso degli anni alcuni coworkers hanno abbandonato il progetto Ifigenia per svariati motivi. Pertanto, si avvera necessario ricostituire il gruppo di consulenti di Ifigenia, affinché in tutti i servizi ambulatoriali di competenza siano presenti almeno due coworkers. A tal proposito verrà organizzato un nuovo corso di formazione a gennaio 2022. Tale formazione darà la possibilità di aggiornare i collaboratori tuttora attivi sul Progetto Ifigenia, e soprattutto di formarne di nuovi al fine di colmare l'assenza di coworkers in alcuni servizi ambulatoriali.

Considerata l'importanza di tale progetto per la psichiatria pubblica cantonale e per la popolazione coinvolta, si ritiene necessario procedere con un aumento della percentuale di lavoro della coordinatrice al 50% (inizialmente il 20% è stato finanziato direttamente dall'OSC tramite il Fondo di compensazione UAA, nel 2019 l'unità è stata confermata nell'ambito dei consolidamenti) per poter rispondere in maniera maggiormente appropriata alle crescenti segnalazioni provenienti dai vari servizi, in particolare dal progetto Home treatment (HT) di Bellinzona e Tre Valli, per la sua specificità di operare al domicilio e constatare le situazioni familiari con figli minori residenti con il genitore sofferente.

Un incremento nella percentuale del coordinamento permetterebbe di sviluppare maggiormente attività che ci sembrano vitali per il progetto quali:

- favorire la creazione di gruppi terapeutici/di sostegno: gruppi di genitori, per il supporto della genitorialità nella sofferenza psichica o gruppi con bambini, figli di un genitore con un disagio psichico;
- incrementare la divulgazione del progetto: per esempio in strutture abitative per pazienti psichiatrici, scuole, centri educativi per minorenni (CEM), strutture carcerarie;
- partecipare frequentemente ad eventi formativi che permettano l'aggiornamento circa i programmi sviluppati a livello internazionale;
- migliorare il seguito delle famiglie che comprende anche eventuali contatti con la rete di aiuto;
- garantire un accompagnamento dei coworkers e una supervisione psicologica dei casi seguiti.

6. Conclusione

La proposta è di consolidare il Ifigenia affinché da progetto, quale è stato per questi primi anni, possa divenire un'offerta stabile e sistematica all'interno di tutti i servizi OSC, per offrire alle famiglie in cui è presente una forma di disagio psichico, un maggior supporto in caso di acuità della malattia mentale. Per poter raggiungere questo obiettivo, si chiede di attribuire un ulteriore 30% di psicologo alla Direzione dei Settori specialmente dedicata a questa nuova offerta.

Lavorare sulla comunicazione, soffermandosi in particolare sul tema della malattia mentale e ciò che ne consegue da un punto di vista relazionale per i membri di una famiglia, con la possibilità di promuovere la comprensione reciproca all'interno di questi nuclei familiari, è un fattore protettivo e preventivo importante per i figli minori.⁹

⁹- Fava Vizziello G., Disnan G., Colucci M.R. (1991). *Genitori psicotici*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Ghezzi D., Vadilonga F. (1996). *La tutela del minore*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- P. Huerres et al. *L'enfant de parents en souffrance psychique*. *Enfances & Psy* 2007/4 n. 37, pagg. 6-8.

- F. Touret-De Coucy. *Le juge des enfants face à la maladie mentale des parents*. *Enfances & Psy* 2008/1 n. 38, pagg. 122-126.

- Psicologia Contemporanea (05-06 2012). *Salute mentale. I figli dei pazienti psichiatrici*. Firenze: Giunti Editore.

8. Equipe mobile al CARL

1. Introduzione

Nell'ultimo decennio la psichiatria pubblica cantonale ha vissuto grandi cambiamenti. Anche il CARL ne è stato senza dubbio uno dei protagonisti. In questi dieci anni infatti si è assistito a grandi trasformazioni sia dal punto di vista dell'approccio, sia a livello di utenza. Il CARL nasce nel 1995 dalla chiusura dell'allora Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC), che ha comportato la creazione delle due nuove strutture stazionarie: la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e, come detto, il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL). Il CARL rispondeva allora alla necessità di dare una casa a quei pazienti lungodegenti dell'ONC (a beneficio di una rendita di invalidità) che non avrebbero potuto essere dimessi sul territorio, ma che non necessitavano propriamente di cure mediche tali da giustificare un ricovero presso una struttura stazionaria sanitaria.

Il Centro si caratterizzava quindi dall'accoglienza di una casistica cronica, da tempo degente a Casvegno (decenni e anche più), alla quale si è cercato di ridare dignità e sicurezza attraverso un accompagnamento rivolto al mantenimento di una vita il più possibile serena e cadenzata da ritmi regolari.

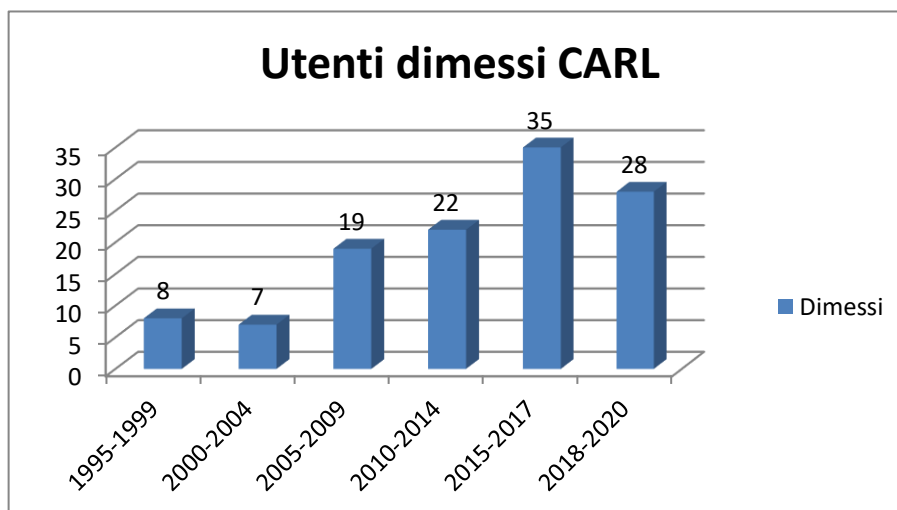
In effetti, oltre all'abitazione (gli ospiti beneficiano di camere singole che diventano a tutti gli effetti casa loro), vengono proposte possibilità di lavoro (i Laboratori protetti) e momenti di animazione socioculturale.

Le nuove esigenze del territorio hanno progressivamente visto il passaggio da un'utenza cronica classica (persone da decenni utenti prima dell'ONC e poi del CARL) a un'utenza, sempre a beneficio di un'invalidità, ma con una cronicità più breve e con una stabilità non sempre presente.

Inoltre, negli ultimi anni si è lavorato affinché il CARL non fosse più una soluzione definitiva per chi viene collocato, ma un istituto riabilitativo. Una struttura cioè che lavora maggiormente sulle autonomie residue per aumentarle e permettere all'ospite di progettarsi in un percorso che lo possa vedere protagonista e ritornare sul territorio.

Questo nuovo modo di lavorare ha quindi portato ad un aumento dei progetti di vita altrove (dimissioni – grafico 1). Questo cambiamento ha comportato la necessità di rivedere il modello di presa a carico proposto.

Grafico 1



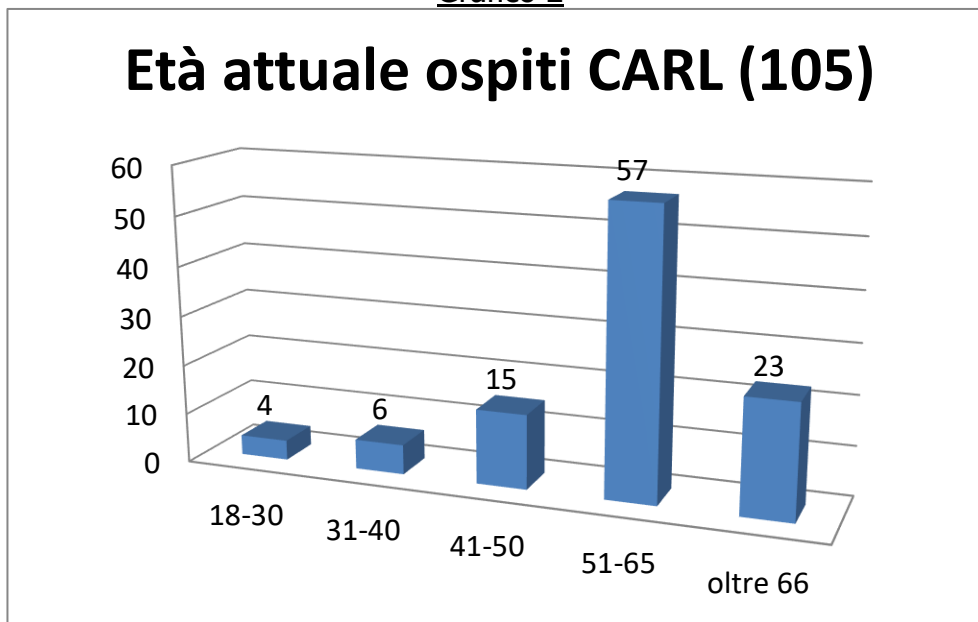
Questi cambiamenti hanno permesso al CARL di assumere, all'interno degli istituti annoverati nella pianificazione LISPI (Legge sull'integrazione socioprofessionale degli invalidi), un ruolo riconosciuto quale struttura per invalidi che accoglie situazioni complesse nell'ambito della disabilità psichica.

Si tratta di utenti, spesso con doppie diagnosi, che hanno alle spalle lunghe permanenze in strutture che si occupano di dipendenze, giovani che manifestano gravi patologie psichiatriche che non sempre riescono ad avere una compliance. Situazioni spesso al limite tra ricovero ospedaliero e collocamento in istituto, che impegnano massicciamente gli operatori e che, malgrado le proposte di occupazione, non riescono a mantenere neanche un minimo di impegno lavorativo e/o occupazionale, gravando quotidianamente sulle Unità abitative e sovraccaricando quindi gli operatori delle stesse. Il fatto che la durata media dei collocamenti in CPC sia costantemente diminuita ha inoltre portato all'arrivo al CARL di persone sicuramente meno stabilizzate.

2. La casistica seguita al CARL

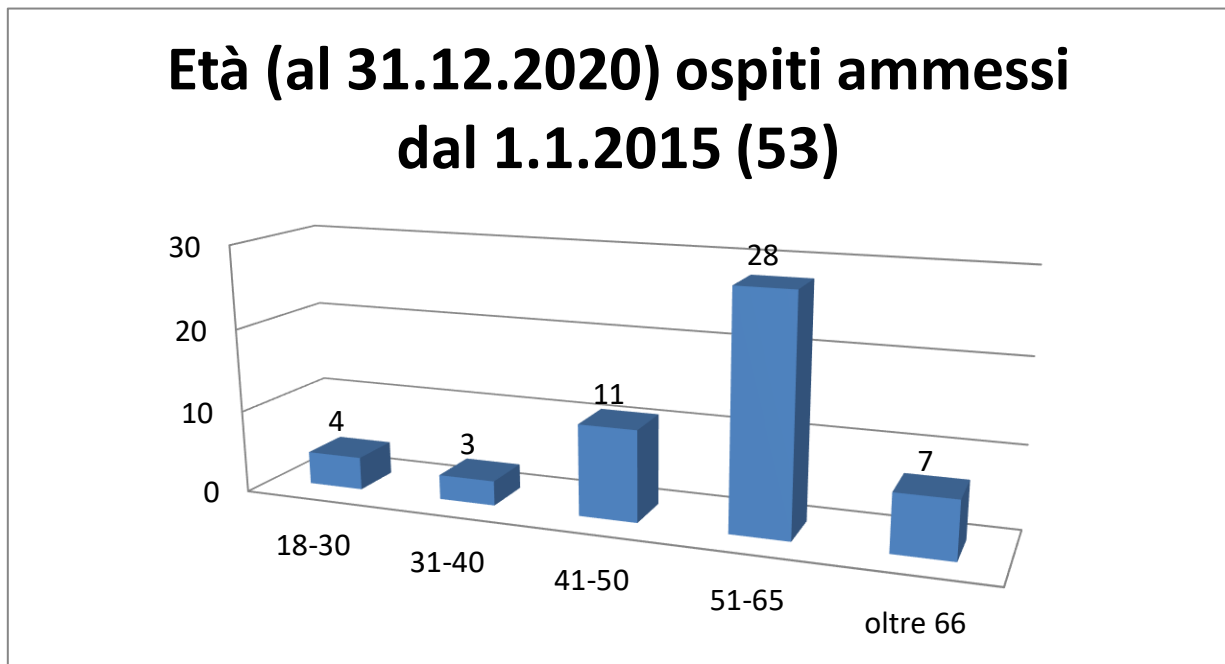
Alcuni dati riguardanti l'età degli ospiti CARL dimostrano come l'istituto sia cambiato negli anni anche da questo punto di vista. Il secondo grafico indica la ripartizione secondo classi di età (calcolata al 31.12.2020) degli ospiti attualmente presenti al CARL.

Grafico 2



Il terzo grafico indica invece l'età degli ospiti, attualmente ancora presenti (età al 31.12.2020), che sono stati accolti dopo 1.1.2015.

Grafico 3



Come si può notare (grafico 3), l'età degli ospiti del CARL ammessi negli ultimi sei anni, e ancora presenti, conferma la tendenza alla presenza di persone in età giovane, circa il 35% ha infatti meno di 51 anni.

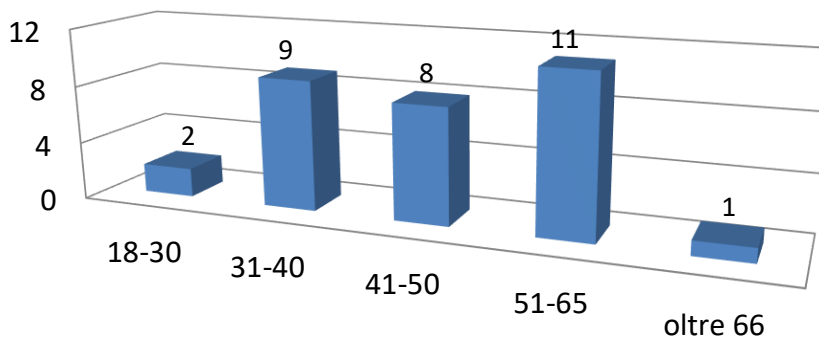
È importante rilevare che il numero di ammissioni avvenuto dal 2015 è di 88 ciò evidenzia, anche da questo punto di vista, il cambiamento avvenuto negli ultimi anni.

Si osserva che circa il 60% delle persone ammesse dopo il 2015 (grafico 4), al momento della dimissione dal CARL, aveva meno di 51 anni.

Complessivamente l'età media è di 45 anni.

Grafico 4

Età degli ospiti (alla dimissione) ammessi tra il 2015 e il 2020 già dimessi



Questi ospiti, per poter raggiungere gli obiettivi fissati di un progetto di vita altrove, hanno necessitato di importanti interventi riabilitativi.

A loro si aggiungono nuovi ospiti che presentano una notevole complessità con una sintomatologia particolarmente grave.

Si tratta di persone che richiedono un enorme impegno nella gestione, che sfociano anche in momenti di aggressività e che necessitano sovente di interventi "uno a uno" (accompagnamento educativo intensivo).

3. Le difficoltà nella presa a carico medico-psichiatrica e la soluzione individuata con la CPC

Negli ultimi anni si è assistito ad una difficoltà crescente nella presa a carico medico-psichiatrica, in particolare per quanto attiene alla continuità terapeutica. Fino a tre anni fa questa presa a carico era garantita dai medici assistenti della CPC (supervisionati da un medico quadro). L'evoluzione della casistica ha però evidenziato come questa scelta fosse, sempre maggiormente, poco efficace sia per l'alto turn-over dei medici assistenti presso la CPC, sia per la caratteristica intrinseca del medico assistente, come medico in formazione che non ha ancora concluso il suo percorso FMH in psichiatria e psicoterapia. Pertanto, la Direzione medica della CPC tre anni fa ha proposto di affidare la presa a carico degli ospiti del CARL ad un medico capo clinica, che ha nel suo mansionario questo compito da svolgersi nel suo orario settimanale, per almeno un 50% del suo tempo di lavoro. La maggiore esperienza e la definizione precisa degli orari da dedicare agli ospiti del CARL doveva permettere al medico consulente interventi maggiormente competenti, tempestivi ed efficaci. Inoltre, questo deve garantire una continuità delle prese in carico, che non è possibile con i medici assistenti.

Questa proposta, discussa con la Direzione del CARL, è stata senz'altro una risposta utile, che ha migliorato la presa a carico degli ospiti. Visti gli impegni da più parti, ospiti compresi, riceviamo sollecitazioni per aumentare la percentuale del medico consulente a favore del CARL. Sottolineiamo comunque che questa modalità di consulenza medica, pur apprezzata, non ha potuto risolvere tutte le problematiche evidenziate.

4. Altre misure già attuate

Le misure già messe in atto per affrontare al meglio queste nuove situazioni sono state indirizzate alla formazione:

- a) si sono favorite le formazioni per il personale assunto in qualità di assistente di cura o assistente geriatrico per permettere a questi collaboratori l'ottenimento del titolo di OSA (Operatore socioassistenziale), titolo e formazione più adatti alle nuove esigenze;
- b) si è inoltre deciso (analogamente alla CPC) di chiedere che tutti gli infermieri assunti abbiano la formazione in salute mentale;
- c) sono state proposte formazioni specifiche in riabilitazione psichiatrica, formazioni che continuano ad essere proposte per formare a turno tutti gli operatori;
- d) in collaborazione con il CCFI dal mese di maggio del 2021 sono stati organizzati dei corsi sulla gestione dell'aggressività destinati a tutti i collaboratori del CARL.

5. La nuova proposta: un'équipe mobile anche al CARL

Rimane purtroppo evidente come l'assistenza descritta in precedenza (accompagnamento educativo intensivo), che si realizza in un accompagnamento "uno a uno" indispensabile in situazioni sempre più frequenti, non è possibile senza far pesare agli altri ospiti la mancanza di operatori a disposizione. È importante segnalare come episodi di grande difficoltà avvengono anche durante la notte e come attualmente il servizio notturno sia garantito da quattro operatori per le cinque case (uno in Villa Alta con 27 ospiti, uno in Villa Ortensia con 25 ospiti, due in Pineta con 54 ospiti).

Si sono pensate varie ipotesi e quella che ci è sembrata rispondere al meglio è quella di dotare anche il CARL di una équipe mobile¹⁰ che possa garantire un'adeguata presenza durante le 24 ore.

Questa soluzione permetterebbe di attivare un sostegno immediato (sia di giorno, sia di notte) intervenendo nelle situazioni critiche e permettendo agli operatori delle Unità abitative di garantire la gestione corrente e gli interventi previsti per gli altri ospiti.

L'équipe mobile del CARL dovrebbe garantire una presenza di due unità di personale supplementare durante il giorno e di una durante la notte. Per poter fare questo si rende necessaria la presenza di 8.8 unità di personale (educatori e infermieri con specialità in salute mentale) con un costo quantificabile in circa CHF 1.083 mio, oneri sociali compresi, già inseriti nel P2022. Considerando che per poter svolgere con competenza il proprio compito all'interno dell'équipe mobile del CARL è necessaria una qualificata esperienza con la casistica psichiatrica, è presumibile che l'équipe venga costituita con personale già attivo presso le unità abitative del CARL, risorse che poi verrebbero sostituite da personale più giovane e quindi non al massimo della carriera salariale. Fatta questa ipotesi, si può presumere che il costo indicato precedentemente sia sovrastimato e che le spese per la nuova équipe potrebbero essere contenute a CHF 0.9 mio.

Con questa soluzione si garantisce che anche in futuro il CARL possa continuare ad ammettere persone in situazione di grave disagio, che non troverebbero una collocazione altrove, se non con l'apertura di un nuovo istituto finanziato dalla LISPI. La soluzione proposta permette invece di approfittare di quanto già messo in atto con la struttura esistente, ma differenziando la presa a carico secondo i bisogni dell'utenza.

Questa équipe supplementare permetterà anche di seguire i 6 nuovi ospiti che verranno ammessi al CARL quando verrà ristrutturato il Mottino, il cui progetto è in fase di definizione presso la Sezione della logistica. Questo aumento di posti, a cui si aggiunge il piccolo appartamento di due posti ricavato di recente presso la Casa dei medici, già sede della Fondazione Sirio, porta ad un totale di 8 nuovi posti disponibili al CARL.

Considerando le rette fatturate agli utenti che ammonteranno a circa CHF 300'000, nonché le prestazioni che potranno essere fatturate agli assicuratori malattia in virtù dell'art. 7 OPre, si può presumere che il costo totale netto della creazione di un'équipe mobile presso il CARL ammonti a CHF 0.55 mio. Il Consiglio di Stato ha già incluso il nuovo onere nel preventivo 2022 già approvato.

¹⁰ L'équipe mobile è stata introdotta in CPC nel 2010. L'esperienza di questi anni ha dimostrato il valore di questa proposta. "Con l'implementazione delle misure previste dalla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012, è stata creata presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) un'équipe mobile per diminuire la contenzione fisica come deciso dal Parlamento" (Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018, pag. 33)

9. Centro crisi e riduzione della suicidalità

A. Centro crisi

1. Introduzione

La necessità di aprire un Centro crisi nel contesto territoriale risiede fundamentalmente nella constatazione, originata dalla pratica clinica psichiatrica quotidiana dei Servizi psico-sociali (SPS) e del Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM), che una serie di bisogni presentati dalla popolazione residente non trovano alcuna risposta, o quantomeno non trovano una risposta adeguata per la tempistica o per la stessa struttura dell'offerta, nel tessuto sociale e nella rete di servizi dell'OSC attualmente operanti sul territorio. Allo stato attuale, infatti, una condizione di criticità che vada a compromettere il funzionamento psico-sociale di un individuo ha come unico sbocco possibile il ricovero in una clinica psichiatrica, con tutte le conseguenze percepite da tale provvedimento, non ultima la stigmatizzazione. Spesso accade, nella pratica quotidiana dei servizi psichiatrici territoriali OSC, di non poter formulare un intervento d'urgenza differente dal ricovero stazionario proprio a causa dell'assenza di strutture che consentano risposte alternative al ricovero stesso, benché le condizioni cliniche del paziente potrebbero essere adeguatamente gestite al di fuori di un contesto stazionario acuto; questa condizione si verifica tipicamente quando è il sistema socio-relazionale che circonda il paziente ad aver esaurito le proprie risorse pur in assenza di un franco scempenso psicopatologico che, di per sé, renderebbe non procrastinabile il ricovero presso la Clinica psichiatrica cantonale.

2. Definizione

Il concetto di crisi in psichiatria è ancora poco univoco ed assume molte sfumature differenti a seconda dei contesti in cui viene utilizzato. La definizione che risulta al momento più convincente, ancorché molto pragmatica, è quella formulata da Kaplan nel 1969: la crisi è un turbamento emotivo acuto che insorge in contesti problematici situazionali, relazionali, di sviluppo o socio-economici, vissuti dall'individuo come insostenibili, e che inducono una temporanea disfunzione delle capacità di affrontare i problemi da parte dell'individuo stesso, disfunzione che coinvolge prevalentemente le capacità quindi di risolverli.

Crisi, quindi, non è sinonimo di urgenza-emergenza psichiatrica, condizione, quest'ultima, definita esclusivamente da criteri psicopatologici e giuridici (concetto di pericolosità, di presenza di una turba o disturbo mentale acuto o di un grave stato di abbandono) e che necessita una risposta immediata e non differibile, seguendo un percorso differente e senza accesso al Centro crisi, come un ricovero in clinica psichiatrica. La crisi può anche verificarsi in totale assenza di patologia psichiatrica maggiore preesistente ma, come precedentemente esposto, non trova attualmente sul territorio possibilità di risoluzione alternative.

3. Finalità ed intervento nella crisi

Da questa definizione deriva immediatamente il concetto di intervento nella crisi, da intendersi come un processo di aiuto e di facilitazione focalizzato sulla risoluzione della crisi stessa, attraverso la mobilitazione delle risorse personali, relazionali, sociali ed ambientali dell'individuo coinvolto, mediante un intervento interdisciplinare intensivo e concentrato in

un arco di tempo molto limitato. Ne sono destinatari tutti i pazienti e/o utenti che attraversano un momento di difficoltà, conformemente a quanto sopra esposto, che possono usufruire del servizio ottenendo una risposta tempestiva. Questo, secondo la letteratura e le esperienze internazionali, consente di ridurre sensibilmente i ricoveri in clinica psichiatrica e conseguentemente i costi sociali, permettendo a circa il 50% delle persone che utilizzano questo servizio (sempre in accordo con la letteratura) un rientro al proprio domicilio in tempi rapidi.

Un intervento orientato in tal senso si basa su alcuni principi ispiratori che possono essere così riassunti:

1. una crisi presenta sempre in sé stessa un potenziale di cambiamento positivo ed evolutivo e quindi deve essere considerata come una chance nella vita della persona; l'intento fondamentale dell'intervento risiede pertanto nella non patologizzazione della persona;
2. la relazione interpersonale assume un carattere di centralità imprescindibile, sia nel senso di riconsolidare relazioni esistenti, che di costruirne di nuove (ad esempio, con gli operatori sociosanitari e con gli attori coinvolti nella rete terapeutico-assistenziale);
3. la mobilitazione delle risorse possedute dall'individuo, a cominciare dai meccanismi di risorse personali, rappresenta il fulcro dell'intervento, così come lo sviluppo di soluzioni alternative a quelle intraprese dall'individuo che permettano di affrontare la crisi attuale e di prevenire possibili crisi in futuro (ruolo di consulenza del personale specializzato coinvolto);
4. l'intervento, quindi, è strettamente individualizzato e deve considerare gli obiettivi, i bisogni e le condizioni di vita di ogni singolo utente, mettendo in secondo piano gli aspetti clinico-diagnostici; per garantire ciò, l'intervento deve ovviamente essere molto duttile e flessibile e gestito obbligatoriamente da un'équipe multidisciplinare altamente specializzata;
5. per promuovere l'autoefficacia e ripristinare meccanismi di coping adattivi, l'interessato deve necessariamente essere un partner attivo nel processo decisionale; l'équipe non deve in alcun caso sostituirsi al soggetto interessato;
6. occorre creare un ambiente tranquillo e sicuro, che venga percepito come una reale possibilità di rifugio (una base sicura); questo permette di ridurre lo stress senza introdurre un lavoro specifico per il contenimento delle emozioni;
7. occorre considerare la globalità della persona, la cui eventuale patologia psichica costituisce solo un fattore fra i tanti da valutare; in tal senso, non vanno sottovalutati gli aspetti quotidiani così come i bisogni culturali, religiosi e socio-economici;
8. la crisi presenta molti aspetti fenomenologici e processuali sovrapponibili alle conseguenze di un trauma psichico subito dall'individuo; molto spesso il trauma, di qualunque natura esso sia, costituisce la scaturigine della crisi stessa; sono conseguentemente numerose le sovrapposizioni fra l'intervento sulle conseguenze del trauma psichico e quello sulla crisi;
9. la crisi, per definizione, è temporanea; di conseguenza, temporaneo deve essere anche l'intervento. Se la crisi non è un'urgenza-emergenza psichiatrica, la risposta non necessariamente deve essere immediata, ma neppure può essere procrastinata troppo; l'intervento idealmente dovrebbe essere attivato entro poche ore dalla segnalazione;
10. per garantire tutto quanto sopra esposto, soprattutto la costituzione di un luogo sicuro e la riattivazione delle risorse possedute dalla persona che viene ammessa al Centro,

il funzionamento del Centro stesso e la sua organizzazione spazio-temporale devono essere estremamente naturali e familiari, ricostituendo un ambiente domestico e sereno, in cui la dimensione dell'abitare riacquisti da subito tutte le connotazioni terapeutiche che le sono proprie.

Come già accennato, il Centro si rivolge a tutti i pazienti e/o utenti psichiatrici. Le segnalazioni possono arrivare da chiunque (autosegnalazione, familiari ed amici, medici generalisti, medici psichiatri, ecc.). Perché un intervento intensivo ed altamente specialistico possa avere un buon esito la fase iniziale (assessment dell'idoneità all'essere ammesso presso il Centro crisi, e accoglienza all'ingresso) costituisce un momento cardine di tutto il processo. Occorre stabilire dei criteri molto chiari affinché il Centro di contatto OSC possa verificare tempestivamente e dettagliatamente l'esistenza dei presupposti per l'ammissione, nonché gli obiettivi dell'intervento stesso ed indirizzare i pazienti al Centro crisi.

Considerata la peculiarità dell'intervento proposto e la sua intensività, utile sarebbe che l'operatore che effettua l'assessment e l'accoglienza rediga con l'ospite una sorta di contratto terapeutico iniziale.

Il Centro è attivo continuativamente 24/24 ore e 7/7 giorni all'anno e garantisce brevi ammissioni della durata di 7 giorni con la possibilità di prolungare il periodo in casi specifici. Dal punto di vista operativo, risulta molto più semplice definire chiaramente i seguenti criteri di inclusione ed esclusione per il Centro crisi:

Criteri di inclusione per il Centro crisi:

1. età dai 18 a 65 anni;
2. volontarietà per la presa a carico;
3. crisi psichica nel contesto di un disturbo di personalità;
4. pazienti affetti da sindrome da disadattamento (in seguito a un lutto, a una separazione, a una perdita del posto di lavoro, ecc.);
5. pazienti affetti da reazione acuta da stress e disturbo post traumatico da stress;
6. pazienti affetti da episodio di depressione e di psicosi;
7. pazienti affetti da suicidalità e/o aggressività senza pericolo acuto;
8. pazienti affetti da scompenso di disturbi di ansia e di altri disturbi nevrotici.

Criteri esclusione per il Centro crisi:

1. età < di 18 anni e > di 65 anni (l'età si riferisce all'utente diretto dell'intervento del Centro crisi, ferma restando la possibilità di accogliere un figlio minore se convivente con l'utente);
2. progettazione suicidale attiva o grave tentativo di suicidio;
3. rischio di agiti etero aggressivi;
4. intossicazione acuta da sostanze psicotrope di qualunque natura;
5. comorbidità internistica in fase di scompenso;
6. ricovero in clinica psichiatrica con dimissione nelle ultime quattro settimane dalla richiesta di ricovero presso il Centro crisi (dal momento che è molto probabile che la richiesta di intervento sia correlata in realtà ad una riacutizzazione del quadro

psicopatologico che aveva condotto al precedente ricovero in clinica, più che ad una condizione di crisi);

7. precedente ammissione al Centro crisi nelle sei settimane antecedenti la nuova richiesta di ammissione (dal momento che, in questo caso, è più che verosimile che la nuova crisi sia determinata da una sostanziale instabilità del quadro psicopatologico, che pertanto meriterebbe un ricovero in ambiente stazionario e non una gestione territoriale).

Valutando un prospetto relativo alla possibile utenza del Centro crisi, a fronte del numero di ammissioni in CPC effettuate nel corso del 2020 (1718) e utilizzando unicamente i criteri di volontarietà del ricovero, età compresa tra i 18-65 anni, assenza di intossicazione acuta, avremmo i seguenti dati:

1. pazienti con degenza di 5 gg o meno: 112 pazienti volontari all'ammissione di età tra i 18 e i 65 anni e senza intossicazione acuta da alcol o sostanze;
2. pazienti con degenza di 7 gg o meno: 179 pazienti volontari all'ammissione di età tra i 18 e i 65 anni e senza intossicazione acuta da alcol o sostanze;
3. pazienti con degenza di 14 gg o meno: 366 pazienti volontari all'ammissione di età tra i 18 e i 65 anni e senza intossicazione acuta da alcol o sostanze.

4. Caratteristiche ambientali del Centro crisi

Il Centro crisi deve essere un luogo tranquillo, accogliente, facilmente accessibile e senza connotazione spiccatamente ospedaliera. La collocazione in ambiente urbano con facili collegamenti con i mezzi pubblici è auspicabile. Per tale ragione risulta consigliabile la sua collocazione nel contesto di una città o nelle sue zone limitrofe, facilmente raggiungibile sia con mezzi pubblici, che con mezzi privati. Essendo destinato ad un massimo di dieci utenti presenti contemporaneamente, deve essere dotato idealmente di almeno 7 camere (di cui tre doppie e quattro singole), possibilmente con bagni nelle stanze e con la possibilità di aggiungere eventuali letti per ospitare minori che accompagnassero un genitore nella fase di ammissione (centralità del mantenimento delle relazioni significative). Le camere singole, oltre ad un evidente aspetto di maggior tutela della privacy, permettono una migliore adattabilità del Centro crisi rispetto alle richieste provenienti dall'esterno: essendo il numero di posti molto esiguo, una totalità di camere doppie vincolerebbe la possibilità di una nuova ammissione ad una questione di genere, come accade abitualmente in ambiente ospedaliero, dove i posti letto disponibili sono sempre suddivisi in posti per uomini e posti per donne a seconda del genere dell'eventuale co-degente nella stessa camera, ma in un contesto in cui la disponibilità totale di posti letto è enormemente più elevata oltre che ostacolare grandemente la possibilità di accogliere un figlio minore o un animale domestico. Deve necessariamente esserci uno spazio comune multifunzionale – idealmente sarebbe più indicato averne almeno due sperati – che possa essere utilizzato come sala da pranzo, sala TV e relax, sala colloquio con i familiari, ecc.

Secondo i principi ispiratori dell'intervento in un Centro crisi, elencati sopra, la presenza di una cucina attrezzata è imprescindibile. Tutti i pasti verrebbero preparati e consumati dagli ospiti insieme agli operatori, come raccomandato nei contesti comunitari terapeutici, con particolare riferimento alla teorizzazione dello psicoanalista francese Marcel Sassolas sul funzionamento delle comunità terapeutiche per pazienti gravi. La preparazione in comune dei pasti riattiva, in senso riabilitativo cognitivo, una lunghissima serie di funzioni psichiche

che vanno, solo per elencarne alcune, dalla memoria procedurale, alla cura di sé e dell'altro. Inoltre, essendo inserite in un contesto gruppale, stimolano tutti gli aspetti relazionali e simbolici insiti dell'alimentazione.

A questo, devono essere aggiunti uffici per il personale, in cui poter effettuare colloqui individuali e familiari e altre attività, nonché una sala riunioni che potrebbe essere anche adibita ad infermeria.

5. Il personale specializzato

Il Centro crisi deve poter contare su personale esperto, qualificato, motivato e specificatamente formato, che possa garantire la gestione di tutte le fasi dell'intervento intensivo:

- medico aggiunto 100%
- medico assistente 100%
- psicologo 50%
- 10.4 unità di infermieri
- assistente sociale 50%
- educatore 100%
- personale addetto ai servizi generali (pulizie)

Dal momento che il Centro crisi è in continuità, sia pratica che di filosofia di intervento, con gli altri servizi territoriali, in modo particolare con il Servizio psico-sociale (SPS), non è necessaria un'attività specifica di segretariato, che può essere svolta dal segretariato medico della CPC.

La copertura medica nelle 24 ore per 365 giorni all'anno viene garantita dal picchetto medico di II livello, già attivo all'interno dell'OSC.

Nell'ottica di un potenziamento dei servizi territoriali dell'OSC, come più volte evidenziato a livello federale, il Centro crisi è un'articolazione dei servizi territoriali stessi, affiancandosi inoltre ai progetti *Home treatment* (per il momento limitato ai residenti della regione Bellinzona e Tre Valli) e *Progetti complessi* come eventuale sbocco per un ricovero, attivato comunque territorialmente, nella logica di un continuum assistenziale-terapeutico che soddisfi in maniera più puntuale e attraverso una maggior declinazione di interventi i bisogni sempre più complessi presentati dalla popolazione.

Visto quanto precede ed in analogia con quanto svolto per il progetto *Home treatment* che è presentato nel capitolo n. 8 di questa Pianificazione, si è previsto di trasferire 10 posti letto dalla Clinica psichiatrica cantonale (CPC) al nuovo Centro crisi chiudendone un reparto. Conseguentemente, le risorse umane necessarie per l'avvio del nuovo Centro verranno trasferite dalla CPC con il supporto, dove necessario, del personale attivo presso gli altri servizi territoriali dell'OSC. Per questo motivo, è auspicabile che la sede del Centro crisi sia localizzata nelle vicinanze di un servizio ambulatoriale per adulti dell'OSC.

6. Criticità

L'ipotesi di aprire un Centro crisi a Mendrisio/Casvegno è stata scartata perché creerebbe confusione fra il mandato del Centro crisi, con le sue brevi degenze, e la specializzazione della presa a carico e quello della CPC che ammette pazienti in situazione di malattia acuta che necessita di degenza più prolungata. Un'ammissione in CPC per un paziente in situazione di crisi manterrebbe intatto lo stigma che ogni ricovero comporta. Ci sarà una certa difficoltà ad avviare il progetto del Centro crisi perché sarà necessario individuare e trasformare una sede per accoglierlo. Considerando inoltre che sarebbe opportuno che il Centro venisse localizzato in una regione urbana, è possibile che queste difficoltà si accentuino per una questione di costi. Per la ricerca degli spazi si farà comunque capo alla Sezione della logistica anche per valutare eventuali stabili già di proprietà del Cantone, che potrebbero rivelarsi adatti.

7. Altri aspetti

Il Centro crisi potrebbe consentire lo sbocco formativo a medici assistenti sul territorio, oltre che costituirsi come un momento decisamente interessante di riflessione con sbocchi certi nella ricerca. Per tale ragione e per garantire un sostegno scientifico istituzionale, è opportuno attivare un Advisory Board (i cui membri dovranno essere definiti successivamente) che ufficializzi una partnership ed una supervisione da parte di chi ha una significativa esperienza in questo ambito di intervento. L'esperienza in questo ambito del Prof. Wolfram Kawohl, che ha gestito il Centro di crisi della Clinica psichiatrica universitaria di Zurigo e che ora è Direttore sanitario dei servizi psichiatrici del Canton Argovia, che pure dispongono di un Centro di crisi, sarebbe certamente di grande aiuto nella creazione del Centro crisi dell'OSC.

B Riduzione della suicidalità

1. Introduzione

Ogni anno nel mondo muore per suicidio circa un milione di persone ed i relativi costi, stimati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono nell'ordine di milioni di franchi.

Negli ultimi 20 anni il tasso di suicidi in Svizzera è nettamente diminuito, ma dal 2010 è rimasto stabile. Il tasso di suicidi standardizzato per età (esclusi suicidi assistiti) era di 13.3 per 100'000 abitanti nel 2013 (20.3 per uomini e 6.3 per donne). Dati provenienti da Steck e Zwahlen (2016).

Stando alle cifre pubblicate dal Forum per la prevenzione del suicidio di Zurigo, una persona su dieci in Svizzera ha tentato il suicidio almeno una volta nella sua vita e una su due ha pensato di togliersi la vita.

Nello specifico i dati forniti dalla Polizia attestano che in Ticino durante il periodo 1991-2018 il numero assoluto di suicidi annuo varia da un minimo di 31 a un massimo di 57. Per quanto concerne l'anno 2018, sono stati registrati 32 casi. L'andamento del numero dei suicidi negli ultimi 10 anni (2008-2018) mostra un valore medio di 39.8 suicidi l'anno, mentre la media osservata nei 10 anni precedenti (1998-2008) indicava 44.5 suicidi l'anno.

Nel 2018, l'età media delle persone che si sono tolte la vita era di 53.6 anni.

Il suicidio consiste nell'autodistruzione intenzionale della propria persona; s'intende l'atto col quale un individuo si procura volontariamente e consapevolmente la morte.

Il suicidio è un atto personale, ma tutti ne sentiamo gli effetti: ogni anno in Svizzera circa 180'000 individui entrano nella categoria dei sopravvissuti (survivors), ossia individui che hanno perso un caro per suicidio.

L'impatto è sulle famiglie, la comunità e la società nella sua interezza. Ogni suicidio sottrae a chi rimane in vita un potenziale di affetti, creatività, contributo ai vari aspetti dell'esistenza. Non si tratta solo della perdita della vita di un individuo, ma soprattutto del vuoto che esso lascia nelle molteplici attività dei viventi.

Le persone si suicidano a ogni età: adolescenti, adulti, anziani e persone molto anziane. La maggior parte degli atti suicidari si verifica durante momenti di crisi da stress – il più delle volte passeggiare – o in caso di malattie psichiche. Dietro ogni suicidio o tentato suicidio si cela una storia personale: talvolta un lungo calvario, a volte una crisi di corta durata. Le cause possono essere molteplici: malattie psichiche come depressione, disturbi della personalità o dipendenze, disturbi dell'area psicotica, solitudine, dolori cronici, una crisi esistenziale, una delusione amorosa, un sentimento di frustrazione o problemi finanziari. Il più delle volte emerge un quadro complesso di vari fattori interagenti.

Una malattia psichica o un singolo evento non possono da soli spiegare un suicidio o un tentato suicidio.

I tentati suicidi causano principalmente costi diretti legati alle cure e ai trattamenti medici. Uno studio condotto a Basilea ha calcolato i costi medici diretti dei tentati suicidi nel 2003 (Czernin et al. 2012), giungendo alla conclusione che ogni tentato suicidio genera in media

costi pari a CHF 19'000. Moltiplicando questo dato per i 10'000 tentati suicidi che ogni anno richiedono una presa a carico medica in Svizzera, i costi nazionali sono stimati a circa 200 milioni di franchi all'anno.

Gli autori ne deducono, dunque, che la prevenzione di un numero anche solo modesto di casi di suicidio può contribuire a ridurre i costi a carico della società.

Dal punto di vista medico-psichiatrico, numerosi dati indicano che è possibile prevenire il suicidio nella popolazione generale, riducendo drasticamente il numero di morti mediante apposite campagne di informazione, prevenzione e attraverso programmi di aiuto e assistenza (Hawton et al., 2009).

Anita Riecher-Rössler, della Clinica universitaria psichiatrica di Basilea, condivide l'idea secondo cui oggi le persone con problemi di ordine psicologico cercano aiuto con più facilità. Tuttavia, è convinta che vi siano ancora molti sforzi da compiere in materia di prevenzione.

Uno dei fattori di rischio principali del suicidio è costituito dai tentativi di suicidio stessi, e tende ad aumentare ad ogni tentativo (Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors, American Psychiatric Association steering committee on practice guidelines).

Il suicidio rimane infatti un problema di salute pubblica importante: per tali ragioni si ritiene fondamentale intervenire precocemente e rinforzare gli interventi di prevenzione già attivi in Ticino attraverso il seguente progetto di presa a carico, che è finalizzato a ridurre il rischio suicidale, intervenendo sul fattore di rischio più determinante, cioè il tentato suicidio.

2. Prevenzione

Le campagne di prevenzione del suicidio si distinguono solitamente in:

- universali, ossia strategie o iniziative rivolte a tutta la popolazione per aumentare la consapevolezza del fenomeno e fornire indicazioni sulle modalità di aiuto;
- selettive, ossia strategie preventive dirette ai gruppi a rischio e che hanno più probabilità di diventare suicidi;
- indicate, quali strategie dirette agli individui che hanno segni precoci di alto rischio di suicidio.

Il fenomeno dei comportamenti suicidari è sottostimato, stigmatizzato e misconosciuto.

I curanti non sempre possiedono quegli strumenti e quelle conoscenze utili per fronteggiare il rischio di suicidio. Si assiste infatti a decisioni arbitrarie di fronte a un paziente a rischio, decisioni che per lo stesso caso possono evocare risposte estremamente diverse tra i professionisti della salute mentale.

Un punto cruciale nella prevenzione del suicidio può essere la riflessione su alcuni dati importanti, come ad esempio il fatto che molti pazienti commettono il suicidio entro un anno dalla prima visita presso un servizio di salute mentale, oppure che un quarto delle persone muore entro un anno dall'esordio della patologia e nell'ambito di un contatto con i servizi di salute mentale.

3. Progetto Gysin: A Novel Brief Therapy For Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) - Gysin-Maillart & al.

In tale ottica il progetto elaborato da Gysin-Maillart et al. (2016) mette in evidenza l'efficacia di una nuova terapia breve per i pazienti reduci da recenti tentamen, e di conseguenza particolarmente esposti ad un'ulteriore crisi suicidale. Tale programma (*ASSIP: Attempted Suicide Short Intervention Program*) ha una durata di 24 mesi, durante i quali si effettuano dapprima 3 colloqui clinici ed in seguito si prosegue con delle lettere semi-standardizzate che il paziente riceverà ogni 3 mesi durante il primo anno, poi ogni 6 mesi. L'intervento si basa principalmente sull'informazione e sull'alleanza terapeutica: si collabora col paziente affinché egli possa identificare i meccanismi individuali e gli eventi scatenanti che lo spingono ad agire il comportamento suicidale e possa sviluppare delle strategie protettive, risorse in caso di crisi. Questa terapia breve e strutturata completerebbe quindi il consueto trattamento clinico ambulatoriale, consentendo una diminuzione del pericolo di ricaduta della crisi suicidale e dei ricoveri su 2 anni.

A livello socio-economico, ne conseguono una diminuzione del tasso di suicidio, così come una riduzione dei costi sanitari in questo ambito.

4. Il personale specializzato

Questo nuovo progetto di prevenzione della suicidalità deve poter contare su personale specializzato, in particolare di 1 unità a tempo pieno (UTP) di psicoterapeuta (oppure 2 unità fisiche (UF) a metà tempo) in grado di poter applicare la terapia breve realizzata da Gysin-Maillart.

Il costo è quantificabile in CHF 140'000 oneri sociali compresi, che si può ipotizzare venga integralmente compensato dalla fatturazione agli assicuratori malattia tramite TARMED. L'onere ed il relativo ricavo sono stati approvati dal Consiglio di Stato nell'ambito del preventivo 2021.

Per il progetto ASSIP vi è da prevedere un programma formativo specifico dal costo quantificato in CHF 15'000.

10. Home treatment

1. Introduzione

Home treatment (HT), anche definito nella letteratura internazionale come "Crisis Resolution and Home Treatment Team" (CRHT), costituisce un elemento innovativo nel processo di deistituzionalizzazione della psichiatria clinica avviato già a partire dalla fine degli anni '60 del secolo scorso (Thornicroft & Tansella, 2002, 2004; Johnson et al. 2008; Gilbert et al., 2014).

Il suo scopo è quello di offrire una cura a pazienti adulti durante una *crisi psichiatrica acuta*, anche di grado severo, e che necessiterebbero altrimenti di un ricovero psichiatrico in regime ospedaliero.

Il mandato di Home treatment è quello di valutare tempestivamente pazienti nel corso di uno scompenso psichico acuto, garantendo un supporto intensivo domiciliare giornaliero (7/7 con accessibilità 24h) a carattere multidisciplinare (medico, infermieristico, psicologico, socio-assistenziale), confezionando un progetto terapeutico *ad hoc* per il singolo utente direttamente al proprio domicilio e, ove possibile, con il coinvolgimento attivo dei familiari e *caregiver*. Non sono immediatamente candidabili per una presa a carico domiciliare con Home treatment pazienti che presentano una intossicazione in atto da sostanze d'abuso, o pazienti con un rischio suicidale attivo e/o aggressività eterodiretta né pazienti affetti da demenza.

L'input domiciliare offerto mira ad essere tanto intensivo quanto breve ed efficace essendo il target principale quello della risoluzione della crisi psichiatrica acuta fino all'ottenimento di una prima stabilità psicopatologica. Ciò è reso possibile anche attraverso l'ingaggio attivo, per l'intera durata del "ricovero a domicilio", della rete di cura già esistente (medici, assistenti sociali, psicologici, terze agenzie, ecc.), al fine di permettere il pronto trasferimento della presa a carico dell'utente ai servizi psico-sociali territoriali pubblici e/o privati per un follow-up specialistico altrettanto capillare e più a lungo termine.

2. Altri progetti di riferimento nazionali e internazionali

Una crescente letteratura scientifica esiste sull'efficacia, l'efficienza, la sostenibilità e la soddisfazione degli utenti rispetto ai progetti di CRHT che si sono sviluppati a livello internazionale negli ultimi 20 anni. I modelli attuali di Home treatment basati sulla multidisciplinarietà, la mobilità territoriale e l'intensività delle cure offerte in alternativa al ricovero psichiatrico ospedaliero si sono evoluti gradualmente a partire da esperienze pionieristiche sviluppate negli USA (ad es. a Denver nel 1971; a Madison nel 1974), in Australia (ad es. a Sidney agli inizi degli anni '80 e nel South Wales a partire dagli anni '90 del secolo scorso) e successivamente in Inghilterra (come ad es. a Birmingham a partire dal 1996; a Londra nel quartiere di Islington nel 1999 fino all'estensione a tutto il territorio UK a partire dal 2006).

Si tratta di esperienze che, nei Paesi che per primi le hanno attuate, hanno cambiato radicalmente lo scenario della psichiatria territoriale e sono diventate un modello esportabile in altri contesti socio-organizzativi fuori dall'area anglofona.

A livello nazionale oltre l'Home treatment in Ticino, avviato nell'aprile 2016 dall'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) come progetto pilota nel Bellinzonese e Tre Valli (Caiata-Zufferey & Lisi, 2016), si contano altri 4 progetti di Home treatment al momento operativi.

Il primo è stato sviluppato nel Canton Lucerna a partire già dall'agosto 2007, come risposta a un aumento del fabbisogno di nuove utenze ospedaliere. I risultati della prima esperienza svizzera, poi presentati nel 2012 al Congresso Europeo di Psichiatria Sociale (Kraan, 2012), hanno confermato la fattibilità di tale progetto nel ridurre il numero e la durata dei ricoveri ospedalieri e hanno evidenziato l'elevato grado di gradimento da parte degli utenti, nonché i vantaggi sul piano economico.

Un secondo HT è stato implementato nell'aprile 2015 nel Canton Argovia con risultati statistici, ottenuti con studio randomizzato controllato, che indicano la significativa efficacia dell'intervento HT rispetto al ricovero ospedaliero (Stulz et al. 2019).

Un terzo HT parallelamente a quello ticinese è stato introdotto a Zurigo nel 2016 (Mötteli et al. 2018) ed infine, ultimo sulla scena a partire dal 2019, vi è l'Home treatment del Canton Basilea.

3. Descrizione progetto

Comparato alle altre realtà nazionali ed internazionali, l'Home treatment in Ticino spicca per l'unicità dell'approccio con cui è stato sviluppato in quanto rappresenta uno dei rari casi, verosimilmente il solo, in cui un ospedale psichiatrico, in questo caso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) di Mendrisio sostituisce uno dei suoi reparti acuti spostando le risorse già esistenti di un singolo reparto (di 14 utenze) direttamente sul territorio al fine di consentire una presa a carico psichiatrica multidisciplinare esclusivamente al domicilio dei pazienti.

Si tratta di un progetto per il quale gli assicuratori malattia, insieme al Dipartimento della sanità e della socialità, hanno concordato che il finanziamento per ciascun paziente ricoverato in HT fosse equiparato a quello della degenza ospedaliera in CPC. Questo è stato reso possibile perché non si è trattata di una nuova prestazione terapeutica a favore dell'utenza, ma piuttosto di un nuovo modello di presa a carico utilizzando le risorse già a disposizione in ambito ospedaliero acuto. L'HT di Bellinzona e Tre Valli è situato nel cuore di Bellinzona dove esiste già un Servizio psico-sociale (SPS) cantonale. L'équipe è stata reclutata per grado di competenza e motivazione elevate in seno agli operatori già attivi presso la CPC di Mendrisio e la sua organizzazione risponde ai criteri chiave identificati in letteratura (Johnson et al., 2008; Wheeler et al., 2015).

L'offerta di cura è rivolta a 14 pazienti, di età superiore ai 18 anni che in assenza di un HT verrebbero ricoverati presso un reparto di psichiatria su base volontaria. Lo staff è operativo 24h al giorno, 7 giorni alla settimana (reperibilità notturna dalle 22.30 alle 7.00). L'équipe si compone di tre medici (1 medico capo servizio attivo a tempo parziale, 1 medico assistente al 100%, nonché 9 infermieri con specializzazione in salute mentale (7.2 unità infermieristiche), un coordinatore infermieristico e un assistente sociale a tempo parziale, uno psicologo clinico al 40%). L'offerta terapeutica ripropone *in toto* quella garantita in modo equivalente nel setting psichiatrico di tipo ospedaliero acuto (inclusi screening diagnostici, accesso ai Pronto soccorsi locali, ecc.). Come tale l'équipe di HT collabora attivamente con la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e, tramite segnalazione, con i medici privati, i generalisti, così come con gli ospedali somatici ed i familiari.

4. Analisi dati

I dati sull'attività svolta dall'équipe HT di Bellinzona e Tre Valli nel corso degli anni sono stati presentati a vari convegni e giornate di ricerca di rilievo nazionale, per lo più sotto l'egida

della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) e successivamente anche dell'Università della Svizzera Italiana (USI), e ancor più a varie conferenze internazionali tra le quali si annoverano il Congresso Mondiale di Psichiatria (WPA) svoltosi a Berlino nell'ottobre 2017, il Congresso Europeo di Psichiatria Sociale (ECSP) svoltosi a Ginevra nel luglio 2018, la conferenza internazionale sponsorizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Columbia University a New York nel novembre 2018.

Parallelamente alla disseminazione, nei contesti su menzionati, delle prime quanto allora già promettenti evidenze scientifiche sul lavoro svolto dall'équipe, il Progetto Home treatment della Clinica psichiatrica cantonale ha successivamente partecipato ad un bando di concorso federale altamente competitivo e di elevato profilo scientifico, ottenendo nell'aprile 2017 i fondi – stanziati dal Fondo nazionale svizzero per la ricerca – per avviare una ricerca scientifica della durata di 3 anni in collaborazione con la SUPSI, volta per l'appunto a misurare la sostenibilità economica, l'efficacia, i rischi di gestione e l'indice di soddisfazione dei pazienti nonché dei familiari (e/o *caregiver*) e della stessa équipe di Home treatment.

La ricerca avviata dall'OSC in collaborazione con SUPSI è di recente volta al termine e ha permesso la pubblicazione ufficiale sia del protocollo di ricerca (Levati et al. 2021) nonché dei dati dello studio quantitativo per ciò che concerne l'efficacia clinica e la sostenibilità economica (Soldini et al., submission al BMC Psychiatry in Novembre 2021) del medesimo progetto. I risultati di tale studio quantitativo hanno mostrato la perfetta comparabilità tra Home treatment e l'esito del trattamento ospedaliero in termini di riduzione dei sintomi psichiatrici alla dimissione, risultati ampiamente supportati in letteratura, a parità di tasso di riammissione ospedaliero a fronte tuttavia di una degenza in media più lunga del "ricovero a domicilio" rispetto a quella del ricovero ospedaliero. È degno di nota specificare come il dato sulla degenza media, relativo al periodo del 2017 e del 2018, è andato ridimensionandosi nel corso degli anni in virtù di una sorta di "effetto di apprendimento" sempre più efficiente del lavoro specialistico domiciliare sul campo.

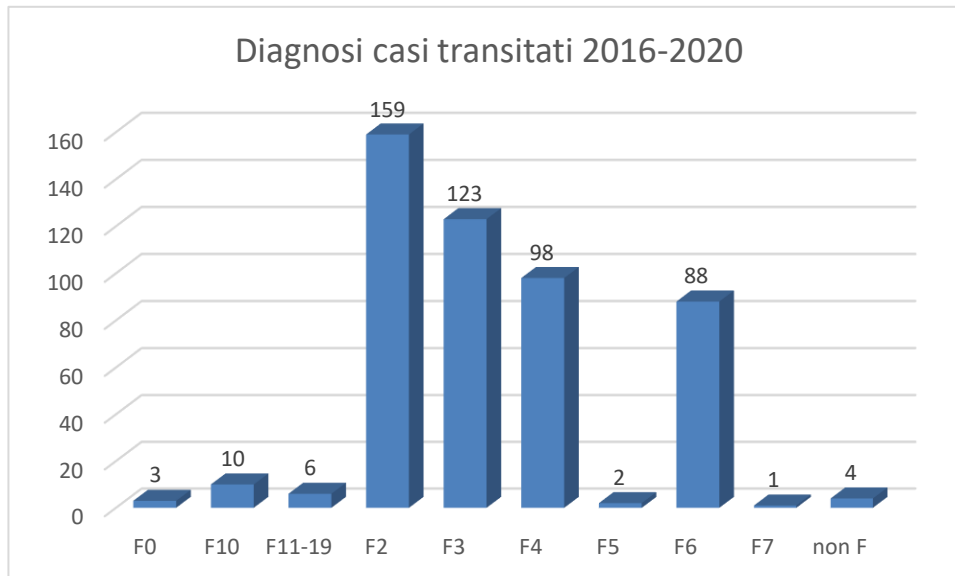
A conferma di ciò si riportano qui di seguito i risultati prodotti dall'analisi dei dati clinici prodotti internamente al Centro documentazione e ricerca dell'OSC (Alippi, 2021).

		Anno dimissione					Totale
		2016 (da aprile)	2017	2018	2019	2020	
HT	tutto il ricovero in HT	38	58	72	69	78	315
	trasferito da CPC	26	57	36	51	47	217
	parte del ricovero in HT	3	5	11	12	5	36
Totale		67	120	119	132	130	568

Dall'apertura del reparto HT (aprile 2016) fino al 31.12.2020 (data di dimissione) sono transitati in HT 568 pazienti.

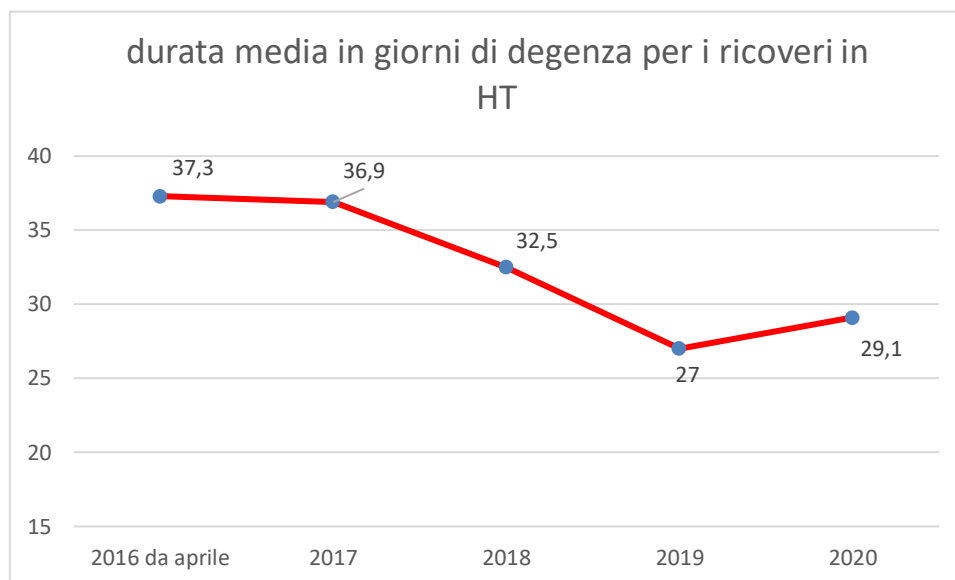
Di questi 315 hanno effettuato tutto il ricovero in HT, 217 sono transitati prima da altri reparti della CPC prima di arrivare in HT e completare lì il loro ricoveri, 36 hanno avuto percorsi diversi.

La casistica complessiva, in termini di psicopatologia clinica acuta, è così rappresentata:



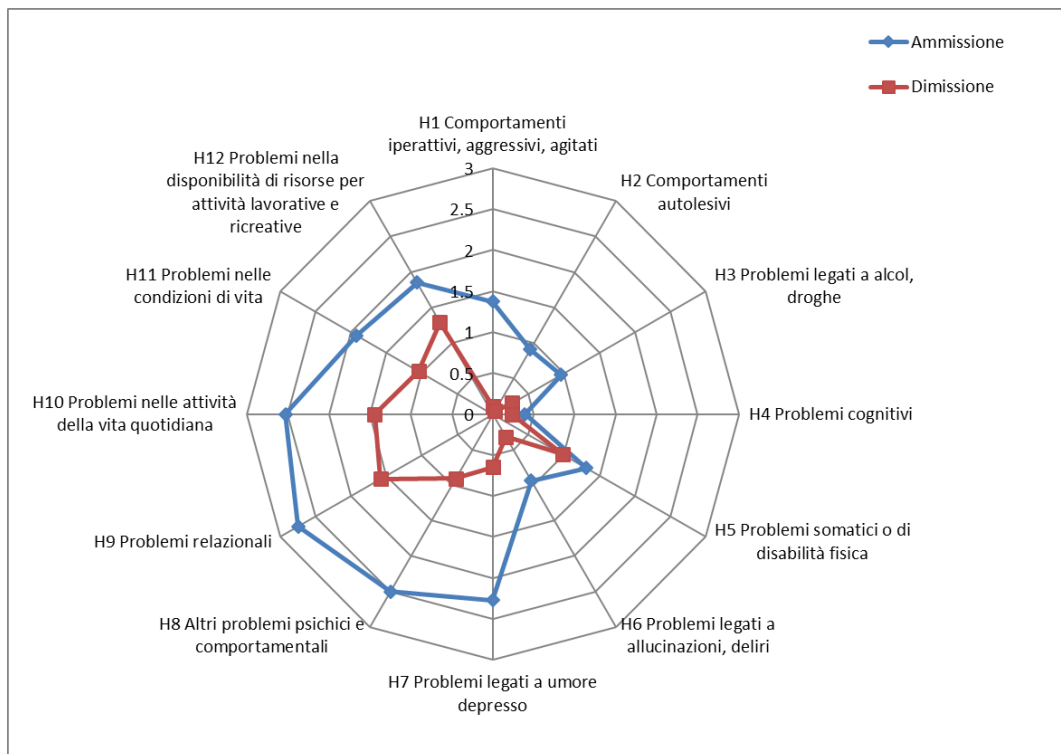
È possibile notare come vi sia una prevalenza di diagnosi psichiatriche maggiori F20-F29 (Schizofrenia, Disturbo Schizotipico e Disturbi Deliranti), F30-F39 (Disturbi dell'Umore), F40-F48 (Disturbi Nevrotici, Legati a Stress e Somatoformi), F60-F69 (Disturbi della Personalità e del Comportamento dell'Adulto).

La durata della degenza ha subito importanti variazioni negli anni, con differenze importanti per i pazienti che hanno effettuato tutto il ricovero in CPC rispetto agli altri. Se si considerano solo i pazienti che hanno effettuato tutto il ricovero in HT si nota che si è passati da una media di 37.3 giornate di degenza nel 2016 (con una mediana di 33), ad una media di 29.1 giornate nel 2020 (con una mediana di 27.5).



I dati longitudinali per quel che riguarda le riammissioni in CPC dei pazienti dimessi da HT rispetto a quelli dimessi da altri reparti CPC mostrano importanti differenze (significative da un punto di vista statistico) che sono a favore di HT (tassi di riammissione ospedaliera significativamente inferiori rispetto a quelli di altri reparti della CPC) esclusi i reparti di psicogeriatrica e dei disturbi del comportamento alimentare (non annoverati per degenze sensibilmente più lunghe vista la tipologia di utenza).

Si offrono infine le valutazioni HoNOS all'ammissione e alla dimissione (indicatori di efficacia clinica) per i pazienti transitati in HT e dimessi per il solo anno 2020 che mostrano una diminuzione importante di tutti gli item.



Infine è opportuno ricordare come anche i dati dello studio qualitativo della ricerca SUPSI (Caiata-Zufferey & Bernegger, in preparazione) raccolti con successo e già promettenti ad un'analisi preliminare, sono ora in fase di elaborazione sistematica ai fini di una prossima pubblicazione scientifica.

5. Conclusione

Il progetto Home treatment della Clinica psichiatrica cantonale mostra sin dalla sua fase di "piloting" di essere stato capace di mantenere invariati nel tempo gli obiettivi di cura specialistica e le più generali aspettative terapeutiche di chi vive una crisi psichiatrica acuta, e quindi di saper prendersi cura con impegno, professionalità e responsabilità della sofferenza mentale direttamente a casa delle persone, nel contesto familiare e micro-sociale che le caratterizza e allo stesso tempo le identifica con il territorio di appartenenza.

Inoltre i già positivi dati quantitativi sia clinici che di soddisfazione dell'utenza, oggetto di pubblicazione scientifica tramite la preziosa collaborazione accademica dei ricercatori della SUPSI (Soldini et al. 2021), si stanno ulteriormente arricchendo dei dati altrettanto positivi di tipo longitudinale (raccolta dati anno 2021 ancora in corso) che continuano ad essere raccolti in seno all'OSC indipendentemente dal progetto di ricerca federale.

Alla luce delle evidenze prodotte che si aggiungono al già operoso lavoro clinico dell'équipe multidisciplinare, l'Home treatment di Bellinzona e Tre Valli è da ritenersi la prima impronta di una psichiatria sociale innovativa che l'OSC sente, con il pieno consenso dei suoi stessi utenti e familiari, di poter estendere ad altre aree e comunità del territorio del Canton Ticino.

Fino ad oggi il progetto Home treatment non ha causato costi supplementari al Cantone se non quelli della sede bellinzonese che condivide con l'équipe dei Progetti complessi. La casa è comunque di proprietà cantonale e le spese si sono limitate alla sola manutenzione straordinaria per accogliere i servizi dell'OSC.

Consapevoli del lavoro clinico svolto negli anni, nonché corroborato dai dati scientifici derivanti dall'esperienza accademica di ricerca con la SUPSI di recente conclusione, si chiede al Consiglio di Stato ed al Parlamento di approvare il progetto Home treatment di Bellinzona e Tre Valli e di condividere la possibilità di una sua estensione ad altre regioni del Cantone, nonché di sostenere eventuali nuovi costi qualora se ne presentasse la necessità a dipendenza della regione in cui si intenderebbe operare secondo il nuovo modello. Naturalmente queste nuove spese dovranno essere approvate dal Consiglio di Stato nell'ambito del mandato di prestazione dell'OSC.

Riferimenti bibliografici

- Caiata-Zufferey M, Lisi A. Home treatment per acuzie psichiatriche in Ticino. Report in Italian. Rapporto di ricerca 2016:45
- Gilbert H, Peck E, Ashton R, Edwards N, Naylor C. *Service transformation: lessons from mental health*. London: The King's Foundation; 2014.
- Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. 2008.
- Kraan K. *Integrated home treatment in acute episodes of mental illness. Results from a Pilot Project in Lucerne*. In: European Congress of Social Psychiatry. Geneva, 4-6 July; 2012.
- Levati S, Mellacqua Z, Caiata-Zufferey M, Soldini E, Albanese E, Alippi M, Bolla E, Colombo RA, Cordasco S, Kawohl W, Larghi G, Lisi A, Lucchini M, Rossa S, Traber R, Crivelli L. Home Treatment for Acute Mental Health Care: Protocol for the Financial Outputs, Risks, Efficacy, Satisfaction Index and Gatekeeping of Home Treatment (FORESIGHT) Study. *JMIR Res Protoc*. 2021.
- Mötteli S, Schori D, Schmidt H, Seifritz E, Jäger M. Utilization and effectiveness of home treatment for people with acute severe mental illness: A propensity-score matching analysis of 19 months of observation. *Frontiers in Psychiatry*. 2018.
- Soldini E., Alippi M., Caiata Zufferey M., Lisi A., Lucchini M., Albanese E., Colombo R.A., Rossa S., Bolla E. C., Mellacqua Z., Larghi G., Cordasco S., Kawohl W., Crivelli L. and Traber R. Effectiveness of Crisis Resolution Home Treatment for the management of acute psychiatric crises in Southern Switzerland: a natural experiment based on geography. *Submitted to BMC Psychiatry on 9 November 2021*.
- Stulz N, Wyder L, Maeck L, Hilpert M, Lerzer H, Zander E, et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2019.
- Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2002.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*. 2004.
- Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015.

11. Psicotraumatologia

1. Introduzione

"Il trauma è il risultato mentale di un evento o una serie di eventi improvvisi ed esterni in grado di rendere l'individuo temporaneamente inerme e di disgregare le sue strategie di difesa e di adattamento"
OMS, 2002

L'esposizione ad eventi stressanti durante l'infanzia, o comunque precocemente durante lo sviluppo, è un fattore di rischio consolidato per l'insorgere di disturbi mentali.

I traumi relazionali sono stati spesso, in passato, ritenuti minori, per intensità e impatto immediato, ma in effetti essi sono anche spesso ripetuti, "cronici", relativi alle relazioni primarie di attaccamento (che significa fondamentali per la sopravvivenza) e costituiscono la base di disorganizzazione del funzionamento del paziente, concorrendo alla costruzione dei modelli operativi interni, dell'identità, del sentimento di fiducia di base nel mondo, nelle relazioni e in sé stessi. Essi sono, di fatto, i predittori maggiori della psicopatologia successiva. Chi sperimenta un percorso travagliato fin dai primi anni di vita, tenderà a ripetere dinamiche che lo condurranno ad altri traumi relazionali e potenzialmente successive multiple esperienze traumatiche di varia natura e intensità. Quindi, l'impatto delle esperienze traumatiche precoci ha un'ampiezza e una pervasività molto importante sulla personalità, sulle relazioni, sulla regolazione emozionale e persino sul sistema di significati rispetto a chi vive un trauma singolo, per quanto grave, in una vita però caratterizzata da un generale complessivo benessere.

L'aver vissuto delle esperienze sfavorevoli può indurre l'individuo, se tali modalità non sono state adeguatamente elaborate, ad assumere modelli comportamentali e organizzazioni cognitive inadeguate e ridondanti che possono portare ad una sofferenza psicologica. Il poter rielaborare ricordi ed emozioni fortemente disturbanti può agevolare la ridefinizione da parte dell'individuo di schemi cognitivi e comportamentali radicati e controproducenti e che possono manifestarsi in quadri psicopatologici. La rielaborazione può avvenire in un processo che prevede il rievocare l'esperienza attraverso la narrazione dei fatti e la riemersione delle emozioni, ancora attive e bloccate, connesse con l'esperienza traumatica. Tale processo può essere facilitato ed accelerato con l'uso di tecniche specifiche.

2. Analisi dati

Le ricerche attestano che l'80% dei bambini con traumi ha subito traumi interpersonali e di questi il 25% ha la diagnosi di Disturbo post-traumatico da stress (o PTSD- Post Traumatic Stress Disorder)¹¹.

Questi bambini manifestano disturbi di regolazione emotiva e fisiologica, automutilazione, disturbi del sonno, dolori, problemi nel campo del linguaggio e della coordinazione motoria fine. Presentano problemi di attenzione e concentrazione, dissociazione, comportamenti a rischio, aggressività, discontrollo degli impulsi e immagine negativa di sé. Hanno pochi amici e sviluppano una tendenza ad essere vittimizzati ancora.

¹¹ Van der Kolk BA1, Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J., Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2005 Oct. 18(5): 389-99

Le *esperienze sfavorevoli infantili* (ESI, childhood adversities) sono associate al 44% delle psicopatologie durante lo sviluppo e il 30% negli adulti e sono le cause più frequenti di disturbi psicologici a tutte le età¹².

Il terrore e l'isolamento, aspetti centrali del trauma, rimodellano radicalmente sia il corpo sia il cervello. Le nuove conoscenze sull'istinto di sopravvivenza spiegano perché le persone traumatizzate sperimentano un'ansia e una rabbia intollerabili e permettono di capire l'impatto del trauma sulla capacità di sentirsi "a casa" nel proprio corpo¹³.

La percentuale di persone soggette a gravi eventi stressanti e traumatici che sviluppa disturbi mentali è variamente valutata tra il 25% e il 33%. Il disturbo post-traumatico da stress si manifesta nel 5-10% della popolazione senza differenze tra uomo e donna. L'esposizione al trauma è l'evento precipitante per la formazione del PTSD. Fattori di rischio biologici e psico-sociali sono visti fortemente come predittori dei sintomi di esordio, della loro gravità e cronicità. Il PTSD influenza sistemi biologici multipli come i circuiti cerebrali, il sistema endocrino e immunologico, nonché le funzioni metaboliche. Il trattamento efficace è la psicoterapia in combinazione con la farmacoterapia¹⁴.

La mancanza di coesione e integrazione della personalità si manifesta nell'alternanza e nella coesistenza tra lo sperimentare di nuovo l'evento traumatizzante e l'evitamento del ricordo dell'esperienza traumatica. Questo doppio aspetto è specifico del PTSD e la dissociazione strutturale che ne deriva, legata ai traumi, è un deficit della coesione e della capacità di adattamento della personalità¹⁵. È noto che i livelli di dissociazione variano e più ampia è la dissociazione, più complessi saranno i disturbi che si manifestano. Molti sopravvissuti sperimentano la dissociazione senza elaborazione cognitivo-affettiva. Janet¹⁶ parlava di livello mentale indicando la capacità di focalizzare e indirizzare in modo efficace l'energia mentale a disposizione. Nel caso di traumatizzati si rileva uno sbilanciamento tra l'energia mentale disponibile e quella utilizzata per adattarsi alle richieste del reale.

La discontinuità della coscienza e della memoria costituisce una difesa automatica della mente di fronte ad eventi traumatici. Il fatto che maltrattamenti emotivi, violenze fisiche, incesti subiti nell'infanzia siano fortemente correlati ai disturbi dissociativi in età adulta è alla base di importanti riflessioni eziopatogenetiche e di psicopatologia generale¹⁷.

La prevalenza *life-time* del disturbo post-traumatico da stress è valutata nella misura di circa l'8-14% nella popolazione degli Stati Uniti secondo il DSM-IV-TR e in Svizzera le stime si avvicinano a queste.

Felitti e Anda del Center for Disease Control (CDC) sono gli autori della Ricerca ACE (acronimo di Adverse Childhood Experiences, "esperienze infantili avverse"), la cui scoperta fondamentale è che i bambini esposti a violenza domestica, abusi e altri traumi subiranno più malattie e infortuni per tutta la vita e hanno un'aspettativa di vita più breve.

È stata riscontrata una forte relazione causa-effetto tra l'ampiezza di esposizione alle Adverse Childhood Experiences (ACE) e le varie cause principali di morte negli adulti. Malattie quali attacco ischemico cardiaco, cancro, malattia cronica polmonare, fratture scheletriche, malattie al fegato, così come scarsa autovalutazione della salute hanno

¹² Kessler RC et al., *Childhood adversities and adult psychopathology* in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry. 2010 Nov. 197(5): 378-85. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499

¹³ Van der Kolk, Bessel. *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. R. Milano: Cortina Editore, 2015.

¹⁴ Yehuda R. et al. *Post-traumatic stress disorder*. Nat Rev Dis Primers. 2015 Oct 8;1: 15057. doi: 10.1038/nrdp.2015.57

¹⁵ Van der Hart et al. *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Ed. Cortina 2011.

¹⁶ Janet P. *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: Félix Alcan, 1903.

¹⁷ Liotti, G. (a cura di). *Le discontinuità della coscienza. Eziologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*. Milano: Franco Angeli Editore, 2000.

mostrato una relazione all'ampiezza delle esposizioni infantili ad esperienze avverse. I risultati suggeriscono che l'impatto di esperienze infantili negative sulla salute da adulti sia forte e cumulativa¹⁸.

Questo studio conferma altre ricerche precedenti che avevano trovato una relazione altamente significativa tra esperienze sfavorevoli in età infantile e depressione, tentativi di suicidio, alcolismo, abuso di sostanze, promiscuità sessuale, violenza domestica. Lo studio ACE ha rilevato che il rischio per la depressione aumentava in funzione del numero di tipi di maltrattamento infantile e lo si interpreta come il risultato di stress cumulativo¹⁹.

A causa dell'influenza del trauma sul sistema dello stress, questi bambini sono più soggetti allo sviluppo di patologie croniche come il diabete, la pressione alta, ictus o infarti del miocardio²⁰.

Il risultato più interessante della ricerca di Felitti non riguarda solo la necessità di includere domande orientate ad investigare i traumi emotivi nell'anamnesi dei pazienti, quanto la scoperta che il 65% delle persone che hanno partecipato alla ricerca (rispetto ad un gruppo di controllo di pari condizioni) sono ricorse a terapie mediche a lungo termine. Tale dato potrebbe inoltre suggerire che l'esperienza di aver avuto la possibilità di essere accolti, ascoltati e accettati per le proprie esperienze traumatiche, abbia influito sul miglioramento del benessere soggettivo.

3. Progetti di riferimento nazionali e internazionali

3.1. Ospedale universitario di Zurigo – Posttraumatische Belastungsstörungen (ZEBS)

L'ambulatorio (ZEBS) è un centro specializzato nella diagnosi e nella cura del trauma psicologico con sede a Zurigo presso l'Ospedale universitario nel Dipartimento di psichiatria. Si rivolge a persone che hanno subito esperienze traumatiche quali aggressioni, lutti, rapine, incidenti stradali, terremoti, guerre, violenze sessuali, abusi infantili con esito di sintomatologia da disturbo post traumatico da stress. All'interno di questo ambulatorio vi è un reparto specializzato per le vittime di reato e torture: Folter- und Kriegstraumata (AFK). Il centro esiste dal 2003.

3.2. Servizio cantonale psichiatrico di Winterthur – Reparto specialistico per disturbi post traumatici da stress – Spezialstation für Traumafolgestörungen Winterthur

Il Centro di psicotraumatologia di Winterthur è un centro abilitato che opera nell'ambito del trauma psicologico, con l'obiettivo di aiutare le persone a recuperare l'equilibrio e la serenità compromessi a causa dell'impatto emotivo provocato da un evento traumatico. Il Centro, avvalendosi delle distinte aree di specializzazione dei professionisti presenti, offre la possibilità di una presa a carico sia stazionaria, sia ambulatoriale e offre i seguenti servizi: consulenza psicologica, farmacologica, psicodiagnosi, psicoterapia individuale e di coppia. Si

¹⁸ Felitti VJ, Anda RF, Norderberg D., et al. *Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. Am J Prev Med.* 1998; 14(4): 245-258

Jehel L. et al. *Attentats et psychotraumatisme. Prévalence des troubles, leur évolution et leur prise en charge en France. Stress et trauma,* 2008; 8(1): 5-11

Doucet C. et al. *L'intervention post-immédiate des cellules d'urgence médico-psychologique: étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe. Annales Médico-Psychologiques,* 2013, 171: 399-404

¹⁹ Felitti et al. 1998

²⁰ *Proceedings of the National Academy of Sciences,* 2013

rivolge a singoli individui, coppie e famiglie, implicati nella gestione della cura di eventi traumatici e dei disturbi ad essi correlati: ansia, depressione, dipendenze, disturbi alimentari, sessuali, psicosomatici o legati allo stress.

3.3. Il Centro di Ricerca e Studi in Psicotraumatologia (C.R.S.P.) – Italia

Il Centro di Ricerca e Studi in Psicotraumatologia (C.R.S.P.) viene istituito nel 2000 grazie all'iniziativa della dott.ssa Isabel Fernandez, psicologa e psicoterapeuta esperta nella cura del trauma. L'esigenza, il pensiero e quindi la progettualità di istituire un centro scientificamente orientato alla cura, ricerca, studio e formazione di psicoterapeuti sul trauma nasce alla fine degli anni '90. In quel periodo in Italia la cultura sulla psicotraumatologia ancora non godeva tra i professionisti della salute mentale di adeguate e diffuse conoscenze scientifiche sulla neurobiologia e le psicoterapie *evidence based* per la cura del trauma come in buona parte d'Europa e del mondo occidentale in genere.

Dal 2000 ad oggi l'equipe del C.R.S.P. si è occupata della sofferenza di centinaia di persone attraverso percorsi di guarigione efficaci e duraturi nel tempo, ha contribuito significativamente alla ricerca sulle psicoterapie orientate alla cura del trauma psicologico in collaborazione con università, ospedali afferenti al Servizio Sanitario Nazionale e altri prestigiosi centri di ricerca come il CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche) e ha formato psicologi, medici, psicoterapeuti e operatori appartenenti, a diverso titolo, al Support System (poliziotti, militari, educatori, infermieri, vigili del fuoco, insegnanti, ecc.).

In questi 13 anni di attività il C.R.S.P. ha allargato la propria rosa di collaboratori che attualmente è formata da 14 psicologi e psicoterapeuti dislocati nelle 3 sedi del Centro (Milano, Varedo (MB) e Roma), in aggiunta a decine di professionisti che collaborano col Centro all'interno di progetti specifici in tutto il territorio italiano.

3.4. USL di Aosta – Psicotraumatologia e Riabilitazione Cognitiva

La Struttura di Psicotraumatologia e Riabilitazione Cognitiva è una struttura operativa a livello ambulatoriale, integrata nel Dipartimento di salute mentale dell'Azienda USL Valle d'Aosta all'interno della Struttura Complessa di Psichiatria. Pianifica, organizza ed offre, oltre alle tradizionali prestazioni di tipo psicoterapeutico e di sostegno, prestazioni di psicotraumatologia e di riabilitazione cognitiva ai cittadini, adulti e tardo adolescenti residenti nell'area geografica della regione Valle d'Aosta, secondo linee guida standardizzate e condivise e secondo indirizzi di buona pratica.

La Struttura Semplice Psicotraumatologia e Riabilitazione Cognitiva è un servizio ambulatoriale rivolto, in particolare, a quelle persone che nel percorso della loro vita hanno affrontato traumi importanti, destabilizzanti, destrutturanti e/o che hanno perduto parte delle loro competenze cognitive, emotive, relazionali, comportamentali, anche a seguito di importanti quadri psicopatologici. L'obiettivo è di far recuperare ai pazienti, attraverso metodiche standardizzate e scientificamente validate (EMDR e Training riabilitativo), una migliore qualità della loro vita.

4. Descrizione del progetto Psicotraumatologia presso l'OSC

Il Gruppo di lavoro OSC di Psicotraumatologia, formatosi nel 2015 e operativo dal 2016, è un'unità specializzata nella diagnosi e nella cura del trauma.

È un'unità di cura rivolta, in particolare, a quelle persone che nel percorso della loro vita hanno affrontato traumi importanti, che portano a discontinuità della coscienza e della memoria. È un servizio di aiuto alle persone che, a seguito di un'esperienza traumatica, hanno sviluppato stati dell'Io dissociativi con espressioni di franche patologie psichiatriche. L'obiettivo è di far recuperare ai pazienti, attraverso metodiche scientificamente validate, una migliore qualità della loro vita attraverso un modello di intervento a più fasi centrato sull'identificazione e trattamento dei traumi semplici e complessi.

Gli eventi traumatici:

- lutti
- aborti
- malattie gravi proprie o dei familiari
- incidenti stradali
- guerra e migrazione
- coinvolgimento in disastri naturali
- abusi e/o violenza sessuale
- violenza domestica
- abusi in età infantile e/o adolescenziale
- aggressioni
- rapine
- atti terroristici (coinvolgimento diretto e indiretto)
- diagnosi somatica infausta
- motivi di disadattamento derivati da malpractice da new media

Gli interventi di cura:

- accoglienza (ascolto)
- inquadramento diagnostico attraverso strumenti psicodiagnostici
- trattamenti di psicoterapia individuale ad indirizzo psicodinamico, di coppia, di famiglia, e trattamenti con EMDR
- trattamenti farmacologici
- interventi psicoeducativi
- interventi integrati (terapia psicocorporea)
- tecniche di rilassamento

Il Gruppo di lavoro offre, oltre alla psicodiagnostica, la terapia farmacologica e un trattamento psicoterapeutico che possa aiutare il paziente a superare il disagio psichico. La psicoterapia si avvale di un approccio psicodinamico e cognitivo nel colloquio clinico, integrandolo con la terapia EMDR, ove indicata.

5. Obiettivi

5.1. Obiettivi di prevenzione

Offrire un trattamento a persone che, pur non avendo sviluppato sintomi specifici, sono ad alto rischio di svilupparli, perché non sono in grado di affrontare autonomamente la nuova realtà generata dall'evento traumatico e sentono la necessità di un aiuto psicologico qualificato e di un setting adatto ad una prima elaborazione.

Il trattamento si propone di favorire e sostenere l'elaborazione adattativa degli eventi traumatici nel periodo successivo all'evento stesso, nell'intento di prevenire l'insorgenza di disturbi psichiatrici gravi e di ristabilire l'equilibrio pre-traumatico. Inoltre, s'intende lavorare con il paziente sofferente al fine di prevenire eventuali ricadute, che possono essere anche elemento di disturbo per l'ambiente familiare. In tal senso, anche la famiglia viene considerata nella presa a carico ove ve ne sia la necessità e l'intervento si riveli adeguato.

5.2. Obiettivi terapeutici

Trattamento delle persone che hanno già sviluppato un disturbo psichiatrico in seguito ad un trauma (disturbo acuto da stress; disturbo post-traumatico da stress; disturbi dell'umore; disturbi d'ansia; ecc.) e che necessitano di un trattamento psicoterapeutico specifico.

In particolare gli obiettivi psicoterapeutici sono i seguenti:

1. stabilizzare il paziente
2. accedere al trauma
3. rielaborare l'esperienza traumatica
4. sperimentare i vissuti traumatici attraverso la mediazione corporea
5. integrare e formare un nuovo equilibrio psichico

Il processo terapeutico d'integrazione di aspetti della memoria, coscienza e identità, collegati a diverse esperienze di vita e a traumi, è alla base di:

- attuali modelli neurobiologici come quello proposto da Edelman (1989)
- modelli della memoria prevalenti nella psicologia sperimentale (McClelland, Rumelhart, 1988)
- sviluppo dei modelli rappresentativi del sé e degli altri nei primi anni di vita (S. Freud, 1905; Melanie Klein, 1937; D. Stern, 1985)
- teoria dell'attaccamento con l'indicazione dei fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti lo sviluppo dei disturbi di personalità (J. Bowlby, 1969, 1985, 1988)
- modello dell'attaccamento e sviluppo neurobiologico dell'emisfero cerebrale destro nel bambino (A. Schore, 1997, 1998, 1999, 2000; Siegel, 2012, 2013)

Particolare attenzione, nel corso del trattamento psicoterapeutico e farmacologico, viene data alla disorganizzazione dell'attaccamento e alla predisposizione di disturbi della coscienza con precipuo focus sull'analisi del sé e ricostituzione del sé (Kohut, 1971, 1977, 1984).

6. Équipe / Gruppo di lavoro

L'équipe multidisciplinare è composta da: medico psichiatra, psicologo psicoterapeuta, fisioterapista.

7. Sede

Il Gruppo di lavoro di Psicotraumatologia lavora nell'ambito dell'OSC a livello di:

1. Clinica psichiatrica cantonale (CPC) per i degenti in ambito stazionario e la psicodiagnostica.
2. Servizi territoriali SPS per la presa a carico psicoterapica ambulatoriale e la psicodiagnostica quando vi è un accesso diretto senza una precedente degenza in ambito stazionario.

8. Destinatari

I destinatari sono:

1. vittime di esperienze ed eventi traumatici;
2. vittime di reati;
3. vittime di soccorso (pompieri, poliziotti, protezione civile, caregiver, ecc.).

9. Fabbisogni e costi

Allo stato attuale si può ipotizzare un'équipe multidisciplinare composta come delineato sopra (medico psichiatra, psicologo psicoterapeuta, fisioterapista) già presenti all'interno delle risorse OSC. In futuro, non è da escludere che si renderanno necessarie risorse supplementari che però, allo stato attuale dell'avanzamento del progetto, non sono quantificabili.

10. Conclusioni

La creazione di un Gruppo di lavoro di Psicotraumatologia orientato a trattare il trauma trae origine da un'esigenza clinica che si sta rilevando negli ultimi anni.

Sempre di più, presso i servizi dell'OSC (stazionario e ambulatoriali), accedono pazienti con richieste distinte d'intervento legate al trauma, proprio perché l'esperienza traumatica lascia tracce indelebili ed implicite a livello psicocorporeo, tali per cui la persona si trova congelata nel suo sintomo senza riuscire a portarlo a mediazione relazionale.

Il Gruppo di lavoro costituito da un'équipe multidisciplinare come sopra descritta, opera nell'ambito specifico del trauma psicologico, con l'obiettivo di aiutare le persone a recuperare l'equilibrio psicofisico compromesso a causa dell'impatto emotivo provocato da un grave evento traumatico. Evento che spesso viene vissuto lasciando un segno indelebile che, cronicizzandosi, può portare a patologia psichiatrica medio-grave, pregiudicando la normale funzionalità dell'individuo, nonché del suo sistema familiare.

12. Psicogeriatría cantonale

"La vita dell'anziano è e resta un mistero.

Come invecchierà la persona del nostro tempo è difficilmente prevedibile. Quindi avvicinarsi all'altro per meglio esercitare un rapporto di aiuto, in qualsiasi ruolo, richiede disponibilità umana e culturale a rimettersi in gioco, perché i punti fermi sono ancora pochi, se non la propria personale attitudine all'ascolto, all'attenzione e il rispetto di un'etica civile"²¹

1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una vera e propria rivoluzione demografica sia per l'intensità, sia per la rapidità con cui si sta realizzando negli ultimi anni.

Si stima che nel 2050 in Svizzera si deformi la struttura della popolazione per età, con una popolazione anziana che potrebbe attestarsi a circa il 26% della popolazione generale.

Si assiste ad un allungamento della vita media e questo comporta un incremento della spesa sanitaria e sociale.

Questo fenomeno ha portato alla luce questioni inerenti la qualità della vita, il benessere e l'assistenza socio-sanitaria delle persone anziane. Con l'invecchiamento sono più frequenti patologie di carattere somatico, demenze, disturbi psichiatrici e problemi di natura sociale.

La psicogeriatría si occupa di persone sofferenti di disturbi psichiatrici, neurologici e somatici che sovente si presentano in comorbidità. Nello specifico, in tale sfera clinica, afferiscono utenti che hanno sviluppato una sofferenza psichica già da giovane e che necessitano di continuità di cura nell'invecchiamento; persone che hanno un esordio psicopatologico in terza età e coloro che sono confrontati con un processo neuro-degenerativo (demenza).

La strategia cantonale sulle demenze del 2014-2017 portava l'attenzione sull'aumento della prevalenza della demenza e invitava a mettere in atto politiche per migliorare l'efficacia e l'efficienza della presa a carico delle persone affette da demenza.

Nella precedente Pianificazione sociopsichiatrica cantonale del 2015-2018 erano state richieste delle risorse per un ampliamento del Servizio di psicogeriatría. Il Consiglio di Stato aveva accolto tale progetto, riconoscendone l'importanza e l'OSC ha provveduto a reclutare professionisti (medico psichiatra, psicologo-psicoterapeuta e infermieri in salute mentale con specialità in geriatria) che, dal 2016, hanno operato anche a livello territoriale (SPG).

Tale offerta di presa a carico si univa a quella già esistente a livello stazionario, dove era già operativo un reparto di psicogeriatría presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC), già riconosciuto come centro formativo anche all'interno del percorso di specializzazione medica FMH.

In questo documento viene riportato un breve accenno rispetto alla situazione demografica in Svizzera, con particolare attenzione alla realtà del Ticino, unitamente alle previsioni epidemiologiche.

Verranno inoltre toccate le tematiche che riguardano la demenza e la psichiatria di settore per le persone anziane; seguirà breve presentazione e bilancio dell'attività del Servizio di psicogeriatría (CPC-SPG).

²¹ Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría: I vecchi, la città e la medicina, il Mulino, 2005

In conclusione verranno avanzate alcune proposte che si ritengono importanti per rispondere adeguatamente ai bisogni crescenti di prevenzione, diagnosi, cura e trattamento in favore della popolazione anziana del Canton Ticino.

A differenza del resto della Svizzera, alla luce anche dell'aumento della speranza di vita, nel nostro Cantone osserviamo un assetto demografico peculiare, con maggior presenza di persone in età geriatrica e tale fattore richiede una particolare sensibilità nelle strategie di politica in materia dell'invecchiamento.

In considerazione dell'importanza di costituire un'offerta specialistica adeguata e proporzionata alle esigenze della popolazione anziana, in ragione dell'importanza del lavoro di rete con i diversi attori prestatori di servizi, si esplicheranno delle aree di intervento dove la domanda di presa a carico e consulenza psicogeriatrica è in continua espansione (case anziani, spitex, collaborazione con geriatri) e verrà pertanto indicato il bisogno operativo di risorse per raggiungere gli obiettivi delineati.

2. Aggiornamento demografico popolazione anziana in Svizzera e in Ticino

Il 31 dicembre 2020 la popolazione in Svizzera ammontava a 8'667'100 persone, mentre in Canton Ticino si registravano invece 353'317 abitanti.

Se analizziamo in dettaglio i dati che provengono dall'Ufficio federale di statistica (UST) e dall'Ufficio di statistica cantonale (Ustat), notiamo un aumento generale della popolazione anziana, con una maggior rappresentazione per le persone di sesso femminile. Il numero di over 65 è in progressivo aumento e la struttura per età della popolazione cambia in funzione della fecondità, dell'apporto migratorio e dell'aumento della speranza di vita.

Attualmente, nella popolazione svizzera, gli ultra-sessantacinquenni sono più numerosi dei giovani di età compresa tra 0-19 anni. Nella popolazione straniera la situazione è opposta: gli anziani sono praticamente tre volte meno numerosi rispetto ai giovani.

Allo stato attuale le persone anziane rappresentano ora il 18% del totale in Svizzera.

I dati del Canton Ticino invece mostrano una sensibile, ma significativa differenza, in quanto la popolazione anziana vivente alle nostre latitudini si attesta al 22.6% degli abitanti, dato che rappresenta un record a livello nazionale, ovvero un +25% rispetto al dato nazionale.

Secondo gli studi dell'UST la popolazione della Svizzera passerà da 8.6 milioni di residenti permanenti alla fine del 2019 a 10.4 milioni nel 2050. L'incremento sarà principalmente da imputare alle migrazioni. La sua portata dipenderà dall'andamento del contesto socioeconomico e politico della Svizzera. Tra il 2020 e il 2030 l'invecchiamento della popolazione sarà rapido, per poi rallentare un po', pur senza fermarsi.

Tra il 2020 e il 2030, l'aumento della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni sarà molto forte, con una crescita di quasi il 30%. In questo decennio, infatti, le generazioni più numerose del baby-boom raggiungeranno progressivamente la terza età. Tra il 2018 e il 2050 la crescita della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni ammonterà a circa il 70%. Questo aumento di persone in età di pensionamento sarà dovuto non solo a un numero sempre più elevato di residenti permanenti che raggiungono e superano i 65 anni, ma anche all'aumento della speranza di vita. La Svizzera del 2050, secondo lo scenario di

riferimento, potrebbe contare pertanto 2.7 milioni di persone di 65 anni o più, contro 1.6 milioni alla fine del 2019.²²

Nella Tabella 1 e nella Tabella 2 vengono descritte le distribuzioni per età della popolazione residente in Ticino, rispettivamente nel 2010 e nel 2019. Questi dati comprovano il progressivo e generale invecchiamento della popolazione anziana nel Canton Ticino, con un significativo aumento degli over 80.

Tabella 1 Piramide età aggiornata al 2010

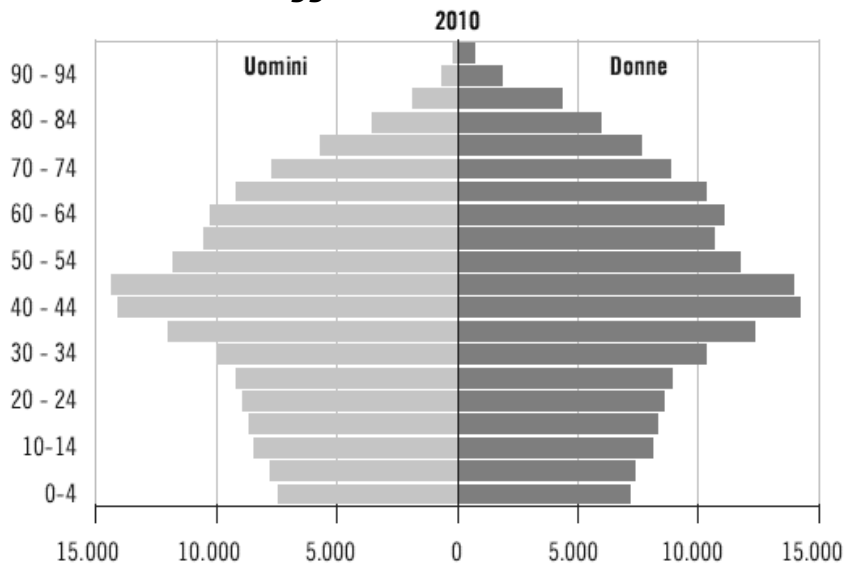
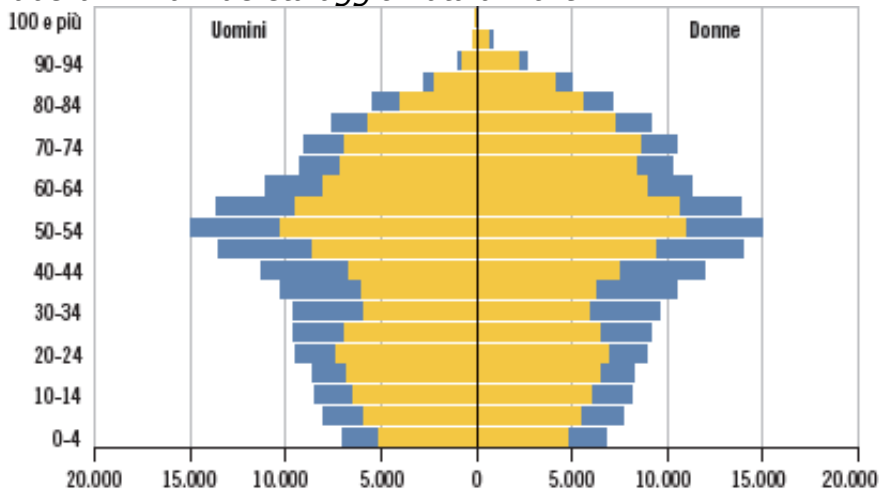


Tabella 2 Piramide età aggiornata al 2019



Come noto già da diverso tempo, il Canton Ticino è un luogo di vita scelto anche da altri cittadini confederati per trascorrere la vecchiaia. Tale aspetto giustifica il fatto che la media della popolazione anziana nel nostro Cantone sia sensibilmente più alta rispetto alla media nazionale.

Nella Tabella 3 si può evincere come la popolazione over 60 residente in Ticino sia molto eterogenea e rappresenti quasi il 30% della popolazione generale. Se prendiamo in

²² Dati provenienti dall'Ufficio federale di statistica

considerazione il fattore del luogo di nascita, troviamo che gli anziani nati in Ticino sono il 24.1%, mentre gli anziani nati in un altro Cantone sono il 47.4% e coloro che sono nati all'estero sono il 31%.²³

Tabella 3 Popolazione permanente al 31.12, secondo il luogo di nascita e la classe d'età decennale, in Ticino, nel 2019

Popolazione residente permanente al 31.12, secondo il luogo di nascita e la classe d'età decennale, in Ticino, nel 2019					
	Totale	In Ticino	In un altro cantone	All'estero	Senza indicazione
Totale ass.	351.491	188.712	36.452	126.274	53
Totale %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0-9	8,4	13,6	2,9	2,2	30,2
10-19	9,6	13,7	4,1	4,9	15,1
20-29	10,6	13,2	5,6	8,0	9,4
30-39	11,4	9,7	7,2	15,0	-
40-49	14,4	12,1	12,6	18,4	-
50-59	16,4	13,4	20,4	19,5	3,8
60-69	11,9	9,5	19,4	13,4	3,8
70-79	10,3	8,4	17,9	11,0	9,4
80-89	5,7	4,9	8,0	6,3	20,8
90 e più	1,3	1,3	2,1	1,2	7,5

L'invecchiamento della popolazione generale e la particolare situazione del Canton Ticino, descritta anche con l'ausilio delle Tabelle 1-2-3, ci porta a riflettere sul fatto che nei prossimi anni saranno in aumento i bisogni di cura delle persone anziane.

I dati della realtà del nostro Cantone evidenziano l'importanza di approntare adeguate misure di prevenzione, diagnosi e trattamento specialistico in ambito psichiatrico nei confronti della popolazione anziana.

L'erogazione delle adeguate cure può avvenire a livello domiciliare, ospedaliero o in una struttura assistenziale a seconda del progetto di cura individuale proposto e condiviso con la persona, o il suo rappresentante terapeutico.

In tale ottica risulta imprescindibile che venga predisposta una strategia di presa a carico che adotti un orientamento di comunità, promuovendo l'interdisciplinarietà nell'approccio e consideri l'importanza della formazione e del sostegno continuativo ai curanti.

Appare importante infine sottolineare che la stima per il futuro, ci orienta verso una generale crescita di richieste in ambito psicogeriatrico.

3. La demenza

Le demenze rappresentano un insieme di patologie neurologiche di natura degenerativa, vascolare o traumatica caratterizzate dalla presenza di deficit cognitivi, sintomi neuropsichiatrici e alterazioni funzionali con progressiva perdita dell'autonomia.

²³ Dati provenienti dall'Ufficio cantonale di statistica

Attualmente esistono diverse patologie che possono determinare un quadro di demenza che recentemente è stata identificata dal DSM-5 come disturbo neurocognitivo maggiore per differenziarla dal disturbo neurocognitivo minore e dal Mild Cognitive Impairment (MCI).²⁴

Secondo "Alzheimer Suisse" si stima che in Svizzera vivano 144'300 persone affette da demenza. Ogni anno in Svizzera si contano 30'910 nuovi casi di demenza, vale a dire uno nuovo ogni 17 minuti. Nel 67% dei casi si tratta di donne. Più di 7'500 persone, circa il 5% si ammalano prima dei 65 anni. Si presume che entro il 2050, 315'400 persone saranno affette da demenza.

In Ticino le persone affette da demenza sono attualmente poco meno di 8'000.²⁵

La strategia cantonale sulle demenze 2014-2017 riportava: *"Le proiezioni dell'andamento demografico della Svizzera indicano come la demenza è una delle sfide più importanti che il nostro paese sarà chiamato ad affrontare nei prossimi anni. Si stima che nel 2014 le persone affette da demenza in Svizzera erano 116'000; le previsioni stimano 28'000 nuovi casi l'anno. Gli ultimi dati sui costi sostenuti dalla Confederazione per far fronte a questa malattia, indicano 6.9 miliardi di CHF spesi, di cui il 95% è stato impiegato per le cure e l'assistenza delle persone affette da questa patologia. È necessario evidenziare che oggi circa il 50% delle persone con demenza vive presso il proprio domicilio. Questo dato suggerisce come sia importante agire su tutti i fronti e prevedere un rafforzamento/miglioramento dei servizi di cure e assistenza dei malati in particolar modo presso il domicilio e dei loro famigliari curanti.*

La strategia cantonale sulle demenze per il cantone Ticino è fondata su quanto è già stato stabilito a livello nazionale nell'omonima strategia, e mira in particolare a ottimizzare il sistema di presa in carico dei pazienti attraverso un miglior coordinamento delle diverse risorse coinvolte nelle cure e nell'assistenza di persone affette da demenza, focalizzando l'attenzione sul riconoscimento tempestivo della patologia."

Nello stesso documento si analizzava anche la situazione in Ticino, di cui si cita: *"I dati del 2014 indicano che in Ticino la popolazione residente stabile affetta da demenza è pari a 6'100 persone, delle quali il 19.5% è composto da persone ultra ottantenni e il 33.6% da ultra novantenni. Anche in Ticino, come nel resto della Svizzera, è previsto un incremento di persone affette da questa patologia dovuto al continuo invecchiamento della popolazione; si prevede infatti che il numero di malati potrebbe quasi raddoppiare entro il 2035 raggiungendo la considerevole quota di 11'000 unità."*²⁶

Questi dati sono in aggiornamento continuo: allo stato attuale è in corso una ricerca a livello nazionale e cantonale (SwissDEM) ad opera dell'USI (Facoltà di Scienze Biomediche) che sta conducendo uno studio epidemiologico nella popolazione anziana in Ticino.²⁷

²⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

²⁵ Dati provenienti da Alzheimer Suisse

²⁶ <https://m3.ti.ch/DSS/cartellastampa/pdf-cartella-stampa-280127232572>: Strategia cantonale sulle demenze

²⁷ <https://www.biomed.usi.ch/en/facolta-scienze-biomediche/istituti/swissdem>

Il progressivo incremento della popolazione anziana comporterà un aumento della prevalenza dei pazienti con demenza, il cui trattamento mobilerà un maggior coinvolgimento di risorse e servizi di psicogeriatrica, sia in ambito di diagnosi, sia in ambito di cura, sia in contesti domiciliari, sia in contesti istituzionali.

La demenza è una patologia che implica sia disturbi a livello neurologico, somatico, sia disturbi a livello psichiatrico-comportamentale. In Svizzera, a livello istituzionale, la valutazione e il trattamento della demenza sono gestiti da diversi specialisti: in alcuni cantoni entro i servizi di neurologia o geriatria; in altri all'interno dei servizi psichiatrici.

In Canton Ticino l'offerta di presa a carico è suddivisa all'interno di diverse specialità e servizi.

Il Servizio di psicogeriatrica OSC (Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica, quello territoriale invece è denominato Servizio di psichiatria geriatrica territoriale OSC (SPG)) è attivo e collabora con i diversi partner deputati all'offerta di trattamento per le persone con demenza (EOC, Memory Clinic, geriatri, medici di famiglia). In maniera crescente giungono richieste di consulenze per la diagnosi e la gestione.

Tale ambito applicativo risulta pertanto meritevole di essere corroborato affinché il Servizio di psicogeriatrica possa rispondere adeguatamente alle esigenze future.

4. Patologie psichiatriche in età geriatrica

Diversi studi hanno cercato di dare risposta in merito alla prevalenza dei disturbi psichiatrici nell'anziano e una recente meta-analisi pubblicata sul BJ Psych ha rilevato tassi di prevalenza di disturbi mentali negli anziani che vanno dall'1 al 18%.

In particolare sono citate categorie nosografiche come la depressione, stimandone una prevalenza di circa il 3%; i disturbi correlati a sostanze (in particolare alcol-correlati) nelle persone di età pari o superiore a 65 anni che vanno dall'1 al 12%; per la schizofrenia, i disturbi schizotipici e altri disturbi psicotici sono stimati rispettivamente dello 0.5-1.0%. I tassi per i disturbi d'ansia variano tra lo 0.9 e il 6.7%.²⁸

Tali dati sono derivati da ricerche provenienti da stati dell'Europa, ma appaiono significativi e congruenti anche con la realtà clinica riscontrata in Canton Ticino.

La riflessione che ne deriva ci porta l'attenzione circa il fatto che soffrire di un disturbo psichiatrico comporta una riduzione della speranza di vita personale, tuttavia grazie all'evoluzione delle cure fornite, anche le persone con una sofferenza psichiatrica che determina un severo grado di disabilità, possono mantenere una miglior qualità di vita e arrivare all'invecchiamento in condizioni psico-fisiche migliori.

La psicogeriatrica si occupa pertanto della complessa presa a carico di persone che hanno sviluppato un disagio psichiatrico in età giovanile, come disturbi dello spettro psicotico, ad esempio la schizofrenia, e altre malattie (sindromi ansiose, depressioni ricorrenti, disturbi di personalità, ecc.) che, nonostante i trattamenti continui, comportano un decorso cronico e necessitano di una continuità terapeutica longitudinale, anche in età senile.

²⁸ Sylke Andreas et al.: Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study

La gestione di tali patologie ha un decorso che varia in relazione anche ai fattori anagrafici e, entrando in età senile, necessitano di un'attenzione specialistica psicogeriatrica che si differenzia dal trattamento psichiatrico per gli adulti.

Come accade per i giovani adulti, alcuni eventi stressanti della vita, portano a sviluppare un disturbo psichiatrico e l'anziano è più soggetto a vivere gli eventi dolorosi come un lutto, un calo di condizione socio-economica o una disabilità. I fattori sociali ed economici hanno ruoli importanti e spesso sono più determinanti nelle fasi più tardive della vita dove l'anziano è più fragile e ha meno risorse psicofisiche ad adattarsi al cambiamento. Questi fattori, come nel giovane adulto, sono importanti anche nel processo di guarigione.

Nella presa a carico psicogeriatrica si pone molta attenzione alla tematica della prevenzione del suicidio: un quinto di tutti i tentativi di suicidio sono commessi da persone di età superiore ai 65 e gli uomini di età superiore ai 69 anni hanno il maggiore rischio di portare a termine l'intento anti-conservativo.

L'anziano che tenta il suicidio presenta una maggiore determinazione a compiere un gesto estremo²⁹. Inoltre gli anziani con una malattia cronica o invalidante possono provare maggior fatica dinanzi all'accettazione della perdita di autonomia, con conseguenti aumentati bisogni di dipendenza da persone terze. Questo fa crescere il sentimento di insicurezza, ansia e depressione e, se associato a solitudine, isolamento sociale o difficoltà economiche, aumentano ulteriormente i fattori di rischio.

In età geriatrica si possono sommare poli-morbidity somatiche, psichiatriche e neurologiche che necessitano una peculiare sensibilità al trattamento da parte della rete curante. Queste condizioni possono causare o acuire una difficoltà di diagnosi e trattamento precoce e implicano un aumento dei costi sociali e uno scadimento delle condizioni di qualità di vita della persona.

Infine si rende attenti circa un campo di applicazione recentemente riscontrato dalle richieste cliniche giunte al Servizio di psicogeriatrica: ovvero un lavoro di consulenza, presa a carico e liaison in favore di persone che soffrono come diagnosi principale di una disabilità somatica (patologie oncologiche, cardiologiche, disturbi neurodegenerativi).

Alla luce di tutti i fattori sopra-descritti, ne risulta che la presa a carico di una persona che presenta un disturbo o una sofferenza psichiatrica debba beneficiare di cure multidisciplinari che possono variare includendo una prescrizione di terapia farmacologica, una presa a carico psicoterapeutica o una presa a carico da un punto di vista infermieristico.^{30 31 32 33 34}

²⁹ Hall RCW, Platt DE, Hall RCW. Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*1999;40(1):18-27

³⁰ R. De Beni, E. Borella: Psicologia dell'invecchiamento e della longevità, 2015

³¹ M. E. Thakur, D. G. Blazer, D. C. Steffens: Manuale clinico di psichiatria geriatrica, 2015

³² <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/demenz/nationale-demenzstrategie.html>: Strategia nazionale della demenza 2014-2019

³³ Raccomandazioni del Consiglio degli Anziani del Canton Ticino: Anziani e qualità di vita

³⁴ <https://www.psicogeriatrica.it>

5. Il Servizio di psicogeriatría (SPG): descrizione

L'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) da anni ha provveduto a specializzarsi nell'erogazione di cure specialistiche in ambito psicogeriatrico.

A livello di cure in ambito ospedaliero-stazionario, entro la Clinica psichiatrica cantonale (CPC), dal 2006, si è passati da un piccolo reparto inserito nella psichiatria generale, all'istituzione di un centro di competenza con all'interno due reparti specifici (reparto Psichiatria geriatrica e reparto Disturbi cognitivi). In entrambi i reparti lavorano équipes interdisciplinari (medico psichiatra, infermiere in salute mentale, psicologo-psicoterapeuta, ergoterapista, fisioterapista, assistente sociale) che collaborano a delineare un progetto di cura personale e individualizzato per la persona ricoverata, in accordo con la rete curante e la persona stessa.

Nella prassi di cura si è investito nel promuovere collaborazioni con i partner di cura territoriali e le famiglie, aspetto che permette una doppia facilitazione: sia nell'invio dal territorio allo stazionario per occuparsi adeguatamente della persona, sia dallo stazionario al territorio affinché possa essere garantito e continuato un corretto, equo e regolare trattamento terapeutico.

La filosofia di cura promossa mette al centro la persona portatrice di un disagio psichico: durante la degenza in CPC è predisposto un accurato processo psico-diagnostico, anche in ambito neuropsicologico; una valutazione clinica appropriata che comprende sia aspetti psico-farmacologici, sia aspetti assistenziali e funzionali. Viene data rilevanza all'approccio di lavoro in rete e, qualora non ve ne sia una predisposta per la persona, ci si occupa di prendere contatti con i partner di cura esterni e i familiari (qualora presenti) al fine di costruire il progetto di cura individualizzato.

La CPC possiede 26 posti letto suddivisi in due reparti distinti:

- Psichiatria geriatrica: 17 letti
- Disturbi cognitivi: 9 letti

Nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale precedente (2015-2018) è stato richiesto e approvato un ampliamento dell'offerta di presa a carico in favore degli anziani, con la nascita di un progetto di psicogeriatría territoriale attivo in ambito ambulatoriale.

A partire dal 2016 è stata istituita un'équipe psicogeriatrica territoriale (SPG), composta da professionisti appartenenti alle seguenti categorie: medico psichiatra, infermiere in salute mentale e psicologo-psicoterapeuta. È presente inoltre la possibilità di beneficiare di prestazioni da parte di assistenti sociali che lavorano nei servizi territoriali degli adulti (SPS), oppure i componenti dell'équipe del SPG che lavorano in rete con assistenti sociali del territorio (Pro Senectute, Istituti sociali, ecc.).

Il Servizio psicogeriatrico (SPG) è da considerarsi un servizio di riferimento per i curanti e i caregivers e opera sulla specifica e puntuale richiesta degli invianti, quindi si considera un servizio di secondo livello di intervento.

La copertura territoriale assicurata è quella di tutto il territorio cantonale:

- appoggiandosi per le prese a carico ambulatoriali presso i servizi territoriali per adulti (SPS di Chiasso, Lugano, Bellinzona, Locarno);
- raggiungendo direttamente al domicilio la persona, con ovvie implicazioni favorevoli legate a aspetti motivazionali, superamento di eventuali difficoltà negli spostamenti e, soprattutto, l'opportunità di fruire di una continuità di cura.

Il Servizio di psicogeriatrica risponde a sempre maggiori richieste di erogazione di prestazioni di cura specialistiche a favore di persone anziane che manifestano un disagio psichico.

Questo concetto prevede l'organizzazione non solo di cure farmacologiche adeguate, ma implica una grande organizzazione e formazione di risorse umane che possano accogliere e gestire la persona anziana durante il suo invecchiamento.

Il SPG attualmente si sta interfacciando regolarmente con diversi partner di cura territoriali: tale modalità di intervento è importante in quanto occuparsi di un anziano implica in primo luogo la costituzione o l'inserimento di un lavoro in rete (persona, familiari, medici di famiglia, geriatri, spitex, ecc.).

6. Il Servizio di psicogeriatrica (SPG): offerta terapeutica

I riferimenti concettuali su cui il SPG opera sono:

- **Prevenzione:** l'équipe del SPG si impegna nel diffondere competenze e conoscenze psicogeriatriche in favore della popolazione e delle équipe curanti che si occupano di anziani (spitex, case anziani, ecc.). Tale ambito di intervento ambisce al riconoscimento dei segnali precoci di crisi, ad una riduzione dei ricoveri stazionari differibili, gestione territoriale delle situazioni di crisi.
- **Diagnosi:** l'équipe del SPG interviene nel processo di valutazione psicodiagnostica attraverso colloqui clinici, somministrazione di strumenti testistici (psicologici e neuropsicologici) e valutazioni funzionali e dei bisogni assistenziali.
- **Trattamento:** l'équipe del SPG si occupa di portare avanti la presa a carico di persone che hanno un disagio mentale in età senile attraverso una prescrizione farmacologica, colloqui di psicoterapia, interventi di riabilitazione e sostegno.

La missione del SPG è la sensibilizzazione della tematica del disagio psichico nell'anziano e riduzione dello stigma associato; la promozione del mantenimento della qualità di vita della persona garantendo un accesso equo e facilitato alle cure, anche in ottica di diagnostica tempestiva; la liaison con i vari enti e partner territoriali che lavorano per il mantenimento della salute e del benessere degli anziani.

L'équipe del SPG fornisce prestazioni di secondo livello, volte a garantire una continuità di cura e un trattamento specialistico.

La filosofia di cura è analoga a quella portata avanti dai colleghi della CPC (vedi punto 5): un intervento specialistico in psicogeriatrica non può prescindere dalla costituzione o dall'inserimento in un lavoro in rete (persona, familiari, medici generalisti, geriatri, spitex, case anziani, ecc.).

I vantaggi di poter sviluppare sempre più un servizio specialistico territoriale in psicogeriatrica permettono di incontrare le crescenti domande di intervento che, inevitabilmente, non possono sempre essere evase con un'ospedalizzazione, sia per fattori clinici, sia per fattori logistici.

Tale modalità di lavoro permette di garantire una maggiore e migliore accessibilità alle cure, incontrando e cercando di superare, in cooperazione con la persona e i suoi familiari, le difficoltà, le resistenze e lo stigma associato al disagio psichico, in favore di interventi diretti a promuovere il mantenimento o ripristino della qualità di vita della persona anziana.

Riassumendo, il SPG svolge la sua attività con le seguenti prestazioni:

- visite ambulatoriali presso le sedi territoriali dei Servizi psico-sociali (SPS) per adulti (Chiasso, Lugano, Bellinzona, Locarno);
- visite domiciliari in tutto il territorio cantonale;
- consulenze e liaison presso EOC e Case per anziani (CpA);
- supervisioni e formazione in ambito psicogeriatrico.

Attualmente il SPG si interfaccia regolarmente con diversi partner di cura territoriali che vengono qui elencati: enti cantonali e privati che si occupano di cure in ambito somatico e psichiatrico, colleghi geriatri e medici di famiglia, neurologi, colleghi psichiatri, con l'Autorità regionale di protezione (ARP) per l'espletamento di mandati peritali, con familiari e varie associazioni di categoria che si occupano di anziani (Pro Senectute, Atte, Centri diurni). Esiste una collaborazione con l'Ufficio dell'assistenza riabilitativa per particolari situazioni di persone in età geriatrica autori di reato. Il SPG ha inoltre collaborato ad alcune ricerche scientifiche con USI e SUPSI.

Sono attive collaborazioni con i vari spitex territoriali e nelle CpA su richiesta del medico curante.

7. Bilancio dell'attività del Servizio di psicogeriatrica (SPG)

In questi anni, alla già nota attività stazionaria della Clinica psichiatrica cantonale (CPC), dal 2016, all'interno dei servizi offerti dall'OSC, si è aggiunto anche il Servizio di psicogeriatrica territoriale (SPG).

La presa a carico dei pazienti psicogeriatrici che hanno avuto contatto con l'OSC, come già è stato descritto nei precedenti paragrafi, si è pertanto estrinsecata in due modalità:

- attraverso il ricovero stazionario presso il reparto Edera della CPC, reparto già attivo da diversi anni nelle cure specialistiche stazionarie, di cui si forniscono successivamente cifre medie di impiego.

Le successive tabelle riassumono in breve l'attività nel dettaglio degli anni 2019-2020 (Tabella 4) e un prospetto longitudinale dell'attività 2016-2020 (Tabella 5).

Tabella 4 Dimissioni Edera CPC 2019-2020: caratteristiche e diagnosi

	2019		2020	
	N=263	%	N=256	%
Reparto				
- Edera c.c.p.cognitivi	87	33.1	80	31.3
- Edera c.c.psi.ger.	176	66.9	176	68.8
Sesso				
- uomo	137	52.1	117	45.7
- donna	126	47.9	139	54.3
Tipo di ammissione				
- volontaria	143	54.4	145	56.6
- coatta	120	45.6	111	43.4
Durata media della degenza	32.41gg		33.87gg	

La successiva tabella riporta i dati di attività del reparto di psicogeriatrica della CPC negli ultimi 5 anni, dove si evidenzia una tendenza crescente del carico di lavoro. Anche nell'anno 2020, che è stato un caratterizzato dalla pandemia da Covid-19, si è osservata una sostanziale stabilità dell'attività.

In questi anni è aumentato il numero di ammissioni nei reparti e si assiste ad un'occupazione dei letti che è costantemente pari o superiore a circa il 95%, ma al contempo si sono ridotti i tempi medi di degenza. Tale aspetto porta a una duplice riflessione: è in aumento la domanda dei bisogni di cura specialistica nella psichiatria per anziani e, la riduzione dei tempi di degenza, rimanda anche a una miglior ricettività delle cure territoriali, anche per la presenza di un servizio specialistico territoriale (SPG).

Tabella 5 Dimissioni Edera CPC 2016-2020

Anno	2016	2017	2018	2019	2020
Numero dimissioni	237	283	272	263	256

- attraverso una presa a carico territoriale (SPG), intersettoriale (Sopra-Sottoceneri) e multidisciplinare (psichiatra, psicologo-psicoterapeuta e infermiere in salute mentale), di cui viene fornito un prospetto con cifre medie di impiego durante l'anno 2020 e i dati parziali del primo semestre 2021 (Tabelle 6, 7, 8, 9).

Al momento risulta purtroppo difficile raggruppare i dati di attività del Servizio territoriale (SPG) in quanto nel 2016 vi era una modalità statistica differente di raccolta degli stessi dati, che nel tempo sono stati modificati in virtù di un miglior monitoraggio.

Nel 2020 l'OSC ha fornito varie prestazioni (consulenza, presa a carico o valutazione) a circa 900 utenti over 65 anni, dislocati su tutto il territorio cantonale. La maggior parte di queste persone sono state visitate dal SPG.

Nel primo semestre del 2021 sono state fornite varie prestazioni per circa 600 persone.

Tabella 6 Casi trattati in SPS di pazienti con 65 anni e più: Sottoceneri 2020

	SPS Lugano		SPS Chiasso	
	N=219	%	N=117	%
Tipo di caso				
- nuovo/risegnalato	97	44.3	52	44.4
- in corso	122	55.7	65	55.6
Sesso				
- uomo	79	36.1	48	41.0
- donna	140	63.9	69	59.0

Tabella 7 Casi trattati in SPS di pazienti con 65 anni e più: Sottoceneri primo semestre 2021

SPS Lugano	SPS Chiasso
179	91

Tabella 8 Casi trattati in SPS di pazienti con 65 anni e più: Sopraceneri 2020

	SPS Bellinzona		SPS Locarno	
	N=346	%	N=188	%
Tipo di caso				
- nuovo/risegnalato	238	68.8	104	55.3
- in corso	108	31.2	84	44.7
Sesso				
- uomo	130	37.6	81	43.1
- donna	216	62.4	107	56.9

Tabella 9 Casi trattati in SPS di pazienti con 65 anni e più: Sopraceneri primo semestre 2021

SPS Bellinzona	SPS Locarno
288	105

A partire dal 2016 il SPG è stato incaricato da parte dell'ARP di diversi mandati peritali in ambito civile dove viene proposto un intervento di valutazione clinica, somministrazione psico-diagnostica e analisi dei bisogni assistenziali. Il carico di lavoro è progressivamente aumentato negli anni, come si evince dalla Tabella 10.

Tabella 10 Evoluzione per anno nelle richieste ARP al SPG

Anno	Mandati ARP
2017	8
2018	24
2019	26
2020	29
Sino a agosto 2021 (in corso)	25

Dal 2016 il SPG ha in attivo una collaborazione con l'Ufficio dell'assistenza riabilitativa per persone anziane con pendenze penali che necessitano di un trattamento ambulatoriale specialistico psicogeriatrico (Tabella 11).

Tabella 11 Numero prese a carico per anno nella collaborazione del SPG con l'Ufficio dell'assistenza riabilitativa

Anno	Incarichi
2017	1
2018	2
2019	3
2020	2
Sino a agosto 2021 (in corso)	5

Infine si segnala che il SPG interviene in circa 40 residenze per anziani della rete cantonale ed ha sviluppato una collaborazione strutturata in una Casa per anziani con un progetto di psicogeriatrica, inserendo la propria équipe a fianco all'équipe della struttura per la presa a carico alle persone nonché la supervisione e la formazione agli operatori.

8. Proposte per rispondere adeguatamente ai bisogni terapeutici della popolazione anziana

Il SPG risponde alle richieste provenienti da tutto il territorio cantonale. Allo stato attuale la tendenza è in aumento rispetto alle richieste di intervento.

In questi anni ci si è occupati a più livelli di favorire sinergie con i partner di cura, con le persone e i loro famigliari.

Allo stato attuale ci sono nuove e crescenti esigenze delle persone anziane residenti nel Canton Ticino che necessitano di cure specialistiche nell'ambito psicogeriatrico.

Nel caso non si riuscisse a ottemperare adeguatamente ai bisogni terapeutici emergenti si ravvedono alcune criticità, qui brevemente elencate:

- poli-morbilità,
- aumento della prevalenza dei disturbi psichiatrici,
- aumento di condizioni ambientali sfavorevoli che portano a isolamento o riduzione delle risorse personali o sociali,
- possibile aumento del tasso di tentativi di suicidio,
- uso improprio di farmaci,
- prognosi meno favorevole nei decorsi di malattia,
- uso dei servizi sanitari di emergenza in maniera impropria,
- aumento generale dei costi della salute.

La precedente pianificazione sociopsichiatrica ha permesso al Canton Ticino di dotarsi di un servizio territoriale specialistico in psicogeriatrica che in questi anni ha saputo farsi riconoscere a livello istituzionale come un servizio di competenza per le persone anziane.

Si ritiene auspicabile che le politiche di settore proseguano a investire nella promozione dell'estensione e rafforzamento di questo servizio, dotandolo di nuove risorse che permettano di estendere in maniera congrua il raggio di azione, in proporzione con i bisogni emergenti nel Canton Ticino.

Il SPG dovrebbe poter sviluppare un suo organigramma interno con diverse figure professionali dove viene svolto un lavoro sia in favore della popolazione, sia in ambito formativo. Attualmente i medici assistenti che conseguono la formazione post-graduale FMH per la specialità in psichiatria, hanno l'obbligo di lavorare per 6 mesi in un servizio

psicogeriatrico. In questo modo il Canton Ticino si metterebbe al pari di altre realtà confederate dove esistono già servizi psicogeriatrici che operano da molti anni.

Sulla base dell'esperienza clinica maturata sarebbe auspicabile inserire un'équipe specializzata nella presa a carico psicogeriatrica presso ogni ambulatorio territoriale (SPS) in modo che si possa meglio rispondere alle esigenze del territorio.

Si segnalano pertanto queste proposte dove si ritiene si possa offrire un maggior contributo (individuale e collettivo):

- rafforzare la presa a carico in favore delle persone bisognose;
- estendere maggiormente la possibilità di presa a carico in favore dei famigliari curanti.

Seguono quattro proposte di progetti di intervento:

1) Ottimizzare la collaborazione con le CpA

In collaborazione con l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD), responsabile dell'implementazione della Pianificazione integrata LAnz/LACD 2021-2030, promuovere interventi di sostegno clinico (psicoterapeutico, infermieristico, psichiatrico) per gli utenti delle CpA. In questi anni si sono sviluppati alcuni progetti di collaborazione dove il SPG è diventato un servizio di consulenza integrato all'équipe curante della struttura: si sono fornite nozioni concettuali circa la filosofia di cura all'équipe allargata e vengono costruiti i piani di cura individuali degli utenti in sinergia con i medici curanti, i famigliari e la persona stessa. Tale tipo di progetto ha dato incoraggianti indicazioni cliniche come un miglior riconoscimento precoce del disagio, una miglior qualità delle cure e una miglior risposta gestionale. Questa collaborazione potrebbe essere un modello di intervento da integrare nelle filosofie di cura presenti anche in altre strutture della rete cantonale.

Promuovere sensibilizzazione al tema del disagio psichico per il personale delle CpA (in collaborazione con ADiCaSi si potrebbero programmare interventi di formazione e supervisione clinica). Una formazione accresciuta agli operatori delle CpA permetterebbe una maggior conoscenza delle patologie psicogeriatriche e garantirebbe l'acquisizione di migliori strumenti di intervento per la gestione degli ospiti e per il riconoscimento di segnali precoci di crisi, evitando ricoveri impropri.

2) Collaborazione con i servizi di aiuto domiciliare

In collaborazione con l'UACD e compatibilmente con le indicazioni della Pianificazione integrata LAnz/LACD 2021-2030, si pone l'obiettivo di continuare e corroborare alleanze di lavoro con i vari servizi spitex (supervisione clinica, verifica e ponderazione dei mandati di trattamento per persone con diagnosi psichiatrica, espansione del bacino di utenza raggiunta). Il SPG viene riconosciuto come partner di cura territoriale e diversi spitex stanno chiedendo supervisione e collaborazione per la gestione terapeutica condivisa dei casi. Il nostro obiettivo, nei prossimi anni, è di continuare a migliorare anche aspetti di condivisione di nozioni formative, unitamente alla presa a carico ordinaria.

Tale collaborazione permetterebbe anche di promuovere sinergie maggiori anche nelle valli più discoste dove la rete curante spesso è meno fitta, ma non significa che il disagio sia inferiore; spesso le persone rinunciano o arrivano segnalazioni quando la situazione è già compromessa.

3) Ampliare il servizio di consulenza e liaison con i geriatri

A livello clinico, nel decorso di malattia della demenza, possono insorgere disturbi comportamentali che comportano problemi di natura farmacologica e gestionale. Al fine di migliorare la presa a carico in favore di tale utenza, in maniera crescente i geriatri chiedono una collaborazione al SPG e si viene coinvolti nella presa a carico. Migliorare tale alleanza di lavoro permetterebbe una miglior gestione della psicofarmacologia, evitando sovra-prescrizioni, unitamente ad un approccio globale incentrato sulla persona e i suoi famigliari.

4) Sviluppare ed estendere maggiormente il servizio nel Locarnese

Attualmente, con le attuali risorse a disposizione del SPG non si riesce a garantire una copertura adeguata e proporzionata alle richieste che giungono dal Locarnese. In tale distretto, per evitare l'allungamento dei tempi di attesa, è in essere una collaborazione con i colleghi che si occupano della psichiatria per adulti, con i quali si cerca di mantenere una condivisione dei casi.

Tuttavia appare necessario rafforzare la presenza di un'équipe specialistica formata in psicogeriatrica per poter rispondere opportunamente alle domande che giungeranno.

9. Bisogni operativi équipe SPG

La presa a carico del Servizio psicogeriatrico valuta attentamente i bisogni dell'utente e propone cure e prese a carico a livello inter-disciplinare con medico psichiatra, psicologo-psicoterapeuta e infermiere specialista in salute mentale.

In ragione di:

- voler ottimizzare, sviluppare e implementare ulteriormente gli obiettivi descritti nelle aree delle proposte terapeutiche, ridurre i tempi di attesa e migliorare la copertura territoriale;
- intensificare la collaborazione con l'UACD, responsabile dell'implementazione della Pianificazione integrata LAnz/LACD 2021-2030;
- supportare i famigliari curanti;
- ottimizzare e corroborare l'intervento in seno alle case per anziani e al fianco degli spitex, non solo a livello di consulenza individuale sulla persona portatrice del disagio, ma anche a livello di supervisione e formazione clinica;

si propone una rivisitazione dell'organico a disposizione. Occorrerebbe prevedere un'implementazione delle risorse a disposizione del SPG (medici, infermieri e psicologi-psicoterapeuti) al fine di arrivare a costituire 2 équipe territoriali autonome (con divisione territoriale Sopra e Sottoceneri), ma sinergicamente cooperanti.

Organico:

Allo stato attuale il SPG (cure territoriali) si occupa di coprire tutta la rete cantonale con il seguente organico:

100% medico capo servizio

100% medico psichiatra (50% SPS Bellinzona – 30%+20% SPS Lugano)

200% infermieri in salute mentale

50% psicologo-psicoterapeuta.

Richiesta di risorse:

Sulla base dell'esperienza di questi primi anni di attività, appare necessario prevedere un'implementazione delle risorse al fine di arrivare a costituire 2 équipes territoriali autonome (con divisione territoriale Sopra e Sottoceneri), ma sinergicamente cooperanti. Ogni équipe dovrebbe essere pertanto composta da:

- Équipe Sopraceneri (SPS Bellinzona e Locarno):
 - 100% medico psichiatra assistente
 - 200% infermieri in salute mentale
 - 100% psicologo-psicoterapeuta
- Équipe Sottoceneri (SPS Lugano e Chiasso):
 - 100% medico psichiatria assistente
 - 200% infermieri in salute mentale
 - 100% psicologo-psicoterapeuta

Inoltre sarebbe importante che fosse previsto un medico psichiatra capo clinica per coordinare e gestire le équipes.

Tale proposta implica la messa a bilancio delle seguenti risorse aggiuntive:

- 100% medico psichiatra capo clinica
- 100% medico psichiatra assistente
- 200% infermieri in salute mentale
- 150% psicologo-psicoterapeuta

La strutturazione del SPG, così come prefigurato, permetterebbe di raggiungere gli obiettivi descritti nelle proposte terapeutiche per i prossimi anni.

I costi derivanti da detto adeguamento di personale ammonterebbero a CHF 0.8 mio al lordo e CHF 0.3 al netto e saranno posti a carico dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD), in funzione della disponibilità di risorse nell'ambito dell'implementazione della Pianificazione integrata LAnz/LACD 2021-2030.

13. Psichiatria carceraria

1. Introduzione

Fino all'apertura del carcere giudiziario La Farera, l'OSC garantiva la presa a carico dei detenuti collocati presso La Stampa con un medico capo clinica al 50% ed un infermiere con specialità pure al 50%. In seguito questi mandati sono stati attribuiti a dei medici privati.

Con Risoluzione governativa del 21 dicembre 2016, il Consiglio di Stato ha deciso di istituire un Gruppo di lavoro teso a identificare possibili soluzioni nell'ambito della medicina carceraria vista l'evoluzione delle giornate di incarcerazione e l'aumento della complessità delle casistiche.

Gli obiettivi principali attribuiti al Gruppo di lavoro erano:

- identificare possibili alternative di presa a carico medica per le strutture carcerarie cantonali (in particolare demandare all'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) e all'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) la gestione medica delle Strutture carcerarie cantonali e delle misure penali ambulatoriali);
- definire una tempistica di attuazione per le alternative individuate, comprensive di un'organizzazione di transizione e di una definitiva.

Considerati gli obiettivi, il Consiglio di Stato ha chiamato a partecipare al Gruppo di lavoro, presieduto dal Direttore delle Strutture carcerarie cantonali, oltre agli attuali responsabili della medicina carceraria ticinese, anche i responsabili amministrativi e medici dell'OSC e dell'Ospedale Regionale di Lugano. Al Gruppo ha partecipato anche il Presidente della Commissione di sorveglianza delle condizioni di detenzione.

Il Gruppo di lavoro ha consegnato il suo rapporto al Consiglio di Stato il 7 luglio 2017 che ne ha approvato gli indirizzi principali con Risoluzione governativa del 20 dicembre 2017, incaricando nel contempo il Dipartimento delle istituzioni e il Dipartimento della sanità e della socialità di istituire un apposito Gruppo di progetto per concretizzare la riorganizzazione del Servizio medico carcerario contenuta nel rapporto.

2. La psichiatria carceraria

La nuova organizzazione della medicina carceraria prevede che il Dipartimento delle istituzioni, d'intesa con il Dipartimento della sanità e della socialità, formalizzino un contratto di prestazione per la gestione del nuovo Servizio medico carcerario, affidato all'EOC. Il contratto di prestazione definisce anche la collaborazione dell'EOC con l'OSC nella gestione del nuovo Servizio medico carcerario, in quanto l'EOC affida il mandato all'OSC di gestire la psichiatria carceraria, inclusa la presa a carico psichiatrica delle persone seguite dall'Ufficio dell'assistenza riabilitativa e le richieste della Polizia, dell'Ufficio del giudice dei provvedimenti coercitivi, del Ministero pubblico, del Tribunale penale cantonale, nonché altri Tribunali giudicanti.

Per svolgere questi compiti, all'EOC vengono attribuiti le seguenti risorse:

- 1 medico capo servizio all'80%;
- 1 medico capo clinica al 20%.

In virtù della Risoluzione governativa del 13 giugno 2018, l'OSC ha invece assunto, secondo il mandato dell'EOC per garantire la presa a carico dell'utenza con problemi psichiatrici, le seguenti risorse:

- 1 medico aggiunto;
- 0.5 psicoterapeuta;
- 0.5 infermiere con specialità in salute mentale;

quale personale interamente finanziato da terzi. In seguito è stato riconosciuto un ulteriore 0.2 di medico capo-clinica.

Il personale che lavora per la psichiatria carceraria è stato inserito nell'équipe del Servizio psico-sociale del Sottoceneri, sede di Lugano, che già si occupava della psichiatria carceraria. Questa soluzione è stata scelta soprattutto per garantire una continuità operativa da parte del personale infermieristico OSC coinvolto nel progetto visto che l'alternativa era inserire questo nuovo compito nel mandato del Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM), che però non ha infermieri nei suoi effettivi e quindi, in caso di assenza, non era possibile garantirne la sostituzione. Questa soluzione permette e facilita il passaggio delle informazioni fra i diversi attori coinvolti e quindi migliora la presa a carico dell'utenza affidata al nuovo servizio come più volte richiesto anche dalla Commissione di sorveglianza sulle condizioni di detenzione del Gran Consiglio.

A contare dal 1° giugno 2021 con RG del 14 aprile 2021 le 2.20 unità PPA di medico psichiatra aggiunto (100%), medico psichiatra capo-clinica (20%), psicologo/a psicoterapeuta (50%) e infermiere/a con specialità in salute mentale (50%), temporaneamente autorizzate all'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) per il periodo dal 10 gennaio 2020 al 31 dicembre 2021, sono confermate definitivamente.

Come evidenziato nella tabella seguente, nell'anno 2020 le incarcerazioni totali presso le SCC sono state 1'017 (compresi i minori). Tutti i detenuti vengono visitati entro 24 ore dall'arrivo da un medico somatico e vengono visti da un infermiere specializzato in salute mentale.

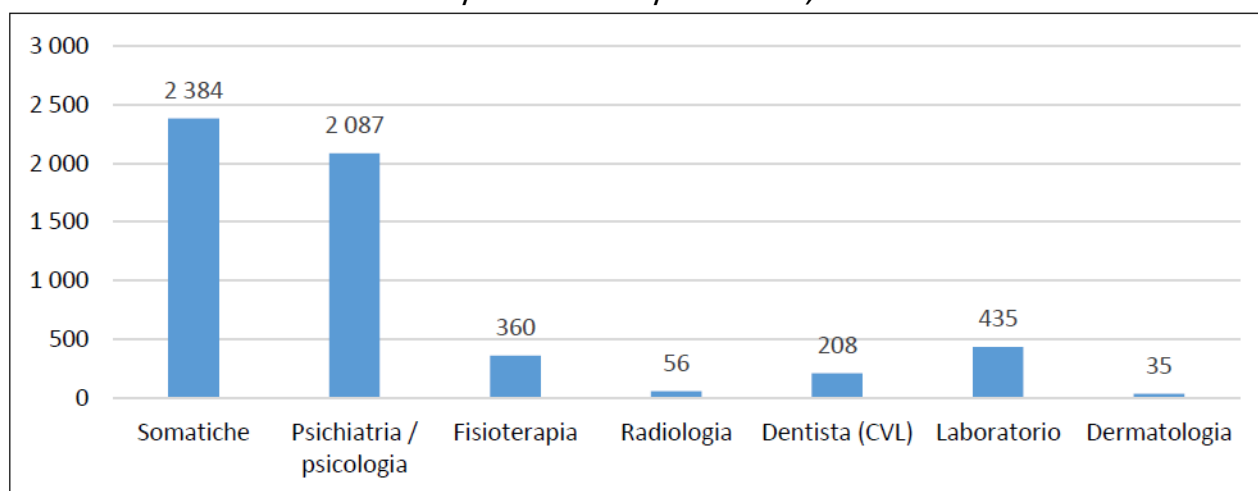
Di seguito vengono riportati alcuni dati concernenti l'attività carceraria

Tabella 1 Incarcerazioni 2020

FARERA	Minorenni		10 - 25		26 - 30		31 - 40		41 - 50		Più di 50		Totale	
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
Ticinesi	6	0	17	1	13	3	21	2	23	2	22	3	102	11
Confederati	5	0	3	0	5	0	6	3	6	3	9	2	34	8
Altri stati europei	1	4	20	9	38	11	61	115	52	7	43	5	215	51
Stati extra europei	4	1	95	3	78	4	133	4	33	4	20	1	363	17
Totale	16	6	135	13	134	18	221	24	114	16	94	11	714	87

STAMPA/CAS	Minorenni		10 - 25		26 - 30		31 - 40		41 - 50		Più di 50		Totale	
	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D
Ticinesi	0	0	8	0	5	0	7	0	10	0	11	1	41	1
Confederati	0	0	1	0	1	0	3	2	4	1	5	1	14	4
Altri stati europei	0	0	5	0	11	0	18	0	10	1	10	1	54	2
Stati extra europei	0	0	17	0	22	0	26	0	8	1	4	0	77	1
Totale	0	0	21	0	39	0	54	2	32	3	30	3	186	8

Grafico 1 Numero di visite e terapie suddivise per ambito, 2020



Nel 2020 sono state effettuate circa 2'384 visite somatiche e circa 2'087 visite in ambito psichiatrico, suddivise equamente fra prestazioni mediche e non mediche (psicologi/psicoterapeuti e infermiere in salute mentale).

Oltre alle visite descritte sopra, ci si è occupati anche di 46 pazienti in terapia sostitutiva con *Metadone* e 4 con *Buprenorphina*, assicurando il passaggio di informazioni fra i servizi del territorio e il servizio medico delle SCC.

Nel corso del 2020, 20 detenuti sono stati ospedalizzati alla CPC e 19 all'ORL. Di questi ultimi ricoveri, 15 sono stati richiesti direttamente dal Servizio medico delle SCC e 4 sono stati previsti dal Pronto Soccorso.

3. Conclusioni

La nuova organizzazione della medicina carceraria consente un'adeguata presa a carico dei problemi di salute somatica e mentale di tutte le persone detenute presso le Strutture carcerarie cantonali da parte dell'EOC e dell'OSC e, quindi, un'accresciuta qualità e professionalizzazione delle cure e delle prestazioni.

Questa nuova organizzazione permette anche di meglio applicare le regole deontologiche e di etica professionale previste dalle direttive e raccomandazioni in materia di prevenzione e cura delle persone private della libertà in vigore a livello nazionale e internazionale.

Il nuovo processo generale di gestione della medicina carceraria garantisce altresì una risposta efficace alle esigenze di tutti gli attori facenti parte della cosiddetta "catena penale".

14. Rapporti con la Polizia

1. Introduzione

La CPC rappresenta da sempre uno dei centri di ricovero a cui la Gendarmeria della Polizia cantonale presta una collaborazione articolata in forme differenti e sulla base di diverse prestazioni. Questa collaborazione è stata adattata e migliorata nel tempo a favore di entrambe le istituzioni. Per alcune casistiche, oltre alla Polizia cantonale anche la Polizia comunale di Mendrisio presta un'importante e adeguata collaborazione, anch'essa adattata e meglio coordinata negli anni.

Nel corso del 2017, dopo un rapporto con cui la Polizia cantonale ha fornito dati statistici e puntuali considerazioni sull'attività riguardante le varie tipologie d'intervento di polizia presso la CPC, le Direzioni del DI e del DSS sono giunte alla conclusione che risultava necessario migliorare e ottimizzare le forme e le modalità d'intervento, di sorveglianza e di custodia presso la CPC. In particolare è stato riconosciuto il livello delle competenze di polizia a garanzia di una maggior sorveglianza di tutto il perimetro e dei differenti padiglioni della CPC.

Con un rapporto del dicembre 2018, la Polizia cantonale ha presentato un ulteriore bilancio delle attività e ha definito con che modalità e con che tipologia di personale si potesse ulteriormente migliorare quanto già messo in campo, in particolare in vista dell'apertura del Centro Pronto Intervento a Mendrisio (CPI) di Mendrisio, a cui è stato attribuito personale del Servizio Gestione Detenuti (SGD) della Gendarmeria, unità preposta al trasporto, alla sorveglianza, al piantonamento, alla gestione e all'assistenza di persone da gestire al di fuori delle Strutture carcerarie secondo l'art. 27b della LPol.

2. Situazione attuale

Attualmente in CPC la Polizia cantonale dispone di due camere securizzate che vengono regolarmente occupate per garantire le cure mediche a favore di detenuti a cui è imposto un ricovero medico specialistico. Questa forma di collaborazione prevede l'attribuzione di responsabilità e compiti ben definiti. In particolare, attribuisce le competenze e definisce le eccezioni previste per i piantonamenti, sulla base di direttive elaborate in collaborazione con la Direzione della CPC e delle Strutture carcerarie cantonali (SCC).

Per quanto attiene agli allontanamenti spontanei dalla CPC di persone ricoverate e non sottoposte a regime di sorveglianza da parte della Polizia, proprio per migliorare la modalità e i contenuti riguardanti gli avvisi che permettono di attivare le misure di polizia, è stato introdotto un modulo d'annuncio da parte della CPC che permette alla Polizia di ricevere la notizia, di diffondere l'informazione e di avviare le attività di ricerca.

È stato anche introdotto un documento condiviso "Priorità d'intervento presso la CPC della Polizia cantonale" che permette la definizione dei gradi di priorità d'urgenza. Attraverso un codice, le cui definizioni sono chiare e comprensibili sia dal punto di vista sanitario che dal punto di vista della polizia, la Polca può dirimere i livelli di intervento (tempi e numero di pattuglie) a seconda dell'urgenza in CPC.

Per le richieste d'intervento riguardanti avvenimenti generici o di collaborazioni non pianificabili, la CPC segue la normale modalità di avviso della Polca.

I regolari contatti e gli ottimi rapporti di stretta collaborazione tra le due istituzioni permettono di garantire un ritmo e flusso regolare delle informazioni e, nei contesti particolarmente delicati o con possibili condizioni di criticità, sono date le condizioni ideali per individuare le migliori soluzioni condivise.

Alcune situazioni riguardanti persone frequentatrici degli spazi aperti del Parco di Casvegno hanno riportato all'attualità l'importanza di poter contare sull'immediatezza di un intervento di sicurezza a garanzia dell'incolumità dei pazienti e del personale infermieristico che opera presso la struttura.

In precedenza, la sorveglianza esterna di tutta l'area era svolta da ronde affidate ad una società privata e unicamente in una fase d'urgenza o di sollecitazione successiva venivano integrate risorse di polizia cantonale o comunale locale. Si è convenuto che una regolare presenza di agenti in divisa avrebbe certamente avuto un effetto preventivo migliorando la sorveglianza del Parco di Casvegno e delle persone che lo frequentano.

A tale scopo, a partire dal novembre 2020, è stata introdotta l'attività degli agenti del Servizio Gestione Detenuti della Polizia cantonale definendo le priorità di intervento, il flusso della catena d'allarme e le modalità d'impiego in merito alla sicurezza che hanno avuto la loro elaborazione anche attraverso un *Protocollo di collaborazione fra Servizio Gestione Detenuti della Polizia cantonale e la Clinica psichiatrica cantonale per il mandato prestazionale a favore dell'OSC*.

3. Breve approfondimento

3.1 Piantonamenti detenuti

Il ritmo dell'attività svolta dal SGD della Polizia a favore della sorveglianza e custodia dei detenuti piantonati ha mantenuto la tendenza al rialzo, in particolare per rapporto alla durata delle singole degenze. Da considerare che il personale SGD impegnato nei piantonamenti, a seguito di aspetti non esclusivamente organizzativi, ma proprio per garantire un regolare e professionale presidio nella sorveglianza, non interviene all'esterno del padiglione in cui trovano posto le due camere securizzate.

Come già indicato nel rapporto del novembre 2016, è stata avviata e attuata la modalità che si integra pure nelle rotazioni di sorveglianza personale delle SCC.

I dati relativi all'attività dei piantonamenti nel periodo 2019-2021 sono i seguenti:

Anno	Persone piantonate	Giorni	Ore eseguite
2019	23	272	4704
2020	20	177	3360
2021 (al 26.10.2021)	9	42	672

3.2 Ricoveri coatti

I ricoveri coatti che la Polizia ha trattato, prendendosi a carico l'avvenimento sin dalle prime fasi, sono un'altra attività che si conferma regolare e importante. Questa attività vede la

polizia sempre di più collaborare anche con i servizi del 144, anche sulla base di una collaborazione adattata ai tempi e alle modalità di intervento.

In tutti questi casi, il trasferimento con ordine medico alla CPC è stato anticipato da un intervento di polizia a sostegno della sicurezza del contesto in cui si è realizzato, dell'eventuale e non regolare accompagnamento dell'individuo presso un Pronto soccorso, seguito dalla successiva visita medica specialistica, e solo in seguito si è proceduto al trasferimento del paziente alla CPC con veicoli dei servizi 144. Quasi regolarmente la Polca, a garanzia e salvaguardia delle condizioni di sicurezza degli stessi sanitari, accompagna e rimane a disposizione fino alla presa in carico medica presso la CPC. Ogni intervento congiunto in CPC segue una pratica che prevede un primo incontro con la Polca per definire l'azione in atto, le competenze sanitarie e di polizia e si conclude con un feedback finale, che permette un confronto immediato anche sulle eventuali criticità rilevate.

3.3 Allontanamenti

La casistica degli allontanamenti rappresenta una tipologia di attività per la quale si è reso particolarmente necessario definire alcuni criteri di priorità.

L'elemento di riferimento maggiormente rappresentativo e importante per definire le misure di polizia è generato dal grado di pericolosità dell'individuo verso sé stesso e verso terze persone. A questo specifico riguardo, il modulo in uso con la CPC prevede la compilazione di un apposito campo informativo che permette di sganciare adeguate misure d'urgenza di polizia.

Anche in questo contesto il ritmo e il flusso delle segnalazioni presenta un quadro che dall'osservatorio della Polizia diviene oggetto di riflessione rispetto agli interventi attuati. Quanto sopra è anche condiviso con i sanitari ai fini di considerare differentemente gli allontanamenti e prevedere gradi di necessità di intervento.

Infatti, i puri e semplici dati riguardanti le segnalazioni che la CPC trasmette alla Centrale comune d'allarme (CECAL) della Polizia devono assolutamente favorire una migliore verifica delle singole tipologie degli allontanamenti e di conseguenza le misure da applicare.

L'allontanamento di un paziente, anche se dall'analisi del rischio non risulta pericoloso, in particolare per terze persone, deve necessariamente imporre una reazione e una presa a carico che richiede tempo e risorse, tanto per assumere le dovute informazioni, quanto in particolare per dare avvio in forma organizzata alle ricerche della persona.

3.4 Collaborazione fra Servizio Gestione Detenuti della Polizia cantonale e la Clinica psichiatrica cantonale a favore dell'OSC

Come detto, in virtù dell'ottima collaborazione instaurata negli anni tra OSC e Polizia cantonale e comunale di Mendrisio, al fine di migliorare l'intervento della Polizia in modo precipuo e strutturato, considerando anche tutte le successive misure e attività che impone un singolo episodio, il Servizio Gestione Detenuti della Polizia è stato potenziato anche per supportare l'OSC.

Questo processo, a partire dalla collaborazione sancita in data 16 novembre 2020, ha visto un maggiore coinvolgimento della Polizia cantonale in quelle situazioni che avrebbero

comportato possibili eventi avversi, in termini di disturbo o aggressività, e che sarebbero stati poi oggetto di ulteriori interventi della Polizia sul sedime di Casvegno o della stessa Clinica psichiatrica cantonale.

L'attribuzione di unità di personale del Servizio Gestione Detenuti della Polizia cantonale con compito - dissuasivo e preventivo - all'interno sia del sedime di Casvegno, che delle strutture dell'OSC in esso esistenti, ha portato al già citato Protocollo di Collaborazione fra Servizio Gestione Detenuti della Polizia cantonale e l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.

Allo scopo di implementare nel miglior modo possibile l'intervento di agenti SGD, da un lato è stata effettuata per tutto il personale SGD una formazione teorica in collaborazione con la responsabile della formazione infermieristica OSC e dedicata alla gestione della relazione con pazienti dell'ambito psichiatrico e, dall'altro, anche una parte pratica pertinente alle attività della Polca, tenuta dal responsabile del Servizio Gestione Detenuti.

Se si approfondisce il Protocollo citato, si rilevano i seguenti punti rispettivamente definiti in ogni dettaglio:

- luogo di intervento
- obiettivo
- attivazione del servizio e priorità di intervento
- luoghi di attività e piano orario
- segreto professionale
- dati statistici
- basi legali
- contatti

Come anticipato, il protocollo circoscrive: la priorità di intervento, il flusso della catena d'allarme e le modalità d'impiego in merito alla sicurezza. Inoltre, vengono descritte le procedure per la presa di contatto da parte degli agenti SGD, rispettivamente con gli operatori dei reparti della CPC e delle unità abitative del CARL al fine di attivare uno scambio di informazioni costante.

Sin dall'inizio della collaborazione congiunta, si è potuto apprezzare il riscontro positivo da parte dei collaboratori ed anche di pazienti e utenti che hanno percepito un chiaro intento dissuasivo e non di mero controllo prevaricante.

È, infatti, da valorizzare l'intervento strutturato degli agenti SGD a scopo preventivo, particolarmente sentito da tutti gli operatori sanitari.

Se ci si focalizza sulle modalità di lavoro degli agenti SGD, si rilevano le seguenti attività che ne chiariscono il quadro di azione:

- almeno 3 pattugliamenti giornalieri sul sedime del parco di Casvegno ad orari irregolari
- intervento al bisogno su chiamata degli operatori sanitari, educativi e del personale OSC
- scambio di informazioni giornaliero con gli operatori sanitari della CPC e settimanale con il referente del CARL su eventuali situazioni critiche.

Riferendosi alla tipologia di interventi in OSC 2020-febbraio 2021, si osserva che vi sono stati incrementi di attività in tre tipologie, in particolare, ovvero:

- allontanamenti
- contenimento di pazienti
- soccorso.

I luoghi degli interventi sono stati sia nel Parco di Casvegno che nella Clinica psichiatrica cantonale.

Le ore dedicate al pattugliamento da novembre a dicembre 2020 sono state 77, mentre nei mesi di gennaio e febbraio 2021 sono divenute 81.

4. Conclusioni

L'aver riconosciuto da parte del DI la necessità di risorse per assumere da parte della Polca i compiti indicati nel *Protocollo di collaborazione fra Servizio Gestione Detenuti della Polizia cantonale e la Clinica psichiatrica cantonale per il mandato prestazionale a favore dell'OSC*, è stato parte integrante di un ulteriore miglioramento sia nella reciproca collaborazione, che nella effettiva gestione di situazioni d'ordine pubblico che potrebbero, in un parco pubblico come quello di Casvegno, assumere dimensioni di media-alta gravità.

L'ottima collaborazione già esistente tra le varie organizzazioni interessate attualmente e l'esito della discussione avvenuta nel 2016 tra i Direttori dei dipartimenti interessati, hanno posto le condizioni ideali per formalizzare l'aumento di 3 UTP a favore del SGD della Gendarmeria. Questa decisione ha permesso da un lato di adeguare il mandato di sorveglianza attribuito ad una società privata e dall'altro di formare ulteriore personale SGD che, in modalità organizzata e professionale, è in condizione di poter svolgere con assoluta e completa competenza i compiti previsti da una regolare e continua sorveglianza esterna e interna del Parco di Casvegno, della CPC e del CARL, oltre agli attuali incarichi previsti dal loro mandato.

Va da sé che a distanza di tempo, dall'inizio della presente collaborazione, si è già potuto apprezzare l'importanza della cogestione di situazioni a rischio, della prevenzione di atti pericolosi verso terzi e della dissuasione anche a protezione dei cittadini che quotidianamente frequentano il Parco di Casvegno.

Da ultimo, è indispensabile riconoscere che detta collaborazione crea la possibilità sia di un confronto costante, che di ulteriori sviluppi nell'auspicio che le diverse competenze si compenetrino, al fine di garantire la diminuzione di eventi indesiderabili e aumentare nell'efficacia degli interventi il sentimento di sicurezza che popolazione, sanitari e socio-operatori percepiscono come essenziale nella quotidianità.

15. Collaborazione del Servizio psico-sociale (SPS) di Chiasso con la Segreteria di Stato della migrazione

Il nuovo modello di collaborazione tra il Servizio psico-sociale (SPS) di Chiasso e i Centri federali d'asilo (CFA) di Chiasso e Balerna-Novazzano, attivo dal mese di aprile 2021, è venuto a complementare i servizi già offerti dal Servizio agli ospiti dei CFA.

Nello specifico prima del 1. aprile 2021, data dell'entrata in vigore del nuovo accordo di collaborazione tra SPS e la Confederazione Svizzera rappresentata dalla Segreteria di Stato della Migrazione (SEM), la presa a carico psichiatrica e/o psicologica e la produzione di referti medici psichiatrici per la procedura di asilo venivano ugualmente forniti dal Servizio.

Già nel 2019 era stato inserito un protocollo di presa a carico dei richiedenti di asilo definendo la modalità di accesso alle strutture dell'OSC (Servizio psico-sociale e Clinica psichiatrica cantonale), mentre nel mese di ottobre 2020 è entrato in vigore il protocollo per la presa a carico di richiedenti di asilo con tossicodipendenze nei CFA di Chiasso e Balerna-Novazzano.

I nuovi servizi offerti dal SPS di Chiasso presso i CFA di Chiasso e Balerna-Novazzano sono stati definiti nell'accordo di collaborazione tra la SEM ed il Servizio psico-sociale, firmato nel marzo 2021.

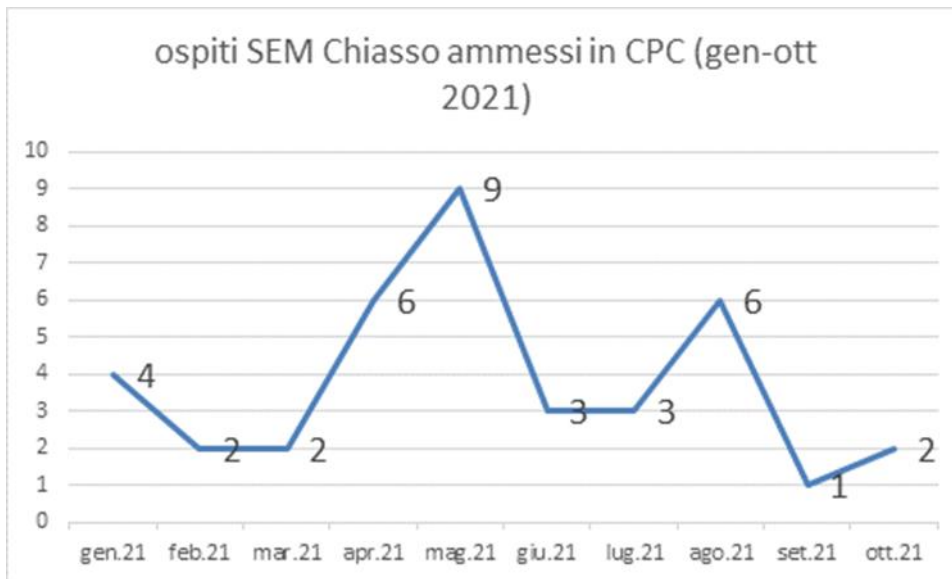
Nello specifico con cadenza settimanale (martedì) e per la durata di 3 ore (14.00-17.00) un medico assistente ed un infermiere del SPS si recano nel CFA di Balerna-Novazzano svolgendo prime consultazioni, ma anche colloqui con pazienti già seguiti dal Servizio e consultazioni urgenti. Il coordinamento degli appuntamenti si effettua tramite il Centro di contatto OSC. Alla fine di ogni consulenza segue un scambio informativo sul caso con il Team del Medic Help.

Come da procedura già attiva per le consulenze presso il Servizio, alla fine del colloquio viene redatto il rapporto F2 (foglio di trasmissione di informazioni mediche) che viene inviato entro 24 ore al Medic Help.

L'attività del medico assistente presso i CFA viene supervisionata dal medico quadro del SPS e nel caso di assenza del medico assistente il medico quadro sostituisce il collega nell'attività presso i CFA.

Come descritto nell'accordo di collaborazione tra SPS e SEM il Servizio offre la possibilità per momenti di intervizione, supervisione e formazione interna del personale infermieristico dei CFA. Dal mese di ottobre 2021 si è iniziato ad adempiere a questo nuovo ruolo invitando inizialmente gli infermieri del Medic Help alle supervisioni di etnopsichiatria presso il Servizio. Prossimo obiettivo è quello di organizzare nel 2022 delle formazioni specifiche di psicotraumatologia ed etnopsichiatria presso i CFA.

Dai dati statistici preliminari (vedi grafico sotto) emerge un trend significativo positivo di riduzione dei ricoveri di pazienti asilanti presso la Clinica psichiatrica cantonale, anche se tale dato dovrà essere confermato con ulteriori analisi statistiche (attualmente in corso).



16. Andamento del numero di ricoveri coatti

1. Introduzione

Il tema dei ricoveri in ospedale psichiatrico contro la volontà dei pazienti è talmente importante da essere considerato in diversi articoli della LASP (Legge sull'assistenza sociopsichiatrica), a tal punto che all'art. 6 (*Ricerca epidemiologica e qualità delle cure*) si dispone l'attuazione del Centro di documentazione e ricerca OSC, che tra i vari compiti svolge anche la rilevazione di tutti i dati relativi agli interventi di coazione. Ciò significa che l'attenzione da anni è posta precipuamente dall'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) sui ricoveri a scopo di assistenza (Ordine medico art. 426 CCS).

Nel corso degli anni, sono state sviluppate riflessioni molto articolate intorno ai contesti, ai portatori di interesse e agli interventi clinici richiesti in particolare alla Clinica psichiatrica cantonale (CPC) sotto forma di ordini medici emessi da diverse istanze sanitarie. Queste riflessioni si sono sempre più orientate su interventi (e relative analisi) che potessero avere un impatto sul tasso dei ricoveri coatti e sulla durata della coazione.

Alla luce di quanto sopra, a partire dal 2016 presso l'OSC tutta una serie di interventi organizzativi e formativi sono stati messi in atto, non solo per cercare di diminuire il numero di ricoveri coatti che giungono in CPC, ma anche per agire, al momento del ricovero, per arrivare ad una trasformazione la più precoce possibile della degenza da coatta a volontaria. A tale scopo sul territorio, dal mese di settembre 2017, i picchetti di I° livello sono stati riorganizzati, per far sì che ogni paziente inviato in regime di ricovero coatto dall'EOC, sia valutato dal picchetto psichiatrico di I° livello dell'OSC. Da giugno a novembre 2017 è stata messa in atto una collaborazione con il Servizio Autoambulanza del Mendrisiotto (SAM), per la quale un infermiere della CPC è stato coinvolto per le chiamate riguardanti pazienti psichiatrici. Inoltre, in CPC dal 2017 è stato introdotto, nella cartella clinica informatizzata, uno spazio per inserire in modo univoco la trasformazione del caso coatto in volontario. Tra il 9 giugno 2017 e l'8 giugno 2018 per ogni ricovero coatto è stato richiesto al medico che ha effettuato l'ammissione di rispondere ad un formulario per valutare la completezza e la correttezza delle informazioni presenti sull'Ordine medico, sia da un punto di vista formale, che sostanziale.

Gli interventi si sono sviluppati in 4 fasi:

- fase 0 (09.03.2017-08.06.2017) fase retrospettiva:
analisi dei dati nei 3 mesi precedenti l'introduzione dei cambiamenti riguardanti i ricoveri coatti in cartella informatizzata
- fase 1 (09.06.2017-08.09.2017):
introduzione dei cambiamenti in cartella informatizzata
- fase 2 (09.09.2017-08.03.2018):
implementazione del pacchetto di interventi
- fase 3 (09.3.2018-08.06.2018):
osservazione dopo l'implementazione del pacchetto di interventi

Le analisi dei dati indicavano che i 2/3 di tutte le ammissioni coatte giunte in CPC provenivano dagli ospedali generali. Osservando l'evoluzione dei dati attraverso le fasi sopra elencate, si evidenziava una tendenza alla diminuzione statisticamente significativa del

numero e della percentuale di ricoveri coatti. Questa diminuzione sembrava però attenuarsi con il tempo poiché sottoposta a determinanti esterne difficilmente influenzabili da parte dei sanitari CPC. Infatti, dalla seconda metà del 2018 e per tutto il 2019 si è assistito ad un graduale incremento. Globalmente nel Cantone e in OSC, si osserva negli ultimi anni, dal 2013 al 2020 una diminuzione della percentuale del numero di ricoveri coatti rapportato al numero globale dei ricoveri. Questo andamento non si rispecchia nei numeri assoluti dei ricoveri poiché questi sono sensibilmente aumentati.

2. Dati statistici

2.1 La situazione in Svizzera

I dati dell'Osservatorio svizzero della salute, OBSAN, indicano che nel 2019 in Svizzera sono state ricoverate coattivamente in psichiatria quasi 15'000 (14'561) persone, ciò che corrisponde ad una percentuale di 19.1% ricoveri coatti sul totale dei ricoveri in istituti psichiatrici, con un tasso del 1.7% di ricoveri coatti per 1'000 abitanti, dei quali il 53% era rappresentato da uomini e il 47% da donne. Le diagnosi prevalenti erano di schizofrenia e sindromi e disturbi deliranti nella misura del 28%, di disturbi affettivi (18%) e di sindromi e disturbi da uso di sostanze psicoattive 16%. Più di un quarto (28.4%) delle persone ricoverate con una decisione di ricovero coatto sono state dimesse entro una settimana. Solo poco più di un quinto dei ricoveri è durato per più di 7 settimane. Si evidenziava inoltre una significativa variabilità fra Cantoni: da 0.42 ricoveri coatti su 1'000 abitanti in Appenzello Interno, a 2.34 nel Canton Sciaffusa. Il Ticino si collocava in linea con la media nazionale con un indice del 1.73. La media nazionale era di 1.68.

Nel rapporto pubblicato nel 2018 dall'OBSAN³⁵ riguardante i ricoveri a scopo d'assistenza in Svizzera nel 2016, sono state indicate alcune variabili che, secondo la letteratura, potrebbero spiegare le differenze nel tasso di ricorso alla misura di coercizione: le differenti legislazioni cantonali in materia, il grado di urbanizzazione, il tipo di organizzazione delle strutture psichiatriche, la formazione dei medici invianti e, non da ultimo, il livello di tolleranza della popolazione rispetto al disagio e alle sue manifestazioni. Per quel che riguarda i diversi tipi di legislazioni cantonali e il tasso di urbanizzazione i dati OBSAN non sembrano mostrare differenze significative.

Mancano dati attuali per paragonare la situazione a livello internazionale, ma le tendenze rilevate in Svizzera sono in linea con quanto si osserva in Germania e Austria.

2.2 La situazione in Ticino

Per avere un quadro d'insieme della situazione, riportiamo di seguito i dati riguardanti i ricoveri a scopo di assistenza emessi nel Canton Ticino tra il 2013 e il 2019 (i dati cantonali del 2020, sono ancora in fase di elaborazione).

³⁵ Schuler, Daniela et al. (2018). "Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien". *OBSAN Bulletin 02/2018*. Neuchâtel: OBSAN. Il rapporto si basa sui dati del 2016, in quanto, per la prima volta, i dati a livello della Confederazione potevano ritenersi sufficientemente completi e di buona qualità, tanto da permetterne un'analisi comparata.

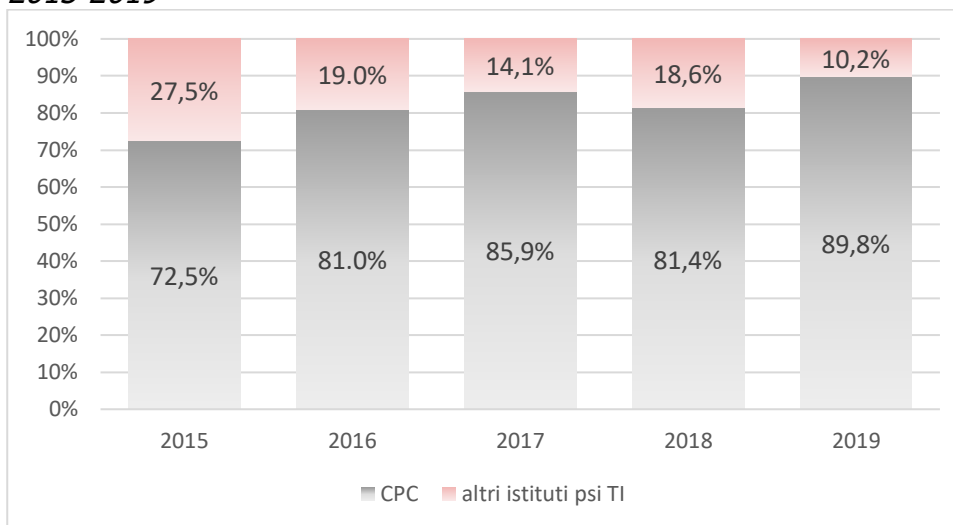
Secondo i dati dell'Ufficio federale di statistica per le statistiche sanitarie (*Statistica medica federale*)³⁶: l'evoluzione negli anni (dal 2013) mostra una sostanziale stabilità della percentuale di ricoveri coatti rispetto al totale delle ospedalizzazioni, con una tendenza alla diminuzione.

Tabella 1 Evoluzione ricoveri volontari o coatti e % sul totale delle ammissioni in Ticino (2013-2019)

	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Coatto	675	25.0	656	23.3	730	25.0	732	23.7	717	22.7	601	19.3	665	21.3
Volontario	2023	75.0	2164	76.4	2190	75.0	2358	76.3	2439	77.3	2510	80.7	2464	78.7
Totale	2698		2820		2920		3090		3156		3111		3129	

Se si osserva però la ripartizione dei ricoveri coatti nei diversi istituti psichiatrici ticinesi, si nota la preponderanza di ricoveri coatti che giungono in CPC, rispetto agli altri istituti. Questa percentuale risulta in crescita, se si considera che nel 2015 erano poco più del 70%, mentre nel 2019 sono arrivati al 90% dei ricoveri coatti ticinesi accolti in CPC.

Figura 1 Ripartizione % nei diversi istituti psichiatrici in Ticino dei ricoveri coatti: evoluzione 2013-2019



Ammissioni coatte in CPC evoluzione

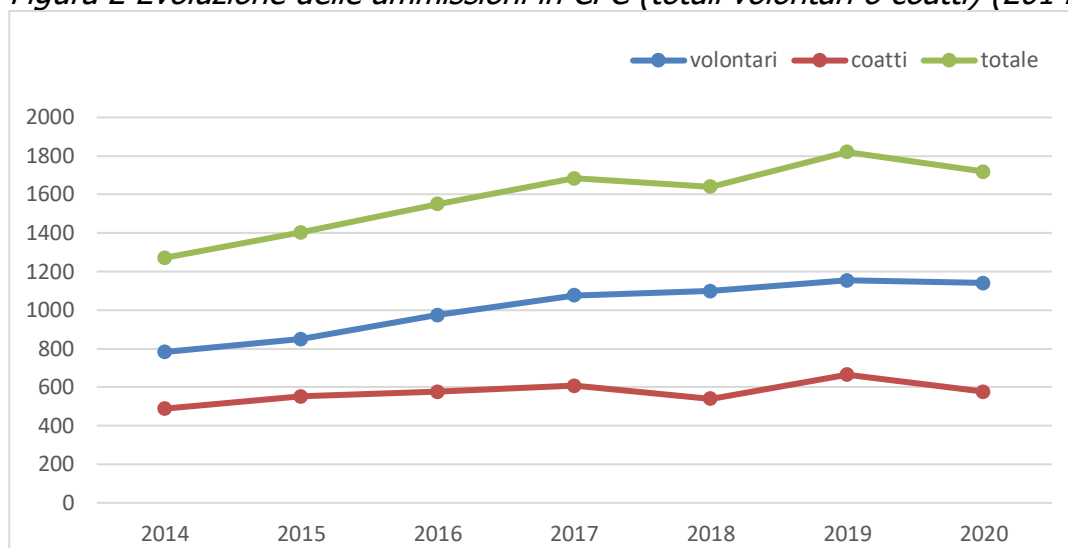
La percentuale di ricoveri coatti oscilla dal 33 al 39%, con una sostanziale tendenza alla diminuzione della proporzione di coatti dal 2014.

³⁶ Per casi nella statistica medica federale si intendono i casi dimessi nell'anno, dal 2018 questi casi vengono espressi secondo le regole TARPSY, per cui le degenze di uno stesso paziente ammesso nei 18 giorni dopo la dimissione vengono raggruppati in un'unica degenza che tiene conto unicamente della modalità di ricovero della prima ammissione.

Tabella 2 Evoluzione ricoveri volontari o coatti e % sul totale delle ammissioni (2014-2020)

	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Coatto	489	38.3	553	39.4	577	37.2	608	36.1	541	33.0	665	36.5	577	33.6
Volontario	783	61.7	850	60.6	974	62.8	1076	63.9	1099	67.0	1155	63.5	1141	66.4

Figura 2 Evoluzione delle ammissioni in CPC (totali volontari o coatti) (2014-2020)



Considerando gli ultimi 4 anni, i due terzi dei ricoveri coatti provengono dagli ospedali generali.

Tabella 3 Ricoveri coatti: segnalanti per anno di ammissione (2017-2020)

	2017		2018		2019		2020	
	N=608	%	N=541	%	N=665	%	N=577	%
Ospedale generale	387	63.7	360	66.5	456	68.6	382	66.2
SPS / SPPM	76	12.5	53	9.8	77	11.6	77	13.3
Psichiatra privato	49	8.1	47	8.7	46	6.9	48	8.3
Medico privato non psi	35	5.8	17	3.1	30	4.5	28	4.9
Ambulanza	24	3.9	26	4.8	19	2.9	6	1.0
Medico carcere	15	2.5	13	2.4	17	2.6	12	2.1
Altra clinica psichiatrica	1	0.2	6	1.1	5	0.8	8	1.4
ARP	13	2.1	15	2.8	7	1.1	14	2.4
Antenne	5	0.8	1	0.2	4	0.6	1	0.2
Altro	3	0.5	3	0.6	4	0.6	1	0.2

Osservando più attentamente (Tab. 3) i dati delle ammissioni coatte provenienti dagli ospedali generali, notiamo una distribuzione in tutte le sedi dell'Ente Ospedaliero Cantonale (nel 2020 La Carità ha subito un calo dovuto alla trasformazione per mesi in ospedale dedicato al Covid).

Tabella 4 Ricoveri coatti segnalanti dagli ospedali generali per anno di ammissione (2017-2020)

	2017		2018		2019		2020	
	N=387	%	N=360	%	N=456	%	N=382	%
OCL	64	16.5	81	22.5	107	23.5	145	38.0
OIL	54	14.0	52	14.4	55	12.1	14	3.7
OBV	80	20.7	53	14.7	88	19.3	69	18.1
OSG	82	21.2	89	24.7	112	24.6	93	24.3
La Carità	83	21.4	60	16.7	80	17.5	36	9.4
Altro	24	6.2	25	6.9	14	3.1	25	6.5

Ammissioni coatte in CPC 2019-2020: caratteristiche

Per poter offrire un'immagine delle caratteristiche delle persone che afferiscono in CPC in regime di coazione, ci riferiamo di seguito a tutti gli invii relativi al biennio 2019-2020.

È interessante notare che quasi il 50% dei pazienti ammessi coattivamente ha un problema di dipendenza (presenza di una diagnosi F10-19 come principale o secondaria) e il 22% ha presentato un problema legato all'intossicazione da alcol o sostanze (con una differenza significativa rispetto alle ammissioni volontarie dove rappresentano il 12%).

Un altro aspetto significativo è legato al fatto di essere al primo ricovero in CPC. Il 44% dei pazienti ammessi coattivamente non aveva mai avuto altri ricoveri in CPC (contro il 28% dei volontari). Questo dato è particolarmente delicato se si pensa che in tutta la letteratura scientifica uno dei maggiori fattori di rischio per un'ammissione coatta in ospedale psichiatrico è proprio il fatto di avere già avuto altre ammissioni non volontarie in precedenza.

Tabella 5 Ammissioni coatte CPC 2019-2020: caratteristiche e diagnosi

	2019		2020	
	N=665	%	N=577	%
Sesso				
- uomo	419	63.0	325	56.3
- donna	246	37.0	252	43.7
Età media età all'ammissione	49.18		48.06	
Ricoveri precedenti in CPC				
- 1° ricovero	287	43.2	254	44.0
- 2°-3° ricovero	138	20.8	143	24.8
- 4°-10° ricovero	119	17.9	105	18.2
- 11°-20° ricovero	71	10.7	35	6.1
- 21° ricovero o più	50	7.5	40	6.9
Diagnosi principale				
- F0	61	9.2	50	8.7
- F10	94	14.1	79	13.7
- F11	26	3.9	35	6.1
- F2	172	25.9	167	28.9
- F3	145	21.8	108	18.7
- F4	43	6.5	50	8.7
- F5	3	0.5	1	0.2
- F6	90	13.5	61	10.6
- F7	8	1.2	8	1.4
- F8	3	0.5	3	0.5
- F9	11	1.7	12	2.1
- non F	9	1.4	3	0.5

Dg F10-19 (princ o sec)				
- dg F10-F19	324	48.7	270	46.8
- nessuna dg F10-9	341	51.3	307	53.2
Intossicazione				
- sì	146	22.0	129	22.4
- no	519	78.0	448	77.6

Il 46% delle ammissioni coatte avviene negli orari "notturni" tra le 19 e le 7 del mattino (mentre tra i volontari questa percentuale è circa del 30%) e il 23% durante il weekend o nei giorni festivi.

La durata media della degenza dei pazienti coatti è stata, per i casi ammessi nel 2020, di 20.76 giorni. Si deve osservare che il 20% delle degenze coatte dura 5 giorni o meno.

Il 30% sono stati trasformati nella prima settimana di degenza (il 13% addirittura nelle prime 72 ore).

Tabella 6 Ammissioni coatte CPC 2019-2020: momento dell'ammissione, durata della degenza e trasformazione in volontario

	2019		2020	
	N=665	%	N=577	%
Orario d'ammissione				
- 8-18	357	53.7	310	53.7
- 19-7	308	46.3	267	46.3
Giorno d'ammissione				
- feriale	492	74.0	446	77.3
- festivo o weekend	173	26.0	131	22.7
Durata della degenza				
- 5 giorni o meno	160	24.1	116	20.2
- 6-10 giorni	120	18.0	117	20.4
- 11-20 giorni	135	20.3	125	21.8
- 21-30 giorni"	91	13.7	95	16.6
- 31-60 giorni	111	16.7	94	16.4
- 61 giorni o più	48	7.2	26	4.5
Trasformazione in volontario prima della dimissione				
- sì	441	66.3	365	63.3
- no	224	33.7	212	36.7
Trasformazioni giorni dall'ammissione				
- 3 giorni o meno	106	15.9	74	12.8
- 4-7 giorni	114	17.1	94	16.3
- 8-14 giorni	100	15.0	80	13.9
- 15-30 giorni	81	12.2	88	15.3
- 31 giorni o più	40	6.0	29	5.0
- non trasformato	224	33.7	212	36.7
Media giorni ammissione/trasformazione	12.11		12.27	

Facendo delle analisi bivariate per valutare il grado di associazione tra la trasformazione precoce del ricovero coatto in volontario, si può notare un'associazione significativa con la diagnosi principale, la presenza di una diagnosi di dipendenza, l'intossicazione da sostanze, l'orario e il giorno dell'ammissione, il segnalante e il numero di ricoveri precedenti e la durata della degenza.

Se prendiamo in considerazione i pazienti trasformati in volontari nelle prime 72 ore dall'ammissione (ma un discorso parallelo si potrebbe fare su quelli trasformati nella prima settimana) possiamo vedere la seguente situazione.

Tabella 7 Ammissioni coatte 2019-2020 trasformate in volontarie nelle prime 72 h di ricovero: caratteristiche

	2019		2020	
	N=106 (220)	%	N=74 (168)	%
Orario d'ammissione				
- 8-18	41	38.7	37	50.0
- 19-7	65	61.3	37	50.0
Giorno d'ammissione				
- feriale	70	66	51	68.9
- festivo o weekend	36	34	23	31.1
Segnalante				
- ospedale generale	90	84.9	59	79.7
- SPS/SMP	7	6.6	4	5.4
- psichiatra privato	4	3.8	5	6.8
- medico privato non psichiatra	-	-	4	5.4
- ambulanza	2	1.9	1	1.4
- altro	3	2.7	1	1.4
Ricoveri precedenti in CPC				
- 1° ricovero	51	48.1	45	60.8
- 2°-3° ricovero	23	21.7	16	21.6
- 4°-10° ricovero	15	14.2	5	6.8
- 11°-20° ricovero	10	9.4	1	1.4
- 21° ricovero o più	7	6.6	7	9.5
Durata della degenza				
- 5 giorni o meno	75	70.8	51	68.9
- 6-10 giorni	11	10.4	12	16.2
- 11-20 giorni	14	13.2	5	6.8
- 21-30 giorni	5	4.7	2	2.7
- 31-60 giorni	-	-	2	2.7
- 61 giorni o più	1	0.9	2	2.7
Diagnosi principale				
- F0	-	-	1	1.4
- F10	35	33.0	15	20.3
- F11	7	6.6	8	10.8
- F2	14	13.2	5	6.8
- F3	11	10.4	13	17.6
- F4	14	13.2	21	28.4
- F5	-	-	1	1.4
- F6	13	12.3	9	12.2
- F7	-	-	-	-
- F8	-	-	-	-
- F9	8	7.5	-	-
- non F	4	3.8	1	1.4
Dg F10-19 (princ. o sec.)				
- dg F10-F19	66	62.3	46	62.2
- nessuna dg F10-9	40	37.7	28	37.8
Intossicazione				
- sì	42	39.6	30	40.5
- no	64	60.4	44	59.5

Nel 2020 l'80% delle degenze trasformate nelle prime 72 ore proveniva da un ospedale generale. Nel 61% dei casi i pazienti erano al loro primo ricovero in CPC. Quasi nel 70% dei casi la degenza è durata 5 giorni o meno.

È molto interessante notare che nel 62% dei casi coatti trasformati precocemente si tratta di pazienti che presentano una diagnosi legata alla dipendenza da sostanze (66% se si considerano le trasformazioni fatte nella prima settimana di ricovero) e nel 40% dei casi pazienti che hanno presentato un'intossicazione da sostanze e/o alcol.

3. Piano d'azione per ridurre al minimo i ricoveri coatti impropri

Come si può evincere da quanto esposto sopra, il tema è molto attuale a livello nazionale e particolarmente sentito presso l'OSC, poiché, nonostante si abbia a disposizione solo la metà dei letti psichiatrici del Cantone, il 90% dei ricoveri coatti arriva in CPC.

Già in passato l'OSC si è preoccupata dell'adeguatezza delle misure di ricovero a scopo di assistenza e, nel corso degli anni, ha svolto un'azione di sensibilizzazione e messo in atto diverse misure per attenuare il fenomeno e pertanto saluta con favore un'iniziativa che vada in tal senso.

3.1 Azioni intraprese in CPC

La CPC non ha purtroppo la possibilità di agire in modo diretto sul numero dei ricoveri coatti che afferiscono ai propri reparti, numeri che possono invece essere molto influenzati da quel che succede sul territorio.

Diverso il discorso per quanto riguarda la durata della misura durante la degenza. Sappiamo che, per quanto una coazione possa essere l'unica via percorribile in determinate situazioni, non è certo una condizione favorevole per impostare una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sull'aderenza da parte del paziente ad un progetto di cura. Una terapia può essere davvero efficace solo se si basa su questi presupposti. È pertanto interesse dei curanti sciogliere questo tipo di coercizione appena sia possibile farlo, proprio per intraprendere un percorso basato sull'alleanza terapeutica fra paziente e i suoi curanti.

Per sensibilizzare i medici alla delicatezza della misura di ricovero coatto, tra il 9.6.2017 e l'8.6.2018, per ogni ricovero coatto è stato richiesto al medico che ha effettuato l'ammissione di rispondere ad un formulario per valutare la completezza e la correttezza delle informazioni presenti sull'ordine medico, sia da un punto di vista formale, che sostanziale. Era inoltre richiesta una valutazione soggettiva rispetto all'adeguatezza della misura coercitiva nella specifica situazione clinica.

Per favorire lo scioglimento della misura di coazione in tempi brevi, dal 2017 è stato introdotto nella cartella clinica informatizzata uno spazio per inserire in modo univoco la trasformazione del ricovero coatto in volontario e sono state predisposte delle visualizzazioni per permettere di avere una visione immediata dei pazienti ancora in regime di ricovero coatto nel corso delle consegne medico-infermieristiche, in modo da poter valutare costantemente l'appropriatezza della misura di coazione. Questo ha portato ad una diminuzione del tempo medio di scioglimento del ricovero coatto, che è passato da 16 giorni

dall'ammissione nel primo semestre del 2017, ad una stabilizzazione a 12 giorni nel 2019 e 2020.

La CPC cerca il più possibile di agganciare i pazienti ai Servizi psico-sociali (SPS) o a medici psichiatri privati e ai servizi per le dipendenze per dare continuità alla presa in carico e per assicurare un processo di prevenzione terziaria efficace. In tale logica, la preparazione della dimissione fin dai primi giorni di degenza, in collaborazione con il servizio sul territorio, permette di scongiurare ricadute, di prolungare il periodo di benessere e di intervenire tempestivamente ai primi segnali di crisi, in modo da evitare il ricorso a ricoveri coatti in futuro.

3.2 Azioni intraprese sul territorio

- Interventi di formazione e sensibilizzazione
L'OSC si è fatta carico in passato di puntuali interventi di sensibilizzazione presso l'EOC e altri partner sul territorio.
- Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM): supporto EOC
Considerato il fatto che quasi il 70% dei ricoveri coatti sono decisi dall'EOC, il ruolo della psichiatria di liaison e consulenza, garantito dal SPPM riveste un'importanza cruciale. L'intervento del medico di liaison fornisce una consulenza a tutti i pazienti che si rivolgono ai PS dell'EOC per problemi psichici, o ai pazienti degenti in ambito somatico che necessitano, per la presenza di una comorbidità psichiatrica, di un intervento specialistico. Se fino al 2012 il SPPM era attivo prevalentemente presso gli ospedali dell'EOC della città di Lugano, la collaborazione con l'EOC negli ultimi otto anni si è intensificata e ha permesso di offrire questo tipo di prestazione presso tutti gli ospedali dell'EOC, nei giorni feriali, sull'arco della giornata.
- Riorganizzazione dei picchetti medici dell'OSC
L'OSC mette a disposizione dei PS e dei reparti di tutti gli ospedali dell'EOC un picchetto, garantito dal proprio personale medico, per intervenire 24/24, 7/7 per la valutazione di persone sofferenti di problemi psichici che si rivolgono ai PS o che sono degenti in reparti dell'EOC. Per contribuire alla riduzione degli ricoveri coatti, dal mese di settembre del 2017 si è definito un protocollo concordato con l'EOC, secondo il quale, ogni paziente, per il quale si pensa di dover disporre una misura di privazione della libertà a scopo di assistenza, deve essere valutato di persona anche dal medico di picchetto di primo livello dell'OSC. Tale consulenza dev'essere prestata entro al massimo 45 minuti dalla richiesta. L'obiettivo di questa misura è di porre una diagnosi appropriata, valutare soluzioni alternative ad un ricovero o ad un ricovero coatto e, dove necessario, iniziare una presa in carico specialistica già presso il pronto soccorso e/o un aggancio sul territorio. In tal senso si è predisposto che negli SPS siano disponibili degli appuntamenti con un medico il giorno successivo la consulenza, per i pazienti valutati dal medico di picchetto.
- Collaborazione OBV-OSC-SAM
Da inizio 2020, dopo una fase pilota svoltasi negli anni precedenti, si è consolidato il progetto di collaborazione infermieristica nella presa in carico di pazienti con problemi psichiatrici in ambito pre-ospedaliero e ospedaliero, garantita dall'équipe mobile della CPC, a supporto dei colleghi del Servizio Autoambulanza del Mendrisiotto, in circostanze in cui sia necessario soccorrere un paziente con problemi psichiatrici. L'équipe mobile è

un'équipe infermieristica della CPC, che svolge la sua attività a supporto dei reparti della clinica, in situazioni acute e che richiedono un'assistenza intensiva e/o che determinano un carico assistenziale particolarmente elevato. Nell'intervento pre-ospedaliero, la presenza dell'operatore con formazione e esperienza specialistica consente, da un lato, di migliorare la presa in carico e offrire una risposta specialistica tempestiva, dall'altro, di favorire più facilmente l'accettazione del ricovero da parte del paziente, senza dover ricorrere alla coercizione e questo in virtù del fatto che si offre un supporto specialistico direttamente sulla scena dell'intervento, spesso garantito da personale che conosce il paziente per pregressi contatti con la psichiatria pubblica, aspetto questo che contribuisce alla compliance. La collaborazione è stata estesa, a partire dall'autunno del 2019, anche all'OBV e prevede, su chiamata, l'intervento dell'équipe mobile per la gestione in ospedale somatico di tutte quelle situazioni che richiedono anche delle competenze specialistiche psichiatriche. Il ricorso a questa risorsa è però ancora sporadico e dovrà quindi essere svolto un lavoro di maggiore sensibilizzazione presso le équipe infermieristiche dell'OBV.

- Il contributo del progetto di Home treatment (HT)
Il progetto HT, ora diventato a tutti gli effetti un servizio della CPC offerto sul territorio a domicilio dei pazienti in fase acuta, oltre ad avere il grande merito di offrire l'intervento laddove il disagio e il disturbo si manifestano, garantisce tutti quei presupposti che consentono al paziente di vivere la presa in carico specialistica in modo meno coercitivo, facilitandone l'adesione alla cura. In questo clima diventa più facile veicolare la necessità di un aiuto, che, nella maggior parte dei casi, il paziente accetta di buon grado, ciò che consente di non dover ricorrere alla coazione e soprattutto al trasferimento del paziente in regime stazionario.

3.3 Azioni intraprese a livello nazionale

- Ricerca in atto commissionata dal Dipartimento federale di giustizia con coinvolgimento del Cantone Ticino
Ci preme segnalare che di recente l'OSC è stata coinvolta in uno studio per valutare le prassi relative all'applicazione di misure di privazione della libertà a scopo di assistenza previste dal Codice civile in Svizzera. Lo studio è stato commissionato dal Dipartimento federale di giustizia e polizia alle cliniche universitarie di Zurigo e di Basilea Campagna, che a loro volta hanno coinvolto altre organizzazioni psichiatriche svizzere, tra cui la CPC. Il progetto di ricerca, che si svolge nel periodo fra aprile e dicembre 2021, prevede diverse fasi, fra le quali un sondaggio strutturato mediante questionario a persone o gruppi di persone interessate (pazienti, persone a loro vicine o familiari, persone di fiducia, organizzazioni di persone interessate, medici invianti o curanti, personale delle istituzioni di accoglienza, personale delle ARP e dei tribunali).

In una fase successiva saranno approfondite le problematiche legate al ricovero a scopo di assistenza (RSA) mediante interviste a dei rappresentanti dei diversi gruppi di persone coinvolte nella prima fase. Non da ultimo saranno svolte delle interviste con persone che hanno recentemente vissuto l'esperienza di un RSA.

Compiti futuri

- Mantenimento delle formazioni promosse da OSC per i medici dell'OSC
L'obiettivo principe di qualsiasi presa in carico dovrebbe essere quello di seguire un paziente con il suo accordo e attraverso una sua partecipazione attiva al processo di costruzione del percorso terapeutico e riabilitativo. La sensibilizzazione e la formazione in tal senso sono alla base di qualsiasi azione futura. Occorre pertanto immaginare ulteriori proposte formative a beneficio dei medici dell'OSC volte a tenere alta l'attenzione e la sensibilità al tema del ricorso allo strumento del ricovero coatto, solo quale misura estrema, dopo che tutte le alternative sono state considerate e aumentare la competenza agire di conseguenza.
- Coinvolgimento Ordine dei medici
Analogamente a quanto immaginato per i medici dell'OSC, occorre coinvolgere l'Ordine dei medici per implementare un progetto formativo sul ricovero coatto, sull'appropriatezza della misura e sulle corrette modalità di redazione del certificato. Si propone in particolare un pomeriggio all'anno di formazione sul tema dell'urgenza in psichiatria, sul ricorso ad un'eventuale privazione della libertà e sull'adeguata procedura.
- Intervento multiprofessionale nelle situazioni acute SPS
Dai dati esposti sopra si evince che il ricorso al ricovero in regime di coazione avviene prevalentemente a partire da ospedali di cure generali e solo in minima parte da consultazioni avvenute nell'ambito della presa in carico presso SPS o SMP. Cionondimeno si rileva come questi ultimi siano comunque il 13% del totale dei ricoveri coatti avvenuti nel 2020. Risulta pertanto importante un'azione di sensibilizzazione anche in seno alle équipes dei SPS e la necessità di stabilire delle misure accompagnatorie. Da un'osservazione empirica svolta su un numero esiguo di situazioni acute prese in carico a livello territoriale da parte dell'OSC, si è potuto rilevare che, se durante il sopralluogo o rispettivamente la consultazione nel momento acuto che precede l'eventuale ricovero, si è potuto affrontare la valutazione e il colloquio con il paziente alla presenza di più figure professionali (es. medico e infermiere in salute mentale), ciò ha permesso di stemperare il portato emotivo del paziente, attenuarne l'opposizione e evitare il ricorso alla coercizione e/o intravedere delle possibilità di intervento domiciliare e ambulatoriale garantendo un'intensità di cure proporzionale alla criticità della situazione. S'intende quindi favorire questo tipo di intervento.
- Introduzione di figure infermieristiche specializzate in salute mentale e psichiatria nei PS dell'EOC
Potrebbe essere opportuna l'introduzione di figure infermieristiche specializzate in salute mentale e psichiatria nei PS dell'EOC per la gestione delle situazioni acute e per favorire un triage oculato, specialmente in quelle situazioni in cui la sintomatologia florida e il comportamento disfunzionale del paziente potrebbero essere esacerbati dalle risposte dei curanti e dal contesto non specialistico e di emergenza.
La presenza di un medico psichiatra e di infermieri specializzati in salute mentale e psichiatria potrebbe inoltre permettere la permeanza in un contesto protetto e competente per la risposta ad emergenze somatiche in pazienti che giungono all'osservazione per uno stato d'intossicazione acuta da sostanze alcoliche o stupefacenti. Questi potrebbero essere dimessi dopo un congruo periodo di osservazione clinica

somatica ed agganciati ai servizi territoriali preposti, senza un inutile passaggio in psichiatria stazionaria.

- Estensione del progetto SAM-OSC-OBV

L'esperienza del progetto SAM-OSC-OBV potrebbe essere intensificata ed estesa come segue:

- sensibilizzazione ai reparti dell'OBV per attivare la risorsa infermieristica dell'équipe mobile con tempestività;
- estensione dell'esperienza su altri distretti del territorio, soprattutto sul Bellinzonese. Questo comporterebbe il rafforzamento delle équipes territoriali del Sopraceneri.

- Modifica del dispositivo di legge

Le evidenze scientifiche dimostrano che ciò che risulta decisivo a livello internazionale nel contenere il numero dei coatti è il dispositivo di legge. Infatti, dove più persone hanno la facoltà di disporre ricoveri coatti, vi si ricorre con più frequenza. Laddove invece il numero di chi è abilitato a farlo è minore o dove ci sono ulteriori ostacoli o istanze da interpellare (es. seconda opinione, avallo del sindaco, ecc.), diminuisce la frequenza del ricorso alla coazione.

La prassi relativa alla disposizione di un ricovero coatto rischia, di conseguenza, di essere troppo dipendente dalla cultura degli operatori con l'eventualità che, a lungo andare e ricorsivamente, si osservi una desensibilizzazione degli stessi.

Per assicurare che la procedura di coazione sia utilizzata sempre con oculatezza e che non sia eccessivamente soggetta alle variabili culturali, occorre pertanto agire a monte tramite un intervento normativo e quindi sul dispositivo legislativo, creando delle barriere maggiormente vincolanti rispetto ad oggi.

17. Sintesi e conclusioni

In questo capitolo della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025 verranno riprese schematicamente le diverse proposte operative contenute nelle schede programmatiche. Per ogni misura si è provveduto a quantificare il costo lordo e netto.

Proposte per pazienti minorenni

1. Unità di cura integrata per minorenni

Proposta	Unità	Costo
Disporre di un'offerta stazionaria (reparto di 10 letti), semi-stazionaria (5 posti ospedale di giorno), di un'équipe mobile (5 posti Home treatment) e potenziamento DCA (3 posti letto) per adolescenti	35.5	CHF 5.22 mio lordo CHF 3.25 mio netto
5.8 UTP sono già dedicate alla presa a carico di minori in ambito stazionario pertanto le unità supplementari per questo potenziamento sono 29.7 con un costo di CHF 3.52 mio a cui si aggiungono altri costi per CHF 0.87 mio.		
Totale	29.7	CHF 4.39 mio lordo CHF 3.25 mio netto

2. Efficacia e qualità dei Centri psico-educativi (CPE)

Proposta	Unità	Costo
Creazione di un nuovo CPE nella zona del Luganese	7	CHF 0.79 mio lordo CHF 0.49 mio netto
Potenziamento dell'organico del CPE di Stabio	2	CHF 0.22 mio lordo CHF 0.15 mio netto
Ampliamento del CPE di Gerra Piano e potenziamento dell'organico	4	CHF 0.45 mio lordo CHF 0.28 mio netto
Antenna CPE nelle Tre Valli	1	CHF 0.11 mio lordo CHF 0.07 mio netto
2 UTP supplementari sono già state concesse nel quadro del Preventivo 2020. Le unità supplementari per questo potenziamento sono quindi 12 con un costo di CHF 1.34 mio al lordo, CHF 0.84 mio al netto.		
Totale	12	CHF 1.34 mio lordo CHF 0.84 mio netto

3. Ifigenia

Proposta	Unità	Costo
Offerta di prevenzione e terapeutica per famiglie con un genitore affetto da un disturbo psichico	0.5	CHF 0.06 mio lordo CHF 0.06 mio netto
0.2 UTP è già stata confermata. L'unità supplementare per questo potenziamento è quindi uno 0.3 con un costo di CHF 0.04 mio al lordo e al netto.		
Totale	0.3	CHF 0.04 mio al lordo e al netto

Proposte per pazienti maggiorenni

4. Centro crisi e riduzione della suicidalità

Proposta	Unità	Costo
Creazione di un centro crisi per brevi degenze per pazienti che necessitano una presa a carico stazionaria	-	Nessun costo
Consulenza per pazienti che hanno tentato il suicidio	1	CHF 0.15 mio lordo CHF 0.15 mio netto
1 UTP supplementare è già stata concessa nel quadro del Preventivo 2021. L'onere è quindi già in tendenza.		
Totale	-	Nessun costo aggiuntivo

5. Équipe mobile al CARL

Proposta	Unità	Costo
Équipe mobile al CARL per la gestione di situazioni complesse e per l'aumento di 6 posti con l'apertura del Mottino ristrutturato	-	Nessun costo aggiuntivo
8.8 UTP supplementari sono già state concesse nel quadro del Preventivo 2022. L'onere è quindi già in tendenza.		
Totale	-	Nessun costo aggiuntivo

6. Home treatment

Proposta	Unità	Costo
Estendere l'offerta terapeutica di "Home treatment" a altre regioni del Cantone dopo il progetto pilota.	-	Nessun costo

7. Psichiatria carceraria

Proposta	Unità	Costo
Progetto già avviato e finanziato attraverso il Dipartimento delle istituzioni.	-	Nessun costo a carico OSC

8. Psicotraumatologia

Proposta	Unità	Costo
Offerta di presa a carico congiunta, tra CPC, servizi territoriali OSC e psichiatri-psicoterapeuti con studio privato.	-	Nessun costo

9. Psicogeriatrica

Proposta	Unità	Costo
Estendere l'offerta terapeutica del Servizio psicogeriatrico a tutto il territorio ticinese	-	Costo a carico della Pianificazione LANz/LACD

Aumento totale dei costi per le proposte operative previste nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025

Le unità di personale supplementari previste per mettere in atto le proposte operative contenute nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025 sono quantificate in 42 UTP. Il loro costo totale ammonta a CHF 5.77 mio al lordo, CHF 4.13 mio al netto, escluse le spese per le sistemazioni logistiche.

Nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025 si propongono progetti attorno a tre temi:

- offerte terapeutiche per bambini e adolescenti con disturbi psichiatrici;
- diversificazione e ottimizzazione delle offerte terapeutiche in ambito della psichiatria per adulti;
- offerte per gruppi specifici (pazienti che hanno tentato il suicidio, famiglie con un genitore con un disturbo psichiatrico, pazienti con una diagnosi di sindrome post traumatico da stress) con aspetti preventivi e terapeutici.

Con le proposte per gli adolescenti con disturbi psichiatrici si completerà l'offerta di prestazioni psichiatriche, colmando una lacuna che concerne gli adolescenti per i quali non esiste una struttura psichiatrica stazionaria specializzata. Fin dall'inizio si propone un progetto che mira ad evitare ricoveri e soprattutto ricoveri lunghi in ambito psichiatrico offrendo delle alternative come l'Home treatment o l'ospedale di giorno, permettendo comunque la possibilità di un ricovero in un reparto specializzato per gli adolescenti per i quali un ricovero è inevitabile.

Il potenziamento dei CPE risponde invece all'aumentata richiesta di interventi per bambini con situazioni complesse legate a problemi psichiatrici.

Si tratta di due progetti con un costo importante che si giustifica però con il fatto che intervenendo sugli adolescenti si possono prevenire sviluppi sfavorevoli e costi successivamente ancora più alti, oltre a naturalmente migliorare la qualità della vita dei giovani in situazione di disagio e delle loro famiglie.

La diversificazione delle offerte terapeutiche in ambito della psichiatria degli adulti permette un approccio più mirato al bisogno dei pazienti. L'offerta dell'Home treatment, per esempio, permette alle persone di rimanere nel proprio ambiente e di non dover interrompere i contatti sociali come può succedere durante un ricovero, soprattutto se si rivela necessario un lungo ricovero, in una clinica psichiatrica. Il Centro crisi invece risponde al bisogno di pazienti che spesso, come reazione ad un evento stressante o traumatico, necessitano di una presa a carico psichiatrica intensiva di qualche giorno in ambito stazionario, senza però dover ricorrere a una clinica psichiatrica. Entrambe le offerte non richiedono ulteriore personale in quanto si prevede un trasferimento delle risorse umane dalla CPC in queste nuove strutture stazionarie, che saranno situate sul territorio.

L'adeguamento della dotazione del personale educativo del CARL permetterà a questo importante istituto di continuare ad accogliere le situazioni più critiche degli istituti LISPI per quanto concerne la disabilità psichica di utenti con anche doppie e triple diagnosi. Il cambiamento dell'approccio e della casistica richiedono un adeguamento degli effettivi del

personale per garantire in futuro lo sviluppo delle autonomie residue degli ospiti, per poter proporre anche dei progetti individuali di vita altrove, sul territorio.

Ifigenia e la consulenza per persone che hanno tentato il suicidio comprendono sia gli aspetti di prevenzione, come gli aspetti terapeutici. Sono progetti che, malgrado i costi relativamente contenuti, contribuiranno a ridurre sia le sofferenze psichiche, come pure importanti costi che sorgeranno in caso di assenza di questo tipo di offerta.

Il Centro di contatto e la psichiatria carceraria sono due progetti che sono già stati realizzati nel periodo precedente la pianificazione.

Il Centro di contatto permette l'accesso a tutti gli utenti dell'OSC all'offerta vasta e diversificata tramite un'équipe medico-infermieristica specializzata in salute mentale, che orienta le persone verso l'offerta terapeutica più adeguata.

La nuova organizzazione della Psichiatria carceraria è attiva dal 2018 sulla base di un mandato che il Dipartimento delle istituzioni ha attribuito all'EOC, che si è rivolto all'OSC per le prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche. Il mandato comprende la presa a carico dei detenuti delle Strutture carcerarie del Canton Ticino e diversi compiti nell'ambito della terapia forense.

La Psicotraumatologia è finalizzata alla diagnosi e cura del paziente traumatizzato. Obiettivo è il trattamento delle persone che hanno già sviluppato un disturbo psichiatrico in seguito ad un trauma: (disturbo acuto da stress, disturbo post-traumatico da stress, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi dissociativi, disturbi somatoformi) e che necessitano di un approccio psicoterapeutico specifico.

Il trattamento si propone di favorire e sostenere l'elaborazione adattativa degli eventi traumatici nel periodo successivo all'evento stesso, nell'intento di prevenire l'insorgenza di disturbi psichiatrici gravi e di ristabilire l'equilibrio emotivo e cognitivo pre-traumatico.

Mira inoltre a prevenire eventuali ricadute sui familiari e soprattutto il trauma intergenerazionale tra figure di riferimento traumatizzate e i figli minori.

Infine l'adeguamento dell'organico nel settore della psicogeriatrica consentirà di far fronte agli attuali e ai futuri bisogni derivanti dalla nuova Pianificazione Lanz-SACD.

Il Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) è convinto che i progetti presentati contribuiranno in modo sostanziale a ridurre il carico di sofferenza della popolazione ticinese dovuto a problemi psichiatrici, come pure i costi secondari generati dalle malattie psichiatriche.

18. Bilancio della Pianificazione 2015-2018

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018, approvata dal Parlamento il 25 marzo 2015, conteneva alcune proposte operative che sono state ampiamente discusse dalla Sottocommissione della Commissione speciale sanitaria e approvate con voto unanime dal Gran Consiglio.

Per stilare un bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica 2015-2018 si farà riferimento alle proposte operative descritte nel riassunto del documento di pianificazione (pag. 59).

In questo capitolo verrà illustrato anche un importante progetto che nel frattempo è stato realizzato: il Centro di contatto dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (CC-OSC). Questa nuova piattaforma di accoglienza per l'utenza che si rivolge all'OSC è stata progettata dopo l'approvazione della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018. Ritenuto che è un progetto interno all'OSC e che la sua realizzazione non ha richiesto nuove risorse, il CC-OSC è stato implementato dal 15 marzo 2018 con il numero di telefono 0848 062 062. Considerati i vantaggi che questo nuovo servizio comporta nell'accoglienza e l'orientamento delle persone che si rivolgono all'OSC, il Consiglio psicosociale cantonale ha ritenuto comunque importante illustrarlo nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2020-2023, benché non faccia parte delle nuove proposte operative.

A. Psichiatria e popolazione anziana

1. Disporre all'interno degli SPS-SPPM di personale medico, psicologico e infermieristico specializzato in gerontopsichiatria

L'organizzazione delle nuove prestazioni per pazienti anziani ha previsto la creazione di un Servizio di psichiatria geriatrica territoriale (SPG) che gerarchicamente dipende dal Medico psichiatra responsabile del Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC).

Il nuovo servizio è stato dotato delle risorse umane (3.5 unità) previste dalla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018, segnatamente:

- 1.0 medico capo clinica;
- 0.5 psicologo psicoterapeuta;
- 2.0 infermieri con specialità in salute mentale.

Visto che al concorso non si è candidato nessuno con i titoli richiesti, lo psicologo è stato incaricato nell'attesa dell'ottenimento della specializzazione in geriatria. Per contro, dopo attenta valutazione del programma formativo e delle conoscenze professionali, nonché dell'esperienza di cui il personale coinvolto già dispone, si è rinunciato a chiedere al personale infermieristico di seguire tutta la formazione in geriatria, benché sicuramente utile, ma non ritenuta obbligatoria, ma ci si è limitati ai moduli del DAS della SUPSI che si sono ritenuti indicati per le conoscenze necessarie in ambito geriatrico.

I nuovi collaboratori sono a disposizione di chi ne fa richiesta nei 4 Servizi psico-sociali dell'OSC (Mendrisio, Lugano, Bellinzona, Locarno), come pure nelle case per anziani. Nel 2017 sono state viste 547 persone.

2. Potenziamento del Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) della CPC

Anche per la psicogeriatra stazionaria presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) si è adeguata la dotazione degli effettivi aumentando di 0.5 unità lo psicologo. Per garantire la continuità fra la CPC ed il Servizio di psichiatria geriatrica territoriale, questa nuova dotazione è stata attribuita allo stesso psicologo attivo presso il SPG.

In CPC, la sua attività si concentra sugli aspetti testistici della presa a carico psicologica degli utenti psichiatrici anziani portatori o meno di disturbi cognitivi.

B. Psichiatria e pazienti minorenni

1. Implementazione di un progetto analogo a quello del "Civico" in un ospedale regionale del Sopraceneri

Questo progetto non è stato avviato perché era indicato nella Pianificazione sociopsichiatrica con priorità 2. Inoltre, come da indicazioni dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), questa precisa offerta era da ritenersi limitata al Servizio di pediatria dell'Ospedale Civico.

Per contro, si è attivata una convenzione con l'Ospedale Regionale di Locarno La Carità (ODL) per un incremento della collaborazione fra il Servizio medico-psicologico (SMP) di Locarno ed il Servizio di pediatria ODL per quanto concerne la psichiatria di liaison e le urgenze presso il Pronto soccorso.

L'OSC ha quindi attivato 0.5 unità di medico assistente presso l'SMP di Locarno e l'ODL si è assunto la spesa per un 30% che è stato attribuito allo stesso medico e questo senza interferenze con il mandato stazionario che è restato di competenza del Servizio di pediatria dell'Ospedale Civico a Lugano.

2. Creazione di un'Unità di sviluppo dedicata alla cura dei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico (UNIS)

Viste le competenze specialistiche richieste al personale che è entrato a far parte dell'UNIS, la sua selezione ha richiesto più tempo del previsto e solo nella seconda metà del 2017 si è riusciti ad avviare definitivamente l'attività, pur senza aver ancora ingaggiato il/la logopedista al 50% e il/la psicomotricista al 50% previsti dalla Pianificazione. Ad oggi sono quindi attivi:

- 1 medico capo clinica al 100%
 - 1 psicologo psicoterapeuta al 100%
 - 1 psicologo psicoterapeuta al 50%
 - 2 psicoeducatori (80% Sopraceneri e 70% Sottoceneri)
- per un totale di 4 unità di personale.

Il personale è attivo presso i 4 Servizi medico-psicologici (SMP) dell'OSC (Coldrerio, Lugano, Bellinzona e Locarno) come pure presso i tre Centri psico-educativi (CPE di Stabio, Lugano e Gerra Piano).

Nel 2017, pure con un'attività iniziata parzialmente nel corso dei mesi estivi e con gli effettivi ridotti viste le diverse entrate in funzione del personale selezionato tramite concorso, UNIS è intervenuta su 41 giovani utenti, per la grande maggioranza con coinvolgimento diretto sul paziente, per alcuni in consulenza agli altri operatori.

Attualmente UNIS sta lavorando con gli utenti a diversi livelli.

- 1) Pazienti con valutazione diagnostica da parte di UNIS, suddivisi a loro volta in:
 - i) pazienti che hanno avuto valutazione completa (anche se a volte non interamente svolta da UNIS, per esempio bambini per cui il Servizio dell'educazione precoce speciale (SEPS) ha già eseguito una valutazione cognitiva o di sviluppo);
 - ii) pazienti che hanno avuto valutazione parziale (per esclusione di diagnosi di spettro autistico, drop out, perché già in carico con altre modalità, ecc.).
- 2) Pazienti presi a carico
 - i) esclusivamente da UNIS;
 - ii) integrata con altri servizi (interni o non all'OSC), ma con UNIS come referente principale;
 - iii) integrata con altri servizi (interni o non all'OSC), con UNIS non referente principale.

UNIS inoltre sta operando, come da mandato, per l'aggiornamento delle metodologie di diagnosi, presa a carico e trattamento dei pazienti con disturbi dello spettro autistico all'interno dei servizi per minori dell'OSC (SMP e CPE), ma anche all'esterno, con gli enti coinvolti nelle reti di supporto (scuole, servizi di educazione speciale, ecc.).

Oltre al prioritario mandato inerente al lavoro clinico e diagnostico descritto sopra, si ritiene necessario rilevare anche alcune notazioni riguardanti il non meno importante mandato formativo attribuito ad UNIS relativo all'approccio alle problematiche dell'autismo nei servizi per minorenni dell'OSC e nella rete specialistica in generale.

Le criticità da affrontare in questo ambito sono diverse e richiedono un aggiornamento e talvolta anche un cambiamento dell'approccio teorico e delle prassi per adeguarle a quelle basate sulle conoscenze "evidence based" e comprese nelle linee guida internazionali per i disturbi dello spettro autistico. Questi aspetti formativi richiedono tempo e implicano molto impegno da parte di tutti i collaboratori e le collaboratrici dei servizi per minorenni dell'OSC coinvolti.

C. Proposte per pazienti adulti

1. Creazione di un Servizio intersettoriale per progetti individualizzati: una nuova offerta di presa a carico intensiva fra CPC e territorio (ex équipe Casi complessi)

Con la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012, il Parlamento ha concesso all'OSC 11 unità di personale supplementare (10 infermieri ed 1 medico) per ridurre la contenzione fisica e tutelare i diritti dei pazienti. Si sono quindi create presso la CPC le équipes Mobile e Casi complessi. L'ultima contenzione fisica ha avuto luogo nel mese di maggio 2014.

Con la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018, il Gran Consiglio ha accolto la proposta di incrementare ulteriormente l'équipe Casi complessi di 6 unità di personale (1 medico e 5 infermieri) per avviare una nuova offerta di prestazioni per progetti individualizzati che si occupasse in forma innovativa della presa a carico personalizzata di pazienti complessi. In totale, sono state quindi attribuite 16 unità di personale supplementare per questi nuovi compiti.

Dopo un avvio presso la CPC, l'équipe medico-infermieristica che si occupa dei casi complessi viene ora chiamata Progetti complessi ed è stata spostata sul territorio con una sua sede a Bellinzona, ma con due gruppi di persone che si sono suddivisi l'utenza ed il territorio fra

Sottoceneri e Sopraceneri. Questa organizzazione ha permesso di diminuire il tempo impiegato nelle trasferte.

Alle 6 unità di personale previste nella Pianificazione 2015-2018 (1 medico e 5 infermieri), l'OSC ha aggiunto alla nuova équipe Progetti complessi altre 4.55 unità di infermieri e un medico aggiunto al 70% provenienti dalla CPC, risorse che erano state attribuite con la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 all'ex équipe Casi complessi. La dotazione attuale dell'équipe Progetti complessi è quindi di:

1 medico aggiunto al 70%
 1 medico capo clinica al 100%
 9.55 unità di infermieri
 per un totale di 11.25 unità

L'équipe Mobile, che è sempre attiva presso la CPC, è attualmente dotata di circa 8.5 UTP, di cui 5.0 attribuite dal Parlamento con la Pianificazione 2009-2012 e 3.5 provenienti da trasferimenti interni.

Il nuovo progetto per i casi complessi si è occupato inizialmente di utenti ricoverati presso la CPC caratterizzati da un alto numero di ricoveri o da un ricovero solo, ma di lunga durata e questo anche a causa di una debole rete sociale e un ambito familiare critico. Lo strumento utilizzato è il progetto terapeutico personalizzato composto da ambiti di interventi cognitivi e relazionali.

Dal 2012, dalla presa a carico in CPC, si è passati ad una presa a carico intensiva domiciliare, che progressivamente ha spostato l'asse del proprio operato dalla CPC al territorio. Dal 2016, è stata creata l'équipe Progetti complessi che opera su tutto il territorio cantonale con una funzione di mediazione fra la CPC ed il territorio, con una forma di presa a carico integrata.

Nel 2017 questa équipe si è occupata di 50 casi, di cui 32 nel Sottoceneri e 18 nel Sopraceneri, collaborando con gli SPS, la CPC, le Antenne e anche con le cliniche psichiatriche private.

Questa nuova forma di presa a carico dei pazienti complessi, anche in situazione di crisi, avviene sul territorio, in considerazione dei cambiamenti intervenuti presso la CPC, che ha ora una maggiore permeabilità con durate di ricovero più brevi. L'équipe garantisce la cura a pazienti complessi, evitando anche il loro abbandono curativo con conseguenti effetti negativi.

2. Aumento dotazione personale psicologico alla CPC per migliorare la cura dei pazienti

Dal 2001 è attiva presso la CPC un'unità al 100% di psicologo psicoterapeuta che, oltre a garantire la presa a carico psicologica dei pazienti ammessi presso la CPC, garantisce anche la formazione degli psicologi assistenti e degli psicoterapeuti in formazione, che vengono seguiti presso la CPC, come richiesto dalla Legge federale sulle formazioni psicologiche in vigore dal 1. maggio 2012.

Nel frattempo, vista anche la riduzione della durata media delle degenze presso la CPC, il numero di pazienti ammessi è aumentato.

Per questi motivi si è proposta l'assunzione di una figura psicologica presso la CPC, ciò che ha permesso anche l'avvio di progetti importanti quali la psicotraumatologia (vedi capitolo n. 11 a pag. 66 di questo documento).

3. Potenziamento équipe Mobile

Essendo stato inserito nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018 con priorità 2, il potenziamento non è stato realizzato in quanto non deciso dal Parlamento.

4. Miglioramento della continuità delle cure fra SPS e CPC

Viste le risorse che nel frattempo sono state trasferite dalla CPC al territorio con l'équipe Progetti complessi e successivamente con il progetto pilota Home treatment, come pure con il Servizio di psichiatria geriatrica territoriale, le due unità di medico assistente sono state temporaneamente congelate.

Una è stata successivamente attivata presso la CPC che, considerata l'occupazione media del 90% e il numero crescente di dimissioni, ha richiesto un incremento della dotazione di personale medico.

5. Creazione di un'Alleanza contro la depressione in Canton Ticino

Durante l'estate del 2016, dopo aver individuato la Capoprogetto, è stato avviato il progetto per la creazione di un'Alleanza contro la depressione in Canton Ticino in collaborazione con il Servizio di promozione e valutazione sanitaria (SPVS) dell'Ufficio del medico cantonale e l'OSC.

A questo scopo sono stati costituiti un Gruppo di progetto e il Gruppo di accompagnamento "Rete dei servizi sanitari" (RSS), composto dai rappresentanti di vari servizi sanitari attivi nel Cantone che sono interessati al tema della depressione.

Nella primavera 2017 ha avuto luogo il primo incontro di questa rete alla presenza del Direttore del Dipartimento della sanità e della socialità.

È stato pure attivato un sito internet sul progetto, www.ti.ch/depressione, e il 10 ottobre 2017, in occasione della Giornata mondiale della salute mentale, è stato inaugurato un nuovo portale web dedicato alla promozione della salute mentale, www.salutepsi.ch, che traduce in italiano e adatta alla realtà ticinese un'iniziativa avviata dai Cantoni romandi nel 2016. Il sito mette a disposizione informazioni pratiche sulla salute mentale e sui partner attivi nel nostro Cantone, permettendo di orientarsi tra le varie offerte di aiuto e sostegno disponibili sul territorio. Per le attività più legate al progetto, tramite un mandato ad una ditta specializzata, è stato svolto un sondaggio fra la popolazione con un campione di 1001 concittadini. In collaborazione con la rete dei servizi sanitari, si è quindi somministrato un questionario sulla depressione anche ai professionisti della salute, al quale hanno risposto in 979.

Si tratta ora di analizzare i dati dei due sondaggi e di incrociare i risultati per poi avviare progetti specifici che, come indicato nella scheda D "Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti adulti" della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018 (pagg. 44-46), permettano un depistaggio precoce della depressione e l'ottimizzazione della presa a carico delle persone che ne soffrono e dei loro cari.

D. Il Centro di contatto OSC (CC-OSC)

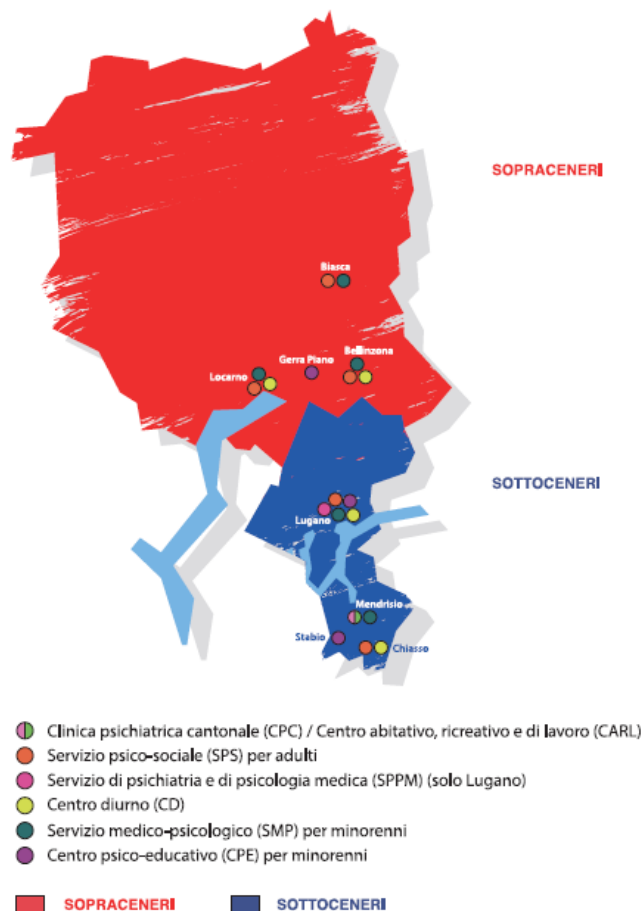
1. Introduzione

L'attività dell'OSC è retta dalla Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) e dal relativo Regolamento che sanciscono – fra l'altro – le linee guida a livello organizzativo. L'attività è suddivisa in due settori (Sopra e Sottoceneri). Ogni settore è composto da più servizi per la presa a carico dei pazienti adulti, anziani e minorenni. Si tratta di un'organizzazione con 7 strutture sociosanitarie:

- Clinica psichiatrica cantonale (CPC)
- Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)
- Servizi psico-sociali (SPS)
- Centri diurni (CD)
- Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM)
- Servizi medico-psicologici (SMP)
- Centri psico-educativi (CPE)

Come illustrato nell'immagine seguente, i servizi elencati sono situati in 16 diverse sedi. Ogni servizio propone numerose offerte specializzate nell'ambito della psichiatria per adulti, della psichiatria di liaison, della psichiatria geriatrica, della pedopsichiatria.

ORGANIZZAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE
Dislocazione dei servizi nel territorio



Oltre ai servizi elencati, a seguito della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018, sono stati istituiti dei progetti di presa a carico o consulenza specialistica che spaziano sull'intero territorio cantonale. Si tratta in particolare dei progetti:

- Servizio di psichiatria geriatrica territoriale (SPG)
- équipe Progetti complessi
- équipe terapeutica Unità di sviluppo (UNIS)

Inoltre, in seno alla CPC, vi è un reparto specializzato per la cura dei Disturbi del comportamento alimentare (DCA) che ha la sua sede presso l'Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine (OBV). Infine è stato promosso il progetto pilota Home treatment nel Bellinzonese e Tre Valli per la presa a carico a domicilio di pazienti adulti in fase acuta.

La complessità della struttura e la sua dispersione territoriale porta inevitabilmente a chiedersi se l'accesso alle cure offerte dall'OSC sia ottimale e sufficientemente celere.

2. Accesso alla cura adeguata

Necessità e difficoltà

In caso di problemi psichiatrici, è molto importante per i pazienti, per i loro familiari, per i medici privati, per altre istituzioni o strutture (ad esempio ARP, case per anziani), poter disporre in maniera più veloce di cure efficaci adatte ai bisogni specifici degli assistiti.

In generale si può affermare che l'accesso alla presa a carico psichiatrica è talvolta difficile, poiché l'utente può accettare solo tardivamente un aiuto nel suo percorso clinico. Gli ostacoli ad una presa a carico precoce ed efficace sono numerosi e dipendono da fattori inerenti alla patologia (ad esempio mancanza di critica della malattia, vergogna, stigma) o legati alla non conoscenza delle possibili risposte presenti sul territorio. Vista la complessità dell'OSC (descritta precedentemente) può risultare oggettivamente difficoltoso (per i pazienti, i loro familiari, ma anche per i medici invianti) individuare la struttura o il servizio OSC opportuni al bisogno specifico dell'utente. Può anche succedere che gli utenti siano indirizzati erroneamente a strutture non adatte alle loro esigenze.

Accoglienza e orientamento in OSC

Il compito dell'accoglienza e dell'orientamento nei servizi ambulatoriali dell'OSC veniva svolto da diverse figure professionali (medici, psicologi, assistenti sociali, segretarie) e tra la chiamata dell'utente e la risposta per l'appuntamento passavano di regola alcuni giorni. Nel caso della CPC erano invece i medici assistenti che rispondevano alle richieste di ricovero.

Nel primo caso si trattava di una procedura poco efficace che non rispondeva al bisogno degli utenti che necessitavano una risposta immediata alla loro richiesta di aiuto.

Per quanto attiene i medici assistenti della CPC, all'inizio della loro attività professionale, spesso hanno scarse conoscenze della rete sociosanitaria ticinese, così come dell'intera offerta terapeutica dell'OSC. In ambedue i casi, inoltre, il professionista che accoglieva la richiesta doveva, spesso, interrompere la propria attività non riuscendo magari a dedicare la necessaria attenzione alla richiesta e con disagi, si pensi all'interruzione durante un colloquio, che si ripercuotevano anche sui pazienti già in carico.

Un ulteriore elemento che ha condotto a riflettere sull'organizzazione dell'accoglienza in OSC consiste nel fatto che la tendenza degli ultimi anni mostra complessivamente un regolare incremento delle ammissioni (nuovi casi o risegnalazioni).

La tabella seguente sintetizza queste cifre.

		2014	2015	2016
CPC	Ammissioni	1'272	1'402	1'551
SPS	Nuovi casi/risegnalazioni	1'273	1'437	1'837
DCA AMB.	Nuovi casi/risegnalazioni	0	173	283
SPPM	Nuovi casi/risegnalazioni	1'061	1'088	1'104
SMP	Nuovi casi/risegnalazioni	874	912	979
CPE	Ammissioni	32	41	30
Totale		4'512	5'053	5'784
Media giornaliera		12.36	13.84	15.85

Mediamente, ogni giorno dell'anno nel 2016 vi sono state circa 16 segnalazioni all'OSC, di cui 13 riguardano il settore degli adulti. Ogni segnalazione necessita delle attività di accoglienza, che variano a dipendenza del settore, ma che in ogni caso implicano il coinvolgimento dei terapeuti, la raccolta di informazioni circa la problematica del paziente, l'organizzazione della presa a carico, ecc.

La situazione, seppur ritenuta sufficiente, non era certamente ottimale perché talvolta ritardava l'accesso alle informazioni sull'OSC ed alle prestazioni richieste all'OSC. Il ritardo era causato da rinvii telefonici, dall'assenza di uno specialista o dalla necessità di approfondimento che non poteva essere svolto dalle persone che rispondevano in prima linea alle richieste. Ci si è quindi interrogati sul tipo di accoglienza ideale.

Accoglienza e orientamento auspicato

I pazienti, i familiari e i medici devono poter ricevere una risposta competente, rapida, chiara e esaustiva alla richiesta di aiuto. Si sa che in quest'ambito il primo contatto è molto importante e permette l'instaurarsi di un percorso clinico e assistenziale basato sulla fiducia. Tale accoglienza deve essere garantita 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno. Questi principi devono valere anche per l'accesso ai servizi dell'OSC.

Affinché ciò avvenga, il processo di accoglienza deve essere gestito da operatori sanitari che, grazie alle competenze professionali, sanno valutare le richieste di intervento nelle loro differenti sfaccettature e fornire una risposta adeguata anche alle emergenze.

Fondamentale è che il punto d'accoglienza possa organizzare gli appuntamenti con gli specialisti e indirizzare l'utente direttamente alla struttura idonea alle sue esigenze. L'accoglienza deve essere quindi gestita centralmente per tutti coloro che si rivolgono all'OSC ed ai suoi diversi servizi.

Le competenze degli operatori possono anche garantire la necessaria informazione all'utenza con problemi psichiatrici che non necessariamente necessita di una presa a carico presso l'OSC.

Quanto auspicato può essere declinato nella realtà organizzativa dell'OSC, creando un "Centro di contatto" a servizio dell'intera Organizzazione e di tutti i suoi utenti e partner che necessitano di prestazioni o di informazioni. Non si tratta di creare un centro cantonale di informazioni generali sulla psichiatria o sulle diverse offerte di prestazioni pubbliche o private esistenti sul territorio, piuttosto di permettere alle persone, che lo richiedono, di conoscere le prestazioni dell'OSC a cui potrebbero far capo.

In questo senso, con la creazione di un Centro di contatto, l'OSC non intende mettersi in concorrenza con l'offerta della psichiatria privata. L'intento è quello di offrire l'accesso a chi già vorrebbe rivolgersi all'Organizzazione, visto che ha fatto capo al suo numero di telefono.

3. Centro di contatto OSC

a. Definizione

Il Centro di contatto OSC (CC-OSC) è un centro di chiamate evoluto che integra le funzionalità di telecomunicazione con i sistemi informativi, aggiungendo all'utilizzo del mezzo telefonico altri strumenti o canali di comunicazione.

In concreto si tratta di una piattaforma di accoglienza, orientamento ed informazione sui servizi dell'OSC attiva dal 15 marzo 2018 alla quale si può accedere tramite il numero telefonico **0848 062 062**, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

b. Obiettivi

Il CC-OSC risponde ai seguenti obiettivi:

- accesso rapido e semplice a cure adatte ai bisogni specifici degli utenti OSC;
- fin dal primo contatto, valutazione della richiesta effettuata da un operatore con una formazione specifica in psichiatria; in caso di necessità la richiesta viene sottoposta ad un medico;
- monitoraggio dell'insieme delle richieste che concernono la psichiatria pubblica del Cantone Ticino;
- risposta rapida, professionale e qualitativa a tutte le richieste;
- piattaforma per informazioni riguardanti l'offerta dell'OSC;
- trasmissione agli operatori OSC dei dati rilevati al primo contatto in modo standardizzato;
- possibilità di accesso indiretto ai dati dei pazienti OSC da parte dei picchetti medici OSC;
- diminuzione dell'urgenza o del sentimento d'urgenza per i pazienti, che si tranquillizzano dopo aver ricevuto un appuntamento;
- riduzione dei potenziali casi acuti grazie ad una risposta rapida e professionale alla sofferenza psichiatrica.

Il raggiungimento degli obiettivi dipende in larga misura dagli operatori che operano nel CC-OSC.

In numerosi Cantoni (Vaud, Basilea Campagna, Argovia, Turgovia, Integrierte Psychiatrie Winterthur, ecc.), la psichiatria pubblica si è dotata di un Centro di contatto.

Il Consiglio di Direzione OSC ha avuto occasione di visitare quello creato dal Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) e ne ha apprezzato l'utilità e la semplicità. Per questo ha fatto riferimento all'esperienza friborghese per la progettazione del Centro di contatto dell'OSC.

c. Operatori

Affinché il servizio offerto sia di qualità, gli operatori attivi nel CC-OSC devono disporre di solide competenze professionali in ambito psichiatrico, conoscere approfonditamente l'OSC e gli operatori che in essa operano.

Inoltre, gli operatori devono possedere una personalità con grandi capacità realizzative, che, grazie all'attitudine di cogliere gli aspetti essenziali, mantiene sempre il controllo della situazione, anche nei casi più complessi e in situazioni di emergenza. Doti quali l'empatia e

la capacità di mediazione sono necessarie al fine di instaurare proficue relazioni sia verso l'esterno, che all'interno dell'Organizzazione.

Considerate le caratteristiche descritte, il personale del CC-OSC è costituito da infermieri con specialità in salute mentale che posseggono competenze professionali e personali specifiche.

d. Compiti

Il personale del CC-OSC ha il compito di organizzare la presa a carico del paziente: appuntamento presso gli SPS, trasmissione delle informazioni raccolte agli SMP, ricovero in CPC, interventi dei medici di picchetto e consulenze negli ospedali somatici. In particolare il personale:

- per i Servizi per adulti: fissa gli appuntamenti dei medici, degli psicologi, degli infermieri e di eventuali altri operatori, inserendoli direttamente nelle agende (Outlook) dei collaboratori, che mettono a disposizione dei periodi per appuntamenti per i nuovi casi segnalati;
- per i Servizi per minorenni: raccoglie le informazioni necessarie a conoscere la richiesta di prestazioni che successivamente trasmette al SMP di competenza;
- organizza il ricovero in CPC insieme al medico di guardia/coordinatore di turno della CPC;
- sollecita il medico di picchetto per gli interventi negli ospedali somatici o in CPC;
- organizza gli appuntamenti del SPPM per le consulenze nei reparti degli ospedali somatici e all'interno del Pronto soccorso;
- fornisce consulenza e informazioni riguardanti l'offerta dell'OSC.

L'operatore del CC-OSC deve essere in grado di:

1. effettuare una breve anamnesi psichiatrica attraverso:
 - dati identificativi
 - principale disturbo
 - breve storia della malattia attuale (esordio, fattori precipitanti)
 - malattie pregresse (psichiatriche / internistiche / abuso di alcool o altre sostanze)
 - breve storia personale (lavorativa, familiare, affettiva, legale, religiosa)
2. identificare la patologia psichiatrica in base ai sintomi espressi nel colloquio telefonico
3. utilizzare le scale di valutazione delle patologie psichiatriche per stabilire il grado di gravità della patologia psichiatrica
4. conoscere ed identificare i fattori associati al rischio di suicidio
5. conoscere i segni e i sintomi del rischio di suicidio
6. conoscere le patologie con possibili comportamenti violenti eterodiretti
7. dimostrare partecipazione
8. dimostrare attenzione
9. sapere focalizzare quello che il paziente dice e come lo dice
10. dimostrare capacità d'ascolto
11. sapere assumere informazioni specifiche attraverso domande aperte, con la necessità di lasciare al paziente lo spazio per esprimersi.

Questi punti sono principalmente indirizzati alle prestazioni offerte alla popolazione adulta che si rivolge al CC-OSC.

Per le richieste di prestazioni per utenti minorenni, vista la particolare casistica e la necessità di coinvolgimento di altre figure quali i familiari, i docenti o altri terapeuti, di principio l'offerta del CC-OSC si limita alla raccolta delle informazioni utili da trasmettere al SMP di competenza. Questo anche in caso di richieste presumibilmente rivolte ai Centri psico-educativi, visto che l'ammissione in questi Centri è di competenza degli SMP.

4. Realizzazione

Per concretizzare il CC-OSC si sono definiti i seguenti tre aspetti: gli aspetti logistici e l'infrastruttura tecnologica; le risorse umane necessarie, le misure organizzative.

Dal profilo logistico la sede del servizio è situata presso la CPC. Tale collocazione permette di beneficiare di un bacino di collaboratori potenzialmente interessati all'attività maggiore rispetto ad una collocazione in un'altra sede OSC. Ciò sia in ragione della provenienza del personale infermieristico, sia per il maggior numero di risorse già attive a Casvegno. Inoltre la presenza del CC-OSC a Casvegno permette di sfruttare delle sinergie con la CPC, ad esempio in caso di assenze non previste del personale addetto al CC-OSC o nella gestione del centralino di Casvegno nel corso della notte, alleviando gli operatori di CPC e CARL da tale compito.

È stata predisposta una centrale telefonica con più linee attivabili con un unico numero di telefono. Inoltre, sono disponibili altre linee telefoniche per poter interagire con più interlocutori contemporaneamente.

L'équipe del CC-OSC è attiva 24 ore su 24 tutti i giorni e fa capo al medico di picchetto di secondo livello in caso di bisogno, ad esempio quando un medico esterno all'OSC insiste nel voler parlare con un medico per annunciare un nuovo paziente, oppure nel caso di dubbi sulle prestazioni richieste dall'utenza.

La turnistica è la seguente:

Turno	Inizio	Fine	Unità
M	07:00	15:24	1
P	15:00	23:24	1
N	23:00	07:24	1
G	10:00	18:24	1

Giornalmente quattro persone sono coinvolte con una doppia presenza fra le 10:00 e le 18:24. Complessivamente 7.15 unità a tempo pieno (UTP) devono essere attribuite al progetto (4 x 1.78). L'impegno è importante in termini di risorse umane, ma considerati i risultati attesi dal progetto si è ritenuto di potervi dare avvio facendo capo per la maggior parte di queste unità alla disponibilità nell'attuale dotazione infermieristica, mentre per la rimanenza si cercherà nel tempo di riattribuirle da altri settori dell'OSC. In tal senso è ipotizzabile una ridefinizione delle unità necessarie nei differenti segretariati dei servizi territoriali che saranno sgravati di alcuni compiti con l'introduzione del CC-OSC. Questa riattribuzione potrà avvenire progressivamente, per una gestione ottimale del CC-OSC.

Per l'introduzione del CC-OSC si sono creati i seguenti documenti che costituiscono il filo conduttore dell'attività degli operatori:

- modulo d'annuncio e valutazione;

- modulo di valutazione suicidalità;
- modulo di monitoraggio.

La buona riuscita del progetto è legata in maniera preponderante alla qualità dell'intervento del personale. Pertanto un'attenzione particolare è stata posta alla formazione dei collaboratori, sia dell'équipe infermieristica, in particolare sulla conoscenza di tutti i servizi OSC, sui test (suicidalità), sulla modulistica e sugli aspetti tecnologici, sia dei terapeuti, i quali devono uniformare l'agenda degli appuntamenti e indicare in agenda un certo numero di ore che possono essere utilizzate dall'équipe CC-OSC per gli appuntamenti dei nuovi pazienti.

5. Costi

Non sono stati previsti aumenti di oneri per il personale impiegato presso il CC-OSC. Come descritto, l'équipe infermieristica che opera attualmente nel CC-OSC è composta da unità già attualmente disponibili nella dotazione infermieristica dell'OSC. Per raggiungere le 7.15 UTP previste per una gestione ottimale del CC-OSC si farà capo a dei trasferimenti da altri servizi dell'OSC.

Nemmeno per quanto riguarda gli spazi vi sono stati dei costi aggiuntivi, siccome i locali erano originariamente camere del reparto Adorna che non erano più utilizzate. Le stesse sono state arredate con un investimento di circa CHF 9'000.

L'infrastruttura telefonica, la cablatura dei locali, così come i computer sono di competenza del CSI.

L'attivazione del centralino ha un costo di circa CHF 5'000 a cui vanno sommati circa CHF 4'000 di spesa per l'abbonamento annuale. Queste spese sono state assunte dall'OSC nel quadro del suo budget già a contare dal 2018 senza richiesta di aumento dei crediti già approvati.

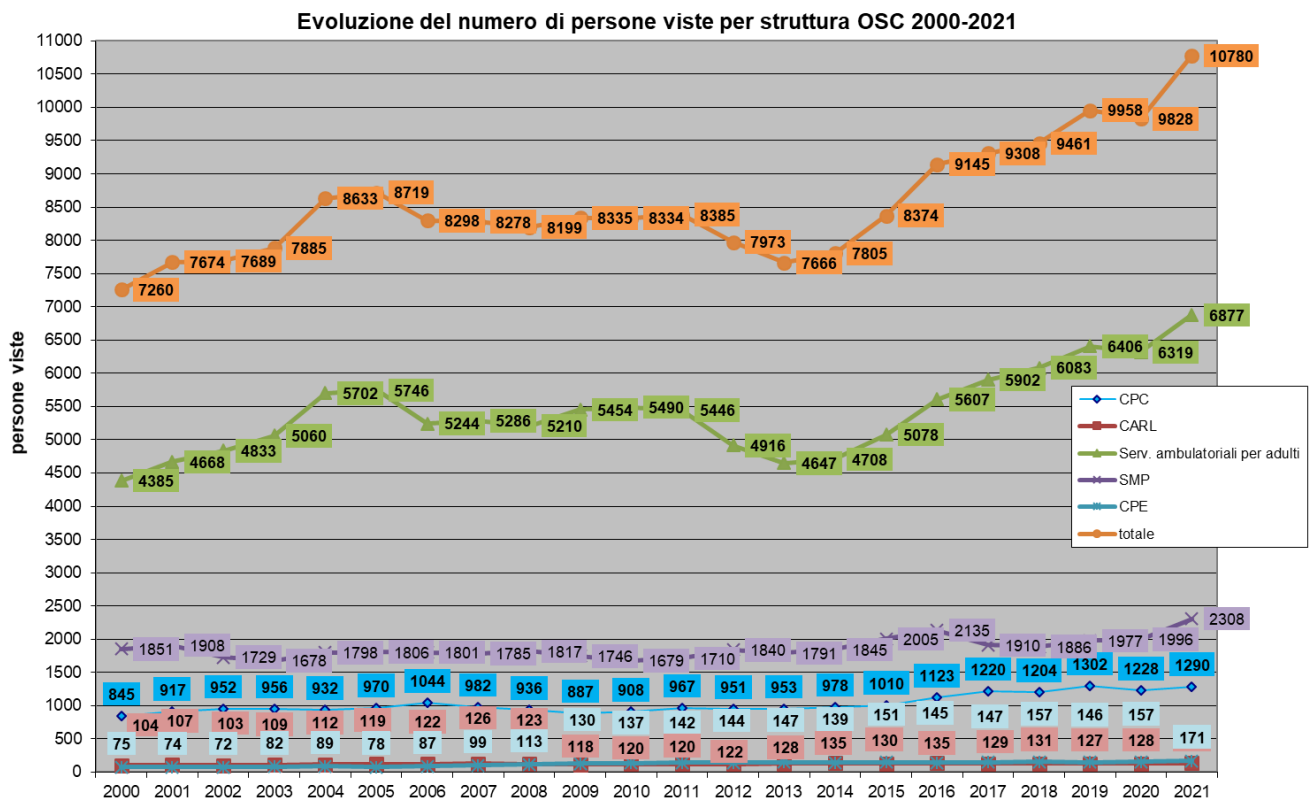
19. Allegato statistico Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica OSC

1. Evoluzione generale della casistica OSC

I soggetti che si sono rivolti alle strutture della psichiatria pubblica sono globalmente in aumento negli ultimi venti anni (come si vede dalla linea di tendenza riguardante la somma OSC). Dopo un primo picco nel 2004-2005, il numero totale di persone viste è tornato a salire in modo importante dal 2014. Sommando gli utenti che si sono rivolti a ciascuna struttura dell'OSC risulta che

nel 2000 gli utenti erano 7260, nel 2010 8334 e nel 2021 10780

A titolo di confronto, la somma degli utenti che si sono rivolti ai servizi dell'OSC era 5207 nel 1991, 6333 nel 1995.



Il numero dei casi visti presso i servizi ambulatoriali per adulti (SPS, SPPM, DCA ambu), che aveva registrato un aumento consistente fino 2004-2005 per poi diminuire negli anni successivi, conosce un nuovo aumento significativo dal 2014. Si tratta comunque di una tendenza che ha visto le persone che si rivolgono ai Servizi psico-sociali SPPM, DCA ambu aumentare in modo consistente negli ultimi 20 anni (1995: 3648, 2000: 4385, 2010: 5490), per arrivare nel 2021 a 6877 persone.

Si riscontra un aumento di utenti anche nei Servizi medico-psicologici (SMP) e CPE, ma meno marcato (1980: 1552 soggetti, 1995: 1725, 2000: 1851, 2010: 1679) con un aumento costante negli ultimi anni fino ad arrivare nel 2021 a 2479. 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 ad una popolazione meno numerosa, cioè prevalentemente a quella minorenni residente in Ticino.

La Clinica psichiatrica cantonale (CPC) presenta dal 2009 un sostanziale incremento del numero di persone che vi sono state ricoverate (1995: 800, 2000: 845, 2010: 908) per arrivare nel 2021 a 1290 persone ricoverate durante l'anno.

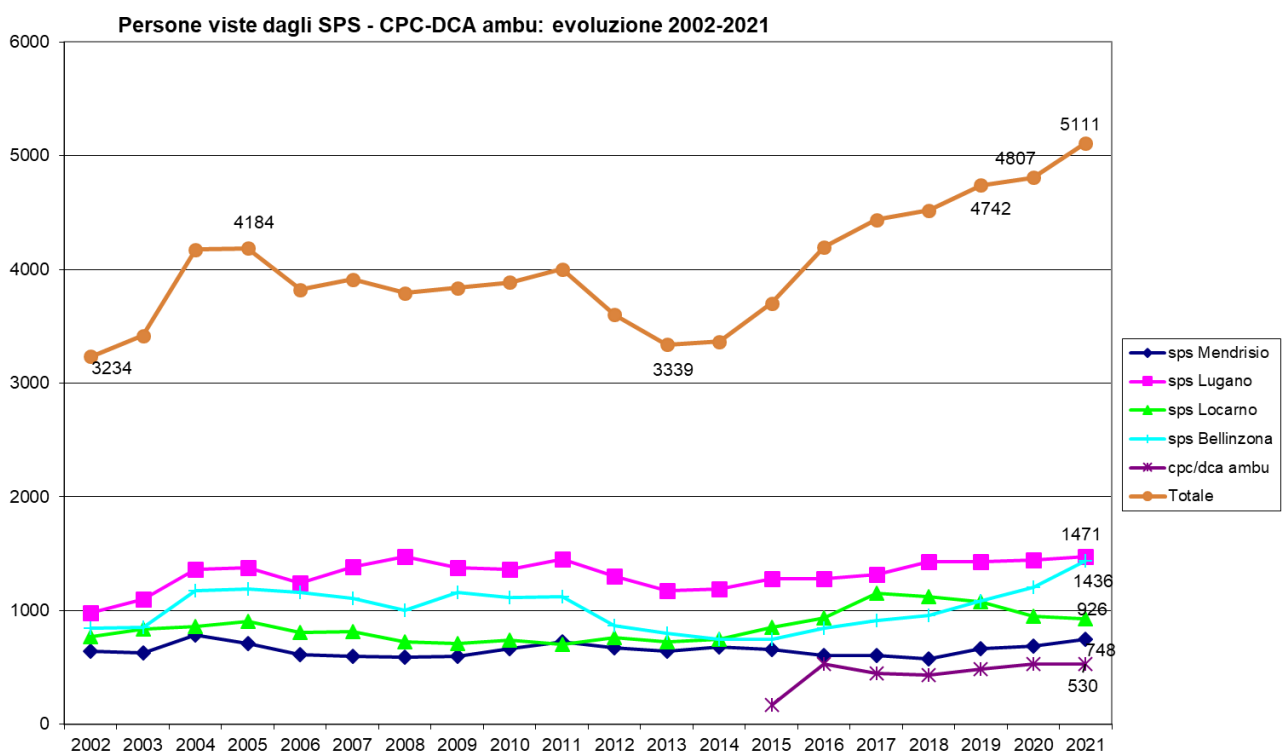
2. I Servizi psico-sociali (SPS)

2.1 Persone viste

Per quanto riguarda i 4 Servizi psico-sociali (SPS) si riscontra la situazione seguente (come adulti consideriamo - utilizzando le classi di età dell'Ufficio di statistica in modo da fare raffronti con la popolazione generale - le persone dai 20 anni in avanti):

nel 2021, 4581 persone hanno avuto almeno un contatto con i SPS, di cui 4412 adulti, pertanto 15.3 adulti ogni 1000 residenti adulti

Si riscontrano differenze da un servizio all'altro nel numero di pazienti: essi rappresentano rispettivamente 15.4 adulti su 1000 residenti adulti nel Mendrisioto, 12.0 nel Luganese, 15.2 nel Locarnese/Vallemaggia e 21.4 nel Bellinzonese e Valli. Queste differenze si spiegano in parte con la diversa presenza di psichiatri privati sul territorio.



Osservando l'evoluzione del numero di persone viste negli ultimi anni dai Servizi psico-sociali, si può notare una crescita importante dal 2002 con un picco di contatti con i servizi per adulti nel 2004-2005, per poi tornare ad una situazione di sostanziale stabilità. Dal 2012 al 2014 il numero di pazienti è sensibilmente calato, soprattutto per il fatto che i centri di competenza delle Antenne per tossicodipendenti sono diventati autonomi. Negli ultimi 6 anni

si registra invece un deciso aumento del numero di pazienti per arrivare nel 2021 a 4581 pazienti (5111 se si considerano anche CPC-DCA ambu) .

Il Servizio di Lugano registra 1471 pazienti nel 2021. Il 35.5% delle persone viste sono casi nuovi o risegnalazioni.

Il Servizio di Bellinzona presenta dal 2015 una tendenza all'aumento passando da 745 casi a 1436 nel 2021, 56.2% nuovi casi o risegnalati (percentuale più marcata rispetto agli altri servizi).

Il Servizio di Locarno nel 2021 ha avuto 926 pazienti con una percentuale di pazienti nuovi o risegnalati che si attesta al 51.7%.

Il Servizio di Chiasso (prima del 2018 a Mendrisio) presenta, ad eccezione dei picchi del 2004 e del 2011, un andamento abbastanza costante del numero di persone viste. Nel 2021 i pazienti sono stati 748, dei quali il 55.6% casi nuovi o risegnalati.

2.2. Alcune caratteristiche sociodemografiche

Le donne si rivolgono leggermente di più ai SPS (52.5% donne, 47.5% uomini nel 2021).

Le persone tra i 40 e i 64 anni rappresentano quasi la metà degli utenti (43.2%), quelle tra i 20 e i 39 anni il 32.6% (Tab 1).

Tabella 1 SPS: sesso e età degli utenti SPS 2021

	2021	
	N.	%
Sesso		
-donna	2403	52.5
-uomo	2178	47.5
Età		
-0-19 anni	169	3.7
-20-39 anni	1493	32.6
-40-64 anni	1981	43.2
-65 anni e più	938	20.5
Totale	4581	100

2.3 Flussi: segnalazioni e invii dei casi aperti ai SPS nel 2021 (N=2209)

I pazienti che entrano ai Servizi psico-sociali sono costituiti per il 18.7% da persone che si autosegnalano.

I casi per i quali è richiesto un intervento da parte dei medici degli ospedali generali per pazienti degenti e dei medici di Pronto soccorso rappresentano il 36.5%, mentre il 6.3% dei pazienti viene segnalato da medici privati non psichiatri.

Nel 2021, il 4.3% delle persone segnalate ai SPS provengono direttamente dalla Clinica psichiatrica cantonale e sono inviati ai servizi per essere seguiti ambulatorialmente.

Nonostante la presa a carico resti il motivo di invio più frequente (il 50.0% degli invii nel 2021), l'attività di consulenza³⁷ richiesta ai 4 servizi è consistente (46.8% delle richieste) (Tab. 2).

³⁷ Per "consulenza" s'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 a carico.

Tabella 2 SPS: motivo dell'invio nel 2021

	Totale	
	N.	%
Consulenza	1033	46.8
Presa a carico	1104	50.0
Perizia	63	2.9
Altro	9	0.4
Totale	2209	100

2.3 Alcune caratteristiche cliniche degli utilizzatori dei Servizi psico-sociali

I quadri diagnostici principali

Tra i pazienti che si sono rivolti ai SPS nel 2021 (Tab. 3) le diagnosi più frequenti sono le sindromi nevrotiche e legate a stress (32.4%) seguite dalle sindromi affettive (16.5%). Anche i disturbi di personalità (9.2%), la schizofrenia, sindrome schizotipica e delirante (9.1%) e i disturbi dovuti all'uso di alcool o di sostanze psicoattive (7.1%) sono presenti in modo importante.

Rilevanti sono pure quelle difficoltà che richiedono un trattamento, ma non sono attribuibili ad un disturbo mentale (autoaggressività, problemi sociali, familiari o lavorativi) che rappresentano il 11.7% delle persone che hanno contattato i servizi nel 2021.

Tabella 3 SPS: diagnosi psichiatrica principale per i pazienti entrati nel 2021

	2021	
	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	120	5.4
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool o di sostanze psicoattive	159	7.1
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	202	9.1
Sindromi affettive	365	16.5
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	716	32.4
Disturbi della personalità e del comportamento	204	9.2
Sindromi e dist. comp. legati ad alterazioni delle funz. fisiologiche e a fattori somatici	76	3.4
Ritardo mentale	20	0.9
Altre diagnosi psichiatriche	13	0.6
Diagnosi non psichiatrica (non F)	258	11.7
Nessuna diagnosi	76	3.4
Totale	2209	100

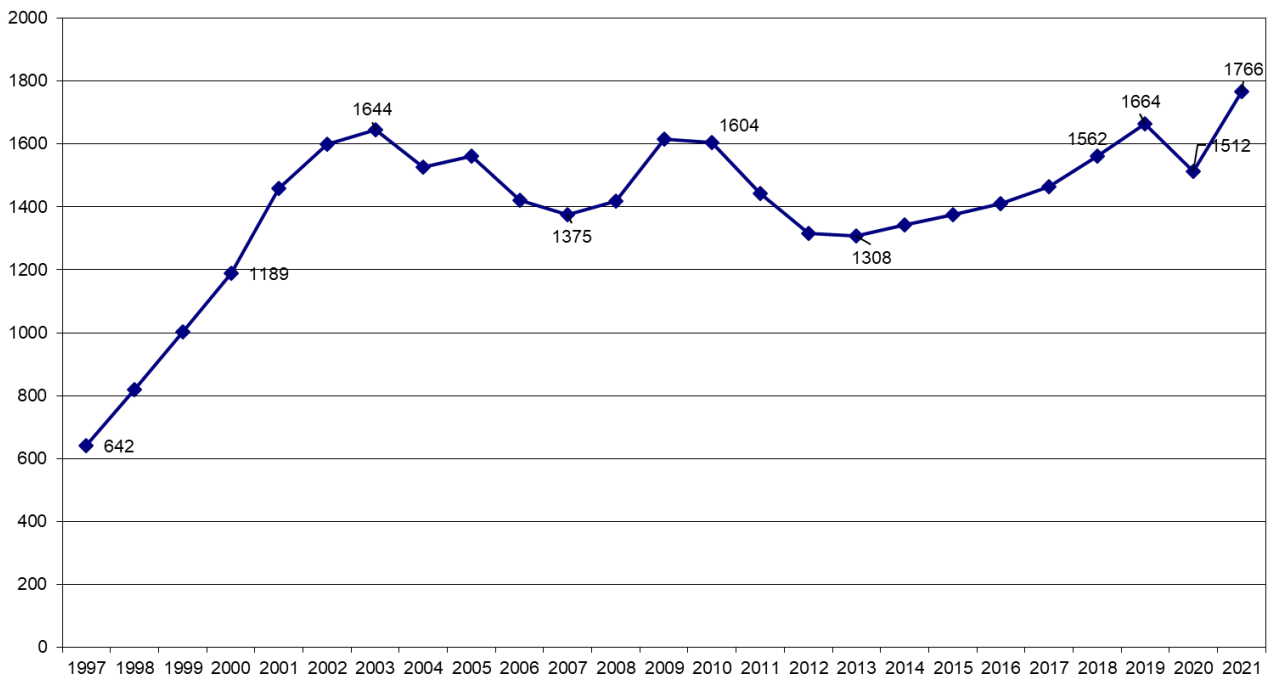
3. Il Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM)

Questo servizio dell'OSC, attivo a partire dal 1997, oltre all'attività clinica di consultazione, di liaison e di terapia con i pazienti, svolge un compito particolare di formazione e sostegno del personale curante della medicina somatica ospedaliera e ambulatoriale.

3.1 Persone viste

Nel 2021 1766 persone hanno avuto almeno un contatto con il SPPM, di cui 1678 adulti, pertanto 5.8 adulti ogni 1000 adulti residenti in Ticino

Persone viste dal SSPM: evoluzione 1997-2021



Nei primi sei anni di attività il numero di persone seguite è molto aumentato (642 nel 1997, 1189 nel 2000 e 1644 nel 2003) per poi diminuire leggermente. Dal 2013 si ripresenta una decisa tendenza all'aumento dei casi per arrivare a 1664 nel 2019 e 1766 nel 2021. Nel 2021, la percentuale dei casi aperti nell'anno è stata del 79.4% (il 20.6% era già in corso dall'anno precedente). Queste percentuali, per la specificità del SPPM, differiscono molto dai dati dei servizi ambulatoriali per adulti (SPS), in cui la percentuale di casi in corso dagli anni è attorno al 50%.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Tra gli utenti del Servizio abbiamo una maggioranza di donne (57.6%), le persone tra i 40 e i 64 anni rappresentano il 45.4% dei pazienti, quelle di 65 anni o più il 23.6%, mentre quelle tra i 20 e i 39 anni il 26.0%.

3.2 Flussi: segnalazioni e invii

Evidentemente le segnalazioni maggiori arrivano dal medico ospedaliero o dal Pronto soccorso (95.7%) e il motivo dell'invio principale è la consulenza

3.3 Alcune caratteristiche cliniche degli utilizzatori del Servizio di psichiatria e di psicologia medica

I quadri diagnostici principali

Tra i pazienti che si sono rivolti al SPPM nel 2021 (1402, casi nuovi o risegnalati) sono prevalenti le sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi (29.1%) e i disturbi affettivi (9.4%), elevata anche la proporzione di persone per cui non è stata rilevata nessuna patologia psichiatrica (11.5%) (Tab. 4). La prevalenza di questi quadri diagnostici è comprensibile vista l'attività particolare svolta dal SPPM negli ospedali di cura generale.

Tabella 4 SPPM: diagnosi psichiatrica principale per i pazienti entrati nel 2021

Diagnosi principale	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	23	1.6
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	72	5.1
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	49	3.5
Sindromi affettive	132	9.4
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	408	29.1
Sindromi e disturbi da alterazioni di funzioni psicologiche	47	3.4
Disturbi della personalità e del comportamento	68	4.9
Altre diagnosi psichiatriche	8	0.5
Nessuna diagnosi + altri problemi	161	11.5
Picchetti d'urgenza (medici OSC non SPPM)	434	31.0
Totale	1402	100

4. I Servizi medico-psicologici per minori (SMP)

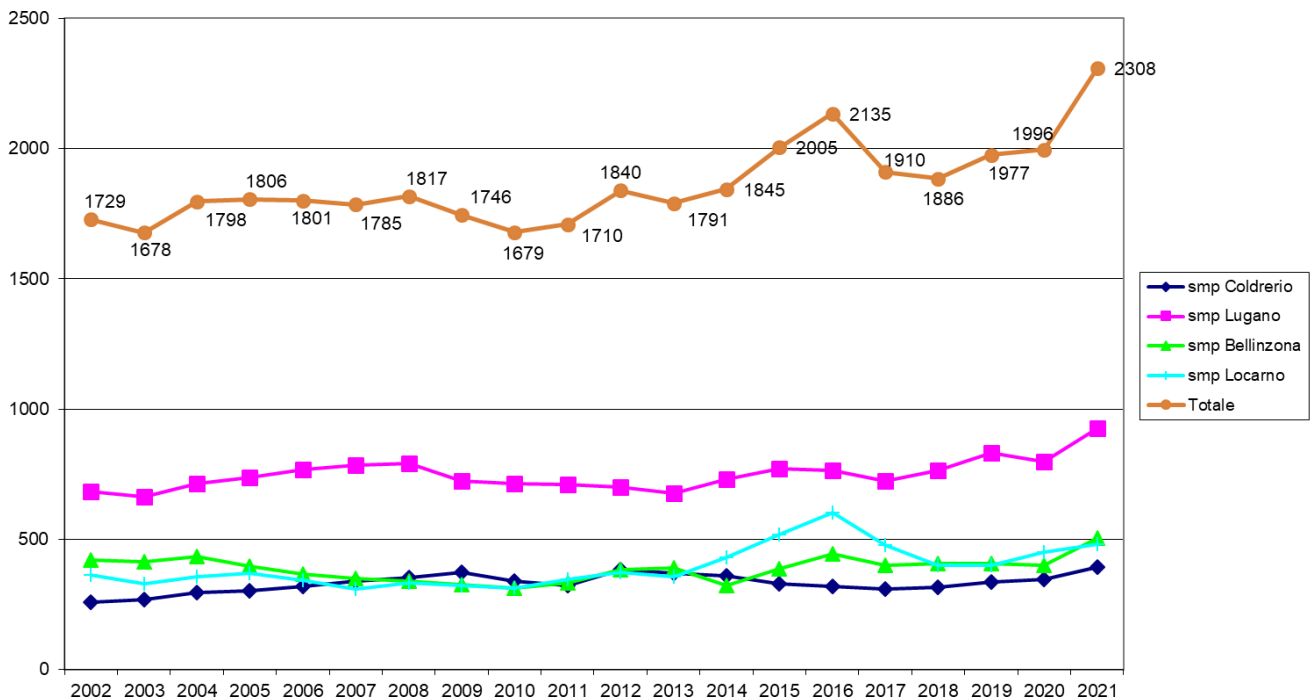
4.1 Persone viste

Nei servizi ambulatoriali pubblici per minori, vengono visti per lo più bambini e adolescenti; tuttavia, vi si rivolge anche un certo numero di adulti.

Nel 2021 2308 soggetti hanno avuto almeno un contatto con i SMP, di cui 2138 minori, ossia 34.2 minori ogni 1000 minorenni residenti in Ticino

Prendendo in esame l'evoluzione delle persone viste dagli SMP nell'ultimi vent'anni si evidenzia una tendenza all'aumento con dei picchi nel 2015-16 (particolarmente importanti al SMP di Locarno) e nel 2021.

Persone viste dagli SMP: evoluzione 2002-2021



Nel 2021 i casi in corso rappresentano la maggioranza (1271 pari al 55.1% del totale dei casi) rispetto a quelli nuovi o alle risegnalazioni (1037).

Prendendo in considerazione solo la fascia di età fino ai 19 anni nei singoli servizi, si osserva che a Coldrerio essi sono 381, ossia 40.0 persone su 1000 di questa fascia d'età del Mendrisiotto.

Nel Servizio di Lugano 870 sono minori, pari a 33.0 minori su 1000 del Luganese.

A Bellinzona i minori presi in carico sono 444 pari a 29.2 minori su 1000 del Bellinzonese e Valli superiori.

Al Servizio di Locarno i pazienti minori sono 443, ossia 38.7 minori su 1000 minori residenti nella regione del Locarnese e Valle Maggia.

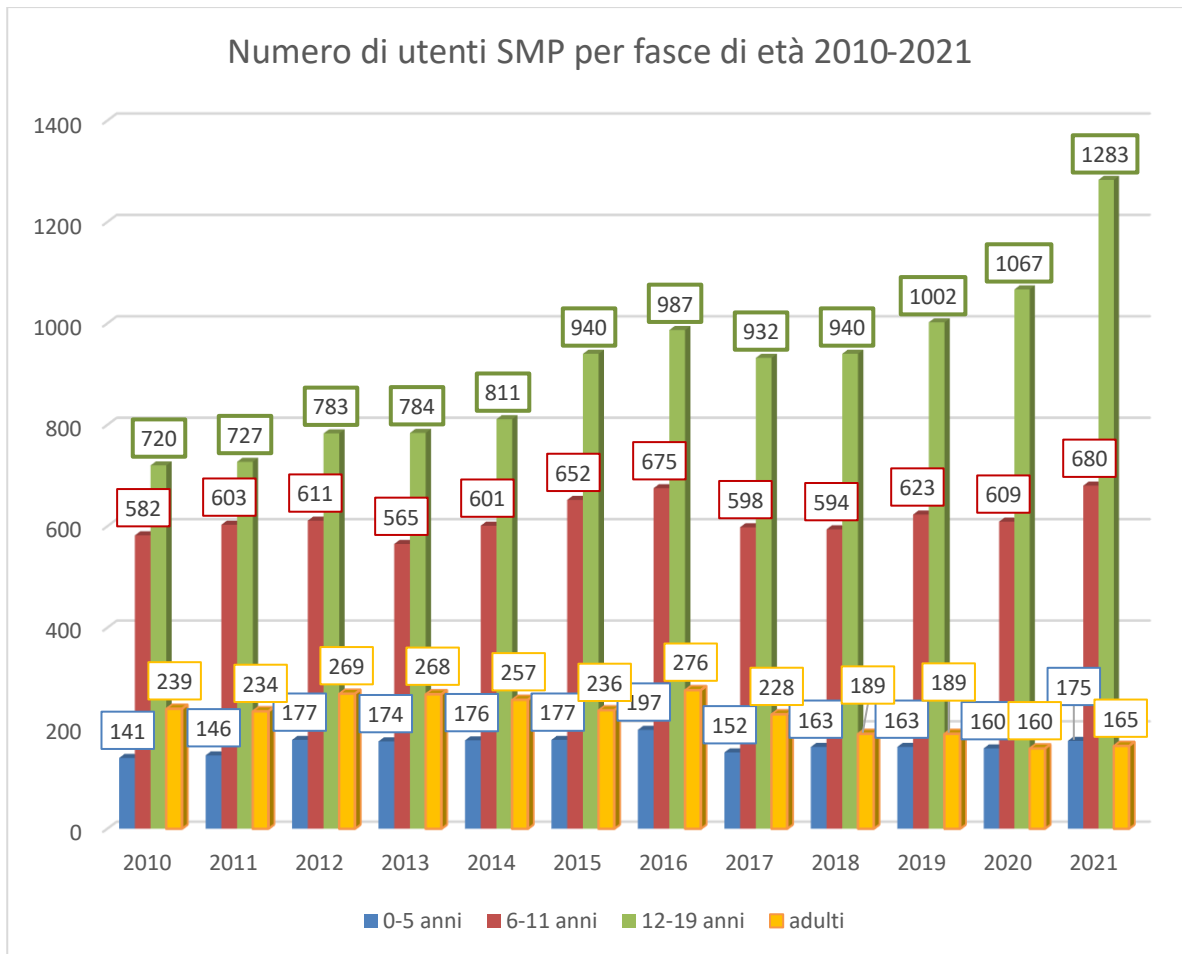
Alcune caratteristiche sociodemografiche

Nel 2021 (Tab. 5) sono stati soprattutto gli adolescenti tra 12 e 19 anni (55.6%) a far capo ai servizi psichiatrici pubblici per minori; a Mendrisio essi rappresentano quasi il 70% degli utenti (69.6%). Per quanto riguarda l'età tra 6 e 11 anni, essa rappresenta la seconda fascia in ordine di presenza (29.5%). I bambini tra 0 e 5 anni e gli adulti rappresentano entrambi circa il 7.0% dei pazienti.

Tabella 5 SMP: fasce d'età nel 2021

	SMP Coldrerio		SMP Lugano		SMP Locarno		SMP Bellinzona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0-5 anni	17	4.3	104	11.2	33	6.9	21	4.2	175	7.6
6-11 anni	89	22.5	286	30.9	150	31.2	155	30.6	680	29.5
12-19 anni	275	69.6	480	51.8	260	54.1	268	53.0	1283	55.6
Adulti	14	3.5	56	6.0	38	7.9	62	12.3	170	7.4
Totale	395	100	926	100	481	100	506	100	2306	100

Il numero di utenti in età adolescenziale è cresciuto negli anni, passando da 720 nel 2010 a 1283 nel 2021.



4.2 Flussi: modalità di contatto

Se consideriamo i nuovi casi e le risegnalazioni aperte nel 2021 (1037), oltre alle famiglie che decidono di contattare il servizio senza un consiglio esterno (28.4%), i medici pediatri o di famiglia giocano un ruolo importante: il 25.2% dei pazienti consulta infatti il servizio su consiglio loro consiglio. Anche la scuola è spesso all'origine della decisione di contattare un SMP (21.8%).

4.3 I quadri diagnostici principali

I disturbi maggiormente riscontrati nei SMP nel 2021 sono i disturbi comportamentali ed emozionali con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza (41.3%) e i disturbi nevrotici e da stress (30.2%).

4.4 I Centri psico-educativi

I minorenni ospiti dei Centri psico-educativi sono conteggiati tra i pazienti in cura presso gli SMP poiché hanno sempre una figura medica di riferimento presso il servizio. Di seguito alcune informazioni riguardanti questa casistica riferite al 2021.

Tabella 6 CPE: numero di pazienti 2021

	CPE Stabio*		CPE Lugano		CPE Gerra Piano		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Presenti 1.1.2021	37	80.4	47	70.1	41	70.7	125	73.1
Ammessi nel 2021	9	19.6	20	29.9	17	29.3	46	26.9
Totale	46		67		58		171	
Dimessi nel 2021	10	21.7	13	19.4	16	27.6	39	22.8
Presenti 31.12.2021	36		54		42		132	

* il CPE di Stabio, l'unico avente carattere anche residenziale, ha avuto nel 2021 2 utenti interni

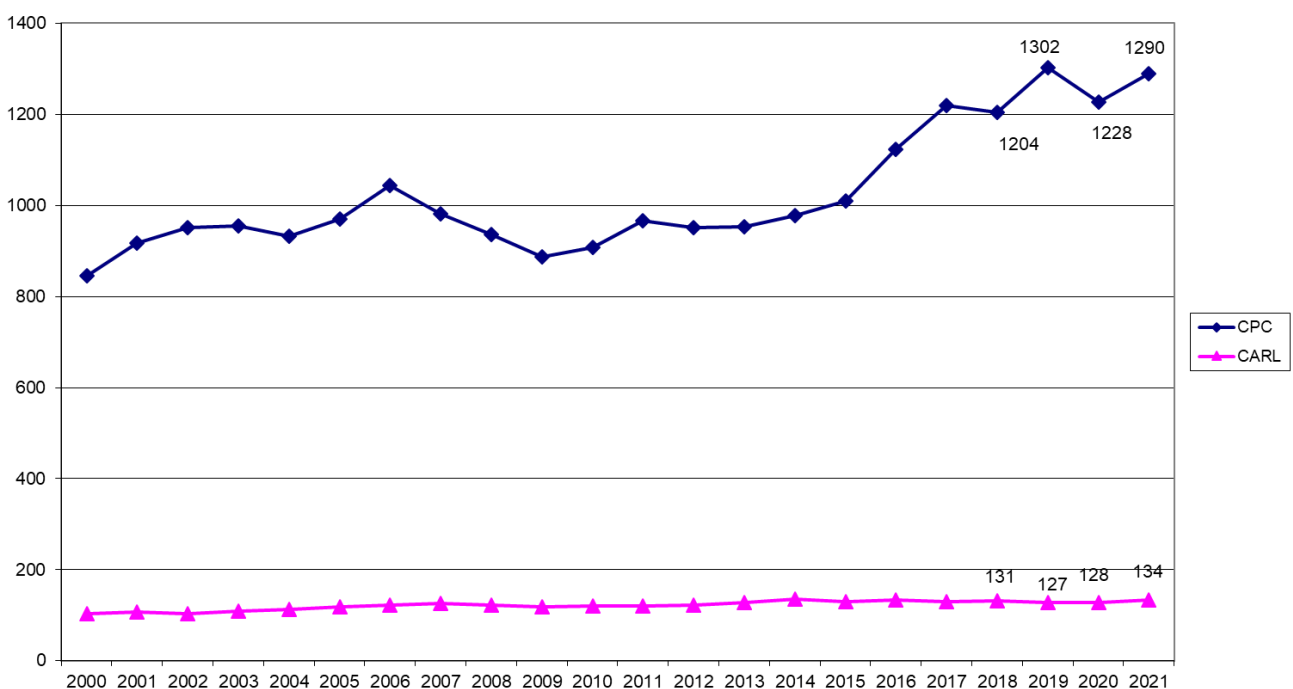
5. La Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)

5.1 Numero di pazienti

L'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) è stato suddiviso il 1. gennaio 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 sono ben distinte sotto vari punti di vista: tipologie di ospiti, immobili, personale, rette, modalità di finanziamento; inoltre alla CPC continua ad esserci una suddivisione settoriale dei pazienti acuti, che per gli utenti cronici del CARL non esiste più. La CPC, 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. Il CARL invece è una struttura residenziale demedicalizzata per casi cronicizzati e comprende unità abitative e laboratori protetti.

**Nel 2021 hanno avuto almeno un ricovero
alla CPC 1290 persone, ossia 4.4‰ degli adulti residenti in Ticino,
al CARL (134), ossia 0.5‰ adulti**

Persone con almeno un ricovero/soggiorno a Casvegno: evoluzione 2000-2021



La durata della degenza in CPC presenta una diminuzione costante negli anni: essa è passata da 49 giorni nel 1994, primo anno di esercizio del CARL, a 36 giorni nel 2007 a 21 giorni per i pazienti dimessi nel 2021. A causa del tipo di casistica lungodegente ospitata al CARL vengono considerati i giorni in struttura nell'anno, la durata della degenza media in questa struttura è evidentemente più alta, anche se in diminuzione importante negli anni (320 giorni nel 2007, 284 nel 2021).

5.2 CPC: tendenze 2013-2021

Nel 2021 ci sono state in CPC 1909 ammissioni, dal 2013 questo dato è in un deciso trend di crescita (anche se il 2020, anno di pandemia, rappresenta una diminuzione in questa tendenza).

Anche il numero di teste (persone contate una volta sola anche se ammesse più volte nel corso dell'anno) ha conosciuto un importante aumento dal 2013 ad oggi.

Tabella 7 Numero di ammissioni e di persone (teste) ammesse per anno 2013-2021

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ammissioni nell'anno	1239	1272	1403	1551	1684	1640	1820	1718	1909
Persone ammesse nell'anno	873	919	961	1065	1143	1138	1229	1164	1239

I pazienti ricoverati per la prima volta (nuovi casi) sono numericamente piuttosto stabili negli ultimi 6 anni attestandosi al 50% nel 2021 (nel 2007 essi rappresentavano il 38.2% e nel 2000 il 40.7%).

Tabella 8 CPC: pazienti al primo ricovero in CPC 2013-2021

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nuovo caso	403	398	430	498	568	534	592	578	607
Già ammesse in precedenza	470	521	531	567	583	604	637	586	632

5.3 Flussi: segnalazioni modalità di ricovero

Nel 2021 i pazienti della CPC sono stati segnalati in modo decisamente più rilevante dai medici degli ospedali generali (35.7% delle entrate), meno elevata la percentuale di pazienti segnalati da psichiatri privati (12.2%, percentuale abbastanza stabile negli ultimi anni), mentre continuano ad essere relativamente poco numerosi i pazienti segnalati direttamente alla CPC da medici dei servizi ambulatoriali OSC del territorio (8.3%) e da medici privati non psichiatri (5.0%).

5.4 Alcune caratteristiche della casistica CPC

La percentuale di ammissioni coatte in CPC resta abbastanza elevata: esse rappresentano nel 2021 il 38.0% di tutte le ammissioni. Bisogna notare che nel 2019 (ultimo anno prima della situazione pandemica di cui si hanno a disposizione i dati completi) l'89.8% di tutte le ammissioni coatte in Ticino sono giunte in CPC. Queste ammissioni arrivano in particolare dagli ospedali generali (circa il 60% delle ammissioni coatte sono infatti il frutto di un invio dagli ospedali somatici), in misura minore dai medici psichiatri privati (15.9%) e dai servizi ambulatoriali per adulti (7.7%).

Tabella 9 CPC: ricoveri volontari o coatti sul totale delle ammissioni (2015-2021)

	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Coatto	553	39.4	577	37.2	608	36.1	541	33.0	665	36.5	577	33.6	725	38.0
Volontario	850	60.6	974	62.8	1076	63.9	1099	67.0	1155	63.5	1141	66.4	1184	62.0

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti tra i pazienti della CPC sono la schizofrenia e le sindromi deliranti (25.2%) e i disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive (22.7%, fra cui prevalgono quelle legate all'abuso/dipendenza da alcool). Seguono i disturbi della personalità e del comportamento (16.3%), i disturbi affettivi (15.1%), le sindromi e. È da rilevare l'importanza della doppia diagnosi legata alle dipendenze, il **46.6%** dei casi transitati in CPC nel 2021 presentavano una diagnosi principale o secondaria legata all'uso di sostanze psicoattive (F10 e F11-F19).

Tabella 10 CPC: diagnosi principale nel 2021

	2021	
	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica	80	4.2
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	434	22.7
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	481	25.2
Sindromi affettive	289	15.1
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	177	9.3
Sindromi e disturbi da alterazioni di funzioni psicologiche	36	1.9
Disturbi della personalità e del comportamento	311	16.3
Ritardo mentale	50	2.6
Altre diagnosi psichiatriche	42	2.2
Diagnosi non F	9	.5
Totale	1909	100

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Gli uomini rappresentano il 57.7% delle ammissioni in CPC. L'età media dei casi ammessi nel 2021 è di 43.8 anni. Nel 2021 ci sono state 66 ammissioni di pazienti che al momento dell'ammissione erano ancora minorenni, di cui 8 al DCA.

Tabella 11 CPC: età all'ammissione nel 2021

	N.	%
meno di 18 anni	66	3.5
18-25 anni	313	16.4
26-35 anni	354	18.5
36-45 anni	317	16.6
46-55 anni	374	19.6
56-65 anni	225	11.8
66-75 anni	141	7.4
76-85 anni	89	4.7
86 anni e più	30	1.6
Totale	1909	100
Età media	43.8	

5.5 CARL: tendenze 1995-2021

La casistica del CARL è andata aumentando fino al 2013, rimanendo poi sostanzialmente stabile negli ultimi anni (1995: 109 ospiti; 2007: 126 ospiti; 2020: 125 ospiti; 2021: 134). Se non contiamo i 6 ospiti di Spazio giovani (valutazione/osservazione e attuazione dei provvedimenti di reinserimento socioprofessionale), nel 2021 ci sono stati 128 ospiti (un ospite è stato riammesso due volte nel corso dell'anno portato il numero di ammissioni a 129) e 24 nuove ammissioni.

La degenza media per utente è diminuita passando da 320 giorni nel 2007 a 284 nel 2021.

Il 45% degli ospiti è presente al CARL dal 2015 o prima, c'è però quasi un terzo degli ospiti (31%) che ha una storia molto recente nella struttura, essendovi ospitato a partire dal 2020.

Tabella 12 CARL: anno di entrata al CARL degli ospiti 2021

	N.	%
2010 o precedenti	35	27.3
2011-2015	23	18.0
2016	8	6.3
2017	4	3.1
2018	10	7.8
2019	9	7.0
2020	16	12.5
2021	23	18.0
Totale	128	100

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Nel 2021, così come negli anni precedenti, la percentuale di uomini presenti al CARL è più alta e rappresenta il 61.7%.

L'età media dei 128 ospiti del CARL è di 58 anni, mentre se si considerano solo i 23 ammessi nel 2021 con statuto CARL è di 49.7 anni.

Tabella 13 CARL: età ospiti totali nel 2021

	N.	%
25 anni o meno	1	0.8
26-35 anni	9	7.0
36-45 anni	11	8.6
46-55 anni	27	21.1
56-65 anni	44	34.4
66-75 anni	23	18.0
76 anni e più	13	10.2
Totale	128	100
Età media	58	

Tutti gli ospiti del CARL beneficiano di una rendita AI o AVS in base all'età.

Nel 2021 sono stati effettuati 71 ricoveri in CPC che hanno coinvolto 39 ospiti del CARL.