

PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 2014-2017

Allegati:

- N. 1 Bilancio della Pianificazione
sociopsichiatrica cantonale 2009-2012**
- N. 2 Valutazione dell'evoluzione della
casistica sociopsichiatrica OSC 1991-2011**
- N. 3 Consuntivi 2011 e 2012, Preventivi 2013 e 2014,
Piano finanziario 2015 e 2016 dell'OSC**

Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017

Introduzione	1
1 Schede programmatiche	5
A. Psichiatria e popolazione anziana	6
1. Introduzione	6
1.1 Demografia	6
1.2 La prevalenza della demenza	6
2. Le malattie psichiatriche specifiche dell'età avanzata	8
3. La gerontopsichiatria e psicoterapia della persona anziana	8
4. L'offerta di servizi nel Cantone Ticino	9
4.1 Lo sviluppo della gerontopsichiatria in Ticino	10
5. Il Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica	11
5.1 La struttura, gli spazi e l'organizzazione	11
5.1.1 I servizi offerti	11
5.1.2 Consulenze psicogeriatriche nelle case per anziani	12
5.1.3 Nuova impostazione della psicogeriatrica OSC	12
6. Proposte operative	13
B. Salute e lavoro	14
1. Introduzione	14
2. Il Laboratorio di psicopatologia del lavoro	14
2.1 Struttura del Laboratorio	15
2.2 L'attività del Laboratorio di psicopatologia del lavoro	15
3. Conclusioni	17
C. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti minorenni (SMP-CPE)	18
1. Strutture residenziali e semi-residenziali per pazienti minorenni oltre i 12 anni	18
2. Progetto Civico: Servizio medico-psicologico (OSC) e Servizio di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano (ORL, EOC)	20
2.1 Definizione	20
2.2 Il Servizio di liaison pedopsichiatrico	20
2.3 Il ruolo del pedopsichiatra	21
2.4 Il Servizio di picchetto pedopsichiatrico	22
2.4.1 Accordi con la Croce Verde	22
2.5 Osservazione sull'urgenza in psichiatria infantile e dell'adolescenza	23
2.6 Le difficoltà incontrate nel "Progetto Civico"	24
2.7 Proposte operative	24
2.7.1 Ospedale regionale di Lugano	24
2.7.2 Sopraceneri	24

	Pag.
3. Unità di sviluppo (UNIS)	25
3.1 Epidemiologia	25
3.2 Principi generali	25
3.3 Procedura di valutazione e diagnosi	27
3.3.1 Valutazione cognitiva	28
3.3.2 Inserimento e frequenza al CPE	28
3.4 Dimissioni dal CPE	29
3.5 Collaborazione con altri enti che si occupano di autismo	30
3.6 La Scuola	30
3.7 Passaggio all'adolescenza e all'età adulta	30
3.8 Fabbisogno di personale	31
4. Proposte operative	32
D. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti adulti (SPS-CPC)	33
1. Introduzione	33
1.1 Strutture intermedie	33
1.2 Una nuova offerta di presa a carico intensiva tra CPC e territorio (ex équipe casi complessi)	34
2. Strutture carcerarie del Canton Ticino: presa a carico psichiatrica	38
2.1 Servizio di medicina e psichiatria carceraria (SMPC)	38
2.2 Casistica delle persone difficilmente collocabili	39
3. Verifiche e proposte di miglioramento del funzionamento dei servizi ambulatoriali per adulti (SPS e SPPM)	40
3.1 Ricerca contenzione	42
4. Alleanza contro la depressione (AcD)	44
4.1 Un po' di storia	44
4.2 Il modello AcD	45
4.3 Il progetto	45
5. Proposte operative	46
E. Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)	47
1. Introduzione	47
2. Collaborazione con le Case anziani e gli Istituti LISPI	47
3. Proseguimento della collaborazione con l'AI come prestatori di provvedimenti (Spazio giovani)	47
4. Intensificazione delle collaborazioni con il mondo del lavoro	48
5. Consolidamento dell'esperienza dell'appartamento scuola	48
6. Realizzazione dello spazio socioculturale SPAMM/Casvegno all'interno del Progetto integrato transfrontaliero (PIT)	49
7. Conclusioni	49

	Pag.
F. Formazione presso l'OSC	50
1. Medici: accreditamento della formazione	50
1.1 Ulteriori formazioni presso l'OSC	51
2. Psicologi nuova LPPsi e i 5 percorsi formativi	52
2.1 Introduzione	52
2.2 Psicoterapeuti	53
2.3 Psicoterapeuta in formazione	53
2.4 Psicologo	54
2.5 OSC: polo formativo accreditato a livello federale	54
3. Il Centro di competenza per la formazione infermieristica (CCFI)	55
3.1 Introduzione	55
3.2 La missione del CCFI	55
3.3 Formazione allievi infermieri	55
3.4 Quantitativamente	56
3.5 Formazione continua OSC	56
3.6 Conclusioni	57
2 Riassunto e conclusioni	58
Riassunto e conclusioni delle proposte operative	59
Disegno di Decreto legislativo	62
3 Allegati	64
1. Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012	65
2. Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica OSC 1991-2011	69
3. Consuntivi 2011 e 2012, Preventivi 2013 e 2014, Piano finanziario 2015 e 2016 dell'OSC	90

Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017

Introduzione

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017 proposta dal rinnovato Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) fa seguito a quella 2009-2012 che fu la seconda votata dal Gran Consiglio e che venne accolta dal Parlamento dopo un lungo ed approfondito lavoro di analisi e di esame svolto dalla Commissione speciale sanitaria e dalla sua sottocommissione.

La prima Pianificazione sociopsichiatrica sulla quale si espresse il Gran Consiglio fu la 2005-2008 che fu oggetto di due rapporti elaborati dalla Commissione speciale sanitaria. Sulla base delle conclusioni e delle indicazioni contenute nel rapporto di maggioranza adottato dal Parlamento, venne elaborato un insieme di proposte operative che furono inserite nelle Linee direttive e nel Piano finanziario edizione 2007.

Il costo totale era quantificato in CHF 9.105 mio al lordo, CHF 6.155 mio al netto con un aumento di circa 70 unità di personale per l'OSC.

Per l'elaborazione della Pianificazione 2009-2012, il Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) fece riferimento a questo scenario adottando talune proposte, rifiutandone altre o proponendo delle misure alternative.

L'esito di questo lavoro portò il CPSC a proporre un Decreto legislativo che prevedeva un costo totale di CHF 3.255 mio al lordo, CHF 2.305 al netto di cui CHF 1.65 mio al lordo e CHF 1.0 mio al netto già decise ed adottate dal Consiglio di Stato nell'ambito del Preventivo 2008. Le unità di personale supplementari richieste erano una ventina. Il Gran Consiglio fece proprie tutte le proposte ed i relativi costi e ne aggiunse delle sue con un secondo Decreto legislativo, segnatamente:

- l'aumento di ulteriori quattro operatori sociali attribuiti ai Servizi medico-psicologici, uno per sede;
- l'istituzione di un'équipe ad hoc presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) per diminuire la contenzione dei pazienti;
- l'incremento della collaborazione fra il Servizio medico-psicologico di Lugano e il Servizio di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano, sede Civico;

con un aumento di 14 unità di personale supplementare, ciò che portò a 34 unità l'aumento degli effettivi OSC.

Riassumendo schematicamente:

		Costo preventivato	Aumento unità di personale
A	Linee Direttive e Piano Finanziario (edizione 2007)	CHF 9.105 mio al lordo CHF 6.155 mio al netto	+ 70 circa
B	<u>Preventivo 2008</u>		
	Apertura CD fine settimana	CHF 0.2 mio al lordo e al netto	+ 2
	Progetto Civico adulti	CHF 1.45 mio al lordo CHF 0.8 mio al netto	+ 6
	<i>Totale Preventivo 2008</i>	<i>CHF 1.65 mio al lordo CHF 1.0 mio al netto</i>	+ 8
	Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 Proposta Consiglio di Stato (CdS)	CHF 1.605 mio al lordo CHF 1.305 mio al netto	+ 12.5
	<i>Totale Preventivo 2008 e Proposta CdS</i>	<i>CHF 3.255 mio al lordo CHF 2.305 mio al netto</i>	+ 20.5
C	Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 Decisione del Gran Consiglio	CHF 5.06 mio al lordo CHF 3.79 mio al netto	+ 34
C- B	Differenza fra le decisioni del Gran Consiglio sulla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 e la proposta del CdS, comprese le decisioni sul Preventivo 2008	CHF 1.805 mio al lordo CHF 1.485 mio al netto	+ 14

Come si vedrà in seguito, le proposte operative contenute nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017 avranno un costo inferiore a quello deciso dal Parlamento nel 2010.

Nell'elaborazione del presente documento pianificatorio e delle sue proposte, il Consiglio psicosociale cantonale ha dovuto considerare anche altri processi legislativi e pianificatori che direttamente o indirettamente potevano influenzare le sue scelte, in particolare:

- L'entrata in vigore il 1. gennaio 2013 della revisione del Codice civile svizzero del 19 dicembre 2008 in tema di protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione. Questa modifica legislativa, oltre ad aver imposto un adeguamento delle normative cantonali in materia di curatele, richiede e rende opportuna anche una revisione della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) e della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (LSan). Si tratta di adeguamenti per lo più formali atti ad evitare possibili equivoci sul quadro giuridico di riferimento, ritenuta in ogni caso la preminenza del diritto federale e considerata pure la protezione giuridica già riconosciuta dalla LASP. Nel progetto che verrà sottoposto al Consiglio di Stato si intenderebbe proporre di mantenere quale campo d'applicazione della LASP esclusivamente il settore psichiatrico e di incorporare invece nella LSan i nuovi disposti federali in materia di istituti di accoglienza o di cura (art. 382 segg CC).
- La Pianificazione LAMal con cui il Consiglio di Stato deve determinare il fabbisogno necessario per la cura delle malattie psichiatriche in ospedale. Questa pianificazione non ha un'influenza diretta sulle proposte operative contenute nel presente documento pianificatorio, ma è ovvio che tutto quanto si propone per migliorare la presa a carico di utenti psichiatrici nelle strutture intermedie, in ambulatori

o in servizi semi-stazionari, avrà certamente una ripercussione sulla necessità futura di ospedalizzazioni in ambito stazionario acuto.

- La nuova Legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi), approvata dal Parlamento federale il 18 marzo 2011 e che è entrata in vigore il 1. aprile 2013.

Per gli anni 2014-2017, il CPSC ha elaborato alcune proposte operative per affrontare con nuovi strumenti la cura dei nostri concittadini in situazioni di disagio.

Vi sono proposte per migliorare la presa a carico:

- dei giovani (SMP e CPE);
- degli adulti (CPC e SPS) e
- degli anziani (CPC e SPS).

Inoltre, si propone un intervento di prevenzione primaria: la creazione di un'Alleanza contro la depressione. Questo progetto verrebbe realizzato con l'importante collaborazione dell'Ufficio del medico cantonale tramite il Servizio di promozione e valutazione sanitaria.

Il CPSC ha affrontato temi importanti che coinvolgono direttamente o indirettamente tutte le fasce d'età della nostra popolazione e per ognuna ha formulato delle proposte di miglioramento della cura di coloro che ne necessitano.

Il costo totale di tutte queste proposte ammonta CHF 3.663 mio al lordo e di CHF 2.302 mio al netto.

Benché il CPSC sia a conoscenza delle difficoltà finanziarie in cui si trova il Canton Ticino, il Consiglio psicosociale cantonale ha ritenuto di poter esporre tutte le proposte operative che ritiene comunque importanti ma nel contempo si è chinato su un'analisi dei costi per permettere di concludere che quanto proposto in questa Pianificazione possa essere realizzato non superando il limite di CHF 2.0 mio inseriti a Piano finanziario. I dettagli di questa valutazione finanziaria sono espressi nel Riassunto e conclusioni a pag. 59 del presente documento.

Il CPSC ritiene importante evidenziare che un documento pianificatorio -specialmente se determinante per la salute dei concittadini- non può essere letto unicamente in una chiave di costi e di spese ma deve essere considerato anche in un'ottica di investimento. In questo senso, le nuove prestazioni che vengono proposte per gli anziani (Scheda A), per i minorenni (Scheda C) e per i casi complessi della CPC (Scheda D) sono evidentemente degli investimenti che permetteranno di risparmiare nel medio-lungo periodo cure psichiatriche a coloro che ne beneficeranno nel corto periodo. Inoltre, vengono proposti anche dei miglioramenti qualitativi che certamente avranno ripercussioni sulla presa a carico dell'utenza che fa capo ai Servizi dell'OSC.

Va altresì segnalato che, per ogni proposta formulata, il CPSC ha anche analizzato le possibili alternative e gli eventuali riorientamenti possibili per mantenere sopportabile il costo supplementare richiesto.

Ad esempio si è rinunciato a proporre un Centro terapeutico per adolescenti e a chiedere un aumento di letti in CPC per i pazienti anziani con o senza patologie di carattere demenziale. Questo aumento sarebbe avvenuto nel quadro della Pianificazione LAMal entrata in vigore nel 2007 che attribuisce alla CPC 15 letti supplementari -da 140 a 155-

che nel frattempo non sono stati attivati. Inoltre, in vista dell'introduzione della Legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi), non si è ritenuto necessario incrementare il personale presso gli SPS e gli SMP per poter accreditare i nuovi percorsi formativi che porteranno ai titoli di specializzazione per gli psicologi.

Chiaramente, alla prova dei fatti e nel quadro del mandato di prestazione dell'OSC e del suo conto prestazioni, qualora si verificasse che le risorse supplementari non sono del tutto utilizzate, il Consiglio di Stato ed il Dipartimento della sanità e della socialità potranno procedere alle valutazioni necessarie e quindi intervenire per rivedere la dotazione attribuita all'OSC per questi nuovi compiti.

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017 si presenta in una veste leggermente diversa rispetto alla precedente. Per rendere più facilmente consultabile il documento, si è deciso di non dedicare la prima parte ai bisogni emergenti ma si è optato di inserire direttamente nelle schede programmatiche quanto precedentemente veniva espresso separatamente.

A mente del CPSC questa presentazione semplificherà la lettura del testo e di conseguenza la sua analisi.

Schede programmatiche

- A. Psichiatria e popolazione anziana
- B. Salute e lavoro
- C. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti minorenni (SMP-CPE)
- D. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti adulti (SPS-CPC)
- E. Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)
- F. Formazione presso l'OSC

A. Psichiatria e popolazione anziana

1. Introduzione

1.1 Demografia

Secondo le previsioni demografiche¹, la popolazione del Ticino dovrebbe passare dai 336'943 abitanti del 2011 ai 363'000 abitanti nel 2040 (+8%), con un conseguente aumento della popolazione anziana. Nel 2040, la fascia d'età 65-79 dovrebbe raggiungere le 79'160 unità (2011: 50'557), mentre quella degli ultrasessantenni le 42'839 unità (2011: 19'542). La percentuale di persone con 80 anni e più passerebbe dal 5,8% del 2011 all'11,8% nel 2040.

A ciò va aggiunto l'aumento abbastanza costante della speranza di vita. Si prevede che nel 2040 essa sarà di 84.7 anni per gli uomini (1988-1993: 74.8) e di 89.2 anni per le donne (1988-1993: 81.8). Negli ultimi vent'anni i demografi osservano inoltre una diminuzione del divario fra speranza di vita degli uomini e quella delle donne imputabile a vari fattori (ad es. aumento del fumo nelle donne e diminuzione negli uomini, comportamento che favorisce l'insorgenza di determinate patologie)².

Si assisterà dunque ad un aumento del numero di persone con un'autonomia parzialmente o totalmente ridotta e con dei bisogni specifici, ai quali la società sarà confrontata e che costituiranno un problema sempre più rilevante in ambito socio-sanitario.

1.2 La prevalenza della demenza

Fra i bisogni di assistenza emerge quello delle persone colpite dal morbo di Alzheimer e da altre forme di demenza senile. Queste malattie hanno per ora un decorso cronico progressivo che porta ad una dipendenza totale da terzi.

La prevalenza della demenza nella popolazione totale in Svizzera è del 1,2-1,3 %, mentre la prevalenza della demenza nella popolazione >60 anni è del 7,2 % (dati 2010).

Rispetto alle aree geografiche considerate nella tabella seguente, le demenze hanno una prevalenza nella popolazione ultrasessantenne attorno al 5-7% (Tab. 1).

Tab. 1. Prevalenza della demenza nella popolazione ≥ 60 anni.

	Ferri et al. 2005 ³ %	ADI, 2009 ⁴ %
Europa occidentale	5,4	7,2
Europa Orientale	3,8-3,9	4,8
Nord America	6,4	6,9
America Latina	4,6	5,5-7,0
Nord Africa	3,6	3,7
Totale	3,9	4,7

1 USTAT(2012). Scenari cantonali, Ufficio federale di statistica, Neuchâtel. Ufficio di statistica del Cantone Ticino, febbraio 2012. http://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/allegati/prodima/3201_popolazione_panorama.pdf

2 Moreau A (2010). In scena(rio) una popolazione che cresce ancora (ma rallenta): previsioni demografiche SCRIS-Ustat 2009-2040. Dati, statistiche e società, 1: 1-22

3 Ferri CP et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet, 366, 9503: 2112-2117

4 Alzheimer's Disease International (2009). World Alzheimer Report 2009. London. <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>

Questa prevalenza aumenta con l'età⁵. Nelle fasce d'età più giovani è più frequente negli uomini, mentre dopo i 75 anni la prevalenza è maggiore nelle donne rispetto agli uomini di pari età (Tab. 2).

Tab. 2. Tassi di prevalenza della demenza in Svizzera nelle diverse fasce d'età (calcolati da Kraft et al. 2010⁶ su dati di Harvey et al. 1998⁷ e EURODEM⁸).

classi d'età	tassi di Prevalenza	
	maschi	femmine
30-64	0,07	0,07
65-69	2,20	1,10
70-74	4,60	3,90
75-79	5,00	6,70
80-84	12,10	13,50
85-89	18,50	22,80
90+	31,90	34,10

Queste malattie, oltre ad avere un forte impatto sulle famiglie con un parente affetto da demenza, richiedono una rete di servizi e di supporto (formali e informali) sempre più estesa. Infatti a livello internazionale, Svizzera compresa, risulta che più del 50% dei pazienti affetti da demenza vive nella propria abitazione (Tab. 3) e necessita di qualche forma di assistenza.

Tab. 3. Percentuale di persone con demenza che vivono nella propria abitazione⁹.

	area urbana (%)	area rurale (%)
Svizzera	60-69	50-59
Germania	50-59	60-69
Italia	50-59	50-59
Svezia	50-59	50-59
USA	70-79	80-89
Giappone	60-79	70-79
Cina	70-99	80-94

Sulla base della composizione per età della popolazione ticinese nel 2011, utilizzando i dati di prevalenza per classi d'età riportati nella tabella 2, i ticinesi affetti da demenza dovrebbero essere circa 5'700 (Tab. 4).

⁵ Vanacore N et al. (2005). Epidemiologia della demenza di alzheimer in Italia. Bollettino epidemiologico nazionale: notiziario ISS. 18, 2: 1-3. <http://www.epicentro.iss.it/ben/2005/febbraio/1.htm>

⁶ Kraft E et al. (2010). Cost of dementia in Switzerland. Swiss Medical Weekly, 140:w13093: 1-7. http://www.smw.ch/scripts/stream_pdf.php?doi=smw-2010-13093

⁷ Harvey RJ et al. (1998). Young onset dementia: epidemiology, clinical symptoms, family burden, support and outcome. London: Dementia Research Group. 145 p. <http://home.kosha.net/~h1415c/report.pdf>

⁸ Hofman A et al. (1991). The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. International journal of epidemiology, 20, 3: 736-748. Abstract

⁹ Alzheimer's Disease International (2010). World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia. London. <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>

Tab. 4. Numero di persone con demenza in Cantone Ticino, calcolate in base alla popolazione ticinese del 2011 e ai tassi di prevalenza svizzeri.

classe d'età	POPOLAZIONE 2011		PERSONE CON DEMENZA		
	maschi n	femmine n	maschi n	femmine n	totale n
30-64	83'024	84'572	58	59	117
65-69	9'475	10'568	208	116	324
70-74	7'870	9'138	362	356	718
75-79	5'885	7'621	294	511	805
80-84	3'677	6'033	445	814	1259
85-89	1'909	4'380	353	999	1352
90+	852	2'691	272	918	1190
Totale	112'692	125'003	1'992	3'773	5'765

2. Le malattie psichiatriche specifiche dell'età avanzata

Le malattie psichiatriche specifiche dell'età avanzata hanno caratteristiche specifiche, che vanno tenute in conto nella pianificazione dell'offerta di cure:

- sono sottodiagnosticate: non sono sufficientemente conosciute, si attribuiscono i sintomi all'età o a malattie somatiche;
- sono stigmatizzate, ciò che rende più difficoltoso il ricorso a cure specializzate (in particolare alla gerontopsichiatria);
- hanno un'alta prevalenza nelle case per anziani e negli ospedali acuti;
- vi è una polimorbilità, ossia concomitanza di malattie psichiatriche e somatiche;
- hanno un decorso cronico progressivo.

Tali caratteristiche comportano la necessità di offrire una formazione specifica ai curanti e ai medici di famiglia, di consulenze interdisciplinari con la presenza dello specialista in gerontopsichiatria, di una stretta collaborazione tra la gerontopsichiatria e altre discipline (medicina interna, geriatria, medicina di base) e di una maggiore informazione a livello di popolazione generale (ad esempio attraverso i media). Le persone anziane affette da patologie psichiatriche sono spesso prese a carico da diverse figure professionali e durante il loro percorso di malattia sono ricoverate in diverse strutture (case anziani, case di cura, ospedali somatici, reparti psicogeriatrici, ecc.). E' quindi fondamentale garantire lo scambio di informazioni, definendo modalità di comunicazione chiare, fra i vari partners coinvolti nella presa a carico del paziente¹⁰.

3. La gerontopsichiatria e psicoterapia della persona anziana

La gerontopsichiatria e psicoterapia della persona anziana è una specializzazione psichiatrica supplementare e si occupa della prevenzione, della diagnostica e della terapia dei disturbi e delle malattie psichiatriche specifiche dell'età avanzata.

¹⁰Mosimann P. et al. (2009). Bericht Alterspsychiatrie Kanton Bern. Weiterentwicklung Psychiatrie Bern (WePBE) 2011-2014. Bern: Universität.

http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheitspsychiatrie/versorgungsplanung.assetref/content/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/20112014/versorgungsplanung_alterspsychiatrie_d.pdf

Questa formazione approfondita è stata introdotta nel 2006 dalla FMH nel programma di perfezionamento professionale destinato agli specialisti in psichiatria e psicoterapia. In generale la fascia d'età considerata è quella dai 65 anni in su, ma vi sono anche casi di pazienti più giovani. Gli psichiatri e gli psicoterapeuti della persona anziana hanno come obiettivo quello di proteggere e migliorare la salute psichica e la qualità di vita della persona anziana.

Vista la "giovane età" di questa specializzazione e per favorirne un ulteriore sviluppo, da più parti si sente la necessità di definire in modo omogeneo la gerontopsichiatria e la gerontopsicoterapia e di attribuirle un nome specifico, che le permetta da un lato di differenziarsi dalle altre discipline specialistiche (ad esempio dalla geriatria) e dall'altro di essere identificata in modo chiaro da tutte le persone coinvolte nel processo di cura.

A livello diagnostico e terapeutico la moderna gerontopsichiatria è caratterizzata da offerte di cura:

- a livello ambulatoriale: visite a domicilio da parte di équipes specializzate, consultazioni di gerontopsichiatria generale, servizio di consultazione e di liaison negli ospedali acuti somatici, consultazioni presso la Memory Clinic che offre consulenze e valutazioni diagnostiche riguardanti problemi cognitivi;
- a livello semistazionario - cliniche di giorno: permanenza limitata ed a carattere terapeutico. Le cliniche di giorno costituiscono un'importante interfaccia fra le cure ambulatoriali e quelle stazionarie;
- a livello stazionario: cure offerte in ambito stazionario destinate ad anziani affetti da gravi patologie psichiatriche, la cui cura non è possibile con un intervento ambulatoriale o in un contesto semistazionario.

4. L'offerta di servizi nel Cantone Ticino

Il Cantone per far fronte a questa sfida demografica e all'insorgere di nuovi bisogni sociosanitari da parte della popolazione anziana, può avvalersi di misure di sostegno differenziate, risorse familiari e vicinato, servizi di assistenza e cura a domicilio, servizi di appoggio e di volontariato (servizio trasporto, distribuzione pasti a domicilio, fornitura e manutenzione dei mezzi ausiliari, servizio di sostegno agli ammalati), centri diurni (centri diurni terapeutici e di aggregazione sociale), case per anziani (con l'offerta differenziata: soggiorno temporaneo, riabilitazione geriatrica, soggiorno a tempo indeterminato, centro diurno) e le strutture ospedaliere acute.

Nel Cantone (tenuto conto del fatto che alcuni istituti sono in fase di ampliamento), l'offerta di posti letto in case anziani è di circa 4'200 posti. Sulla base del Messaggio n. 6621 del 21 marzo 2012 della Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Canton Ticino, si stima che il fabbisogno scoperto sia di circa 1'193 posti a fine 2020 rispetto al dato effettivo 2010, di cui 885 già in corso di realizzazione o prospettati nel presente decennio.

In generale, si può affermare che tutti gli istituti per anziani sono già in grado di accogliere utenti con gradi di dipendenza elevati, per cause di natura fisica, psichica e mentale.

In particolare, per la presa a carico dell'anziano colpito dal morbo di Alzheimer, quasi tutti gli istituti dispongono di personale curante specializzato. Tutte le case per anziani sono tenute ad attivare forme di presa a carico finalizzate a gestire le persone colpite da demenza senile e deficienze cognitive con metodologie e approccio specifici.

Sull'asse territoriale sono molte le strutture che contemplano uno o più reparti destinati a persone anziane con deficit cognitivo. Fra queste citiamo: Montesano e Varini a Orselina, Casa Giardino a Chiasso, Casa Malcantonese a Castelrotto, Casa La Quercia ad Acquarossa, Centro la Piazzetta e Istituto Asilo dei ciechi a Lugano, Casa comunale San Carlo a Locarno, Casa San Giorgio a Brissago, Casa Greina a Bellinzona, Casa per anziani di Lugano Gemmo, Casa consortile Mezzovico, Casa consortile Claro, San Donato Intragna, Centro socio-sanitario Cevio, Cà Rezzonico Lugano, Opera Don Guanella Castel San Pietro.

Qualora si verificasse la necessità di accertamenti diagnostici o l'insorgere di una malattia acuta di carattere confusionale e/o demenziale, od altro evento che richiede accertamenti diagnostici e cure acute, l'anziano, la famiglia, il medico curante, i servizi o gli istituti possono rivolgersi agli ospedali somatici (pubblici e privati) che dispongono di specifici reparti di geriatria oppure al Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) che dispone di due reparti specifici presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC).

Queste unità cliniche si inseriscono dunque nella presa a carico integrata di anziani sofferenti di patologie psichiatriche e somatiche che necessitano nel percorso dell'invecchiamento di interventi specifici e specialistici, integrandosi prima e dopo la degenza in clinica con le istanze, strutture, organizzazioni e persone sopra riportate.

4.1 Lo sviluppo della gerontopsichiatria in Ticino

Oggi l'OSC dispone di un Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) che ha due reparti specifici presso la CPC e che effettua delle consulenze presso le case per anziani. Per essere in grado di assorbire le nuove richieste sociosanitarie emergenti è indispensabile ampliare anche il campo di attività di ciò che viene svolto sul territorio (strutture ambulatoriali psichiatriche per adulti dell'OSC (SPS e SPPM), ospedali somatici acuti).

Infatti, se si considerano le precedenti previsioni demografiche e il conseguente aumento degli anziani con un'autonomia parzialmente o totalmente ridotta e con dei bisogni specifici, si evidenzia a livello cantonale la necessità di poter disporre di un'équipe composta da medici con formazione in psichiatria e psicoterapia e specializzati in gerontopsichiatria e gerontopsicoterapia e da personale infermieristico specializzato. E' quindi utile potenziare il personale con una formazione specifica in questo campo.

Poter disporre di un'offerta specializzata all'interno dell'OSC permette di:

- disporre di personale medico e infermieristico specializzato per gli utenti che afferiscono alle strutture ambulatoriali psichiatriche per adulti dell'OSC (SPS e SPPM);
- migliorare la presenza nelle case per anziani, effettuando consulenze, supervisioni, formazione, ecc.;
- offrire una consulenza specialistica negli ospedali somatici pubblici e privati;
- offrire consulenze specialistiche ai medici di famiglia e agli specialisti che hanno in cura degli anziani affetti da queste patologie.

5. Il Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica

I Servizi stazionari e ambulatoriali dell'OSC partecipano alla valutazione geriatrica e alla presa a carico di persone anziane sofferenti di problemi psichici e contribuiscono a chiarire la patologia, i fattori di rischio, i problemi individuali nonché le risorse bio-psico-sociali e relazionali degli anziani stessi.

E' stato istituito un Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) che dispone ora di due reparti specifici presso la CPC, per le persone anziane sofferenti di una patologia psichiatrica acuta.

5.1. La struttura, gli spazi e l'organizzazione

5.1.1 I servizi offerti

Il SIPSIG dispone attualmente di 26 posti letto. Per poter fornire un servizio mirato e qualificato il servizio è suddiviso in:

- un reparto specializzato per le patologie di carattere demenziale con conseguenti disturbi del comportamento:

la casistica che afferisce a questo reparto soffre di disturbi psichici (a carico del pensiero, dell'affettività e della percezione) e comportamentali, che complicano il decorso della demenza. Questi disturbi sono la causa più frequente di istituzionalizzazione, di intervento medico, di prescrizione farmacologica, di aumento della disabilità, di causa di stress grave dei caregiver, di ridotta qualità di vita del paziente e del caregiver e dell'aumento dei costi economici della malattia.

Si tratta di un reparto dotato di 9 posti letto, che opera a porte chiuse, considerato il rischio di allontanamento afinalistico nei pazienti sofferenti di sindromi demenziali particolarmente gravi. La patologia di questi anziani è spesso complessa e polivalente, e le loro condizioni generali sono di regola compromesse da un deterioramento non solo psichico ma anche fisico e spesso sensoriale.

In seguito agli accertamenti diagnostici e dopo una valutazione clinica dei problemi di natura biologica, psicologica e sociale, si procede alla messa a punto di un piano terapeutico e riabilitativo personalizzato. In collaborazione con la famiglia, i curanti e/o le case per anziani si applicano i procedimenti terapeutici rivolti sia alla cura della sintomatologia sia alla riduzione della sofferenza del paziente e dei suoi familiari, al mantenimento o al recupero delle abilità residuali. L'équipe terapeutica rivaluta quotidianamente l'intervento terapeutico sia dal punto di vista farmacologico che da quello della riabilitazione cognitiva e comportamentale. Appena possibile i pazienti sono coinvolti nelle attività culturali, sociali e ricreative, inserite nel programma di riabilitazione, effettuato presso il reparto stesso o negli spazi gestiti dal Servizio di socio-ergoterapia.

- un reparto per patologie psichiatriche di ogni natura in età geriatrica: questo reparto è dotato di 17 posti letto, ed è specializzato nell'esplorazione diagnostica, nella cura e nella riabilitazione delle patologie psichiatriche acute in età geriatrica. Percorso terapeutico che inizia con la diagnostica psichiatrica e somatica, si avvale degli interventi psichiatrici, strumentali e di laboratorio. Il piano terapeutico individualizzato, include anche un trattamento farmacologico, mirato al miglioramento dei disturbi psichici e internistici. In seguito il paziente è inserito in un percorso

riabilitativo personalizzato, affidato a personale adeguatamente formato. Questo percorso mira soprattutto al ridimensionamento del quadro psicopatologico e al recupero e sviluppo delle abilità residuali. Gruppi di sostegno rivolti ai famigliari sono integrati nell'attività terapeutica del reparto. Quando la situazione lo permette i famigliari dei pazienti sono invitati a prendere parte attiva nella progettazione dell'intervento terapeutico. L'équipe terapeutica estende il suo intervento alla gestione delle problematiche quotidiane, non solamente in clinica ma anche in quelle domiciliari. L'inserimento del paziente nella realtà di riferimento precedente alla degenza, è favorito dagli incontri con i famigliari, dalla collaborazione con i medici di base, con gli specialisti, con gli operatori delle case per anziani o con altre strutture e servizi di assistenza domiciliare per anziani. Il Servizio di socioterapia assume compiti non solamente di ergoterapia ma anche di animazione sociale, culturale e ricreativa.

I reparti si avvalgono della regolare consulenza settimanale di un medico internista dell'EOC per i problemi di natura organica e della collaborazione di un fisioterapista diplomato, presente tre volte la settimana.

Inoltre è prevista una regolare formazione interna rivolta a tutti gli operatori, oltre che di una supervisione di équipe da parte di uno specialista esterno.

5.1.2 Consulenze psicogeriatriche nelle case per anziani

A partenza dai reparti del SIPSIG della CPC, i medici responsabili hanno sviluppato nel corso degli ultimi anni, un'apprezzata consulenza presso le case per anziani del Sottoceneri, in prevalenza numerica del luganese e quantificabili in circa 200/anno. Lo scopo è quello di offrire una consulenza medica presso le case per anziani del territorio, al fine di trattare i disturbi psichiatrici nel luogo in cui si manifestano ed evitare per quanto possibile un ricovero in clinica. Per i pazienti con demenze gli psichiatri OSC intervengono su richiesta del geriatra (ad esempio per i disturbi di comportamento). Inoltre, i casi dimessi dopo la degenza presso i reparti specifici della CPC, vengono seguiti nelle rispettive case per anziani dagli stessi medici che li hanno avuti in cura stazionaria. Questo è molto rassicurante per le équipes curanti delle strutture per anziani e permette di inserire con maggiore facilità la casistica psicogeriatrica in molte case per anziani. Oltre alla consulenza sul caso, viene offerto un sostegno all'équipe curante, spesso alle prese con situazioni di crisi che travalicano i limiti della gestione ordinaria. Il SIPSIG ha inoltre affiancato alla consulenza medica la figura dell'infermiere psichiatrico di 'liaison', sempre a partenza dai reparti, che mantiene regolari contatti con gli infermieri delle strutture, e talvolta accompagna il medico in visita.

5.1.3 Nuova impostazione della psicogeriatra OSC

Con riferimento ai dati demografici ed epidemiologici presentati nell'introduzione di questo capitolo, si può ipotizzare che nel presente periodo pianificatorio sia auspicabile l'apertura di nuovi letti presso il SIPSIG per accogliere i pazienti anziani con patologie psichiatriche o affetti da patologie di carattere demenziale con conseguenti disturbi del comportamento. Un aumento di letti nel reparto avrebbe come conseguenza un aumento di costi per le risorse umane attribuite al settore stazionario, ciò che sarebbe in controtendenza con quanto accade in tutta la Svizzera dove il numero di letti LAMal è in costante diminuzione. In un'ottica di gestione accurata delle risorse a disposizione che garantisca la necessaria flessibilità come pure nell'applicazione del principio della LASP che prevede che l'utente

venga mantenuto, se non controindicato, nel suo ambiente sociale e familiare, il CPSC ritiene che sia più opportuno proporre un minimo aumento di risorse per il SIPSIG -e questo per incrementare la qualità del servizio offerto- e di attribuire agli SPS una maggiore dotazione di personale specializzato che possa intervenire per consultazioni e consulenze direttamente sul territorio dove vive la persona anziana che necessita di presa a carico specialistica.

6. Proposte operative

Dopo aver consultato il Presidente dell'Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera italiana (ADICASTI), l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio della DASF, il Servizio vigilanza e qualità dell'Ufficio del medico cantonale nonché la Società ticinese medici geriatri (STIMGER), per le prestazioni a favore della psichiatria per la popolazione anziana, vengono formulate le seguenti proposte operative:

1. Disporre all'interno dei Servizi psichiatrici ambulatoriali per adulti dell'OSC (SPS e SPPM) di personale medico, psicologico e infermieristico specializzato in gerontopsichiatria per consultazioni ad utenti anziani con sospetto di disturbi psichiatrici (escluse le demenze che verranno inviate alle Memory Clinic già esistenti) e per consulenze a medici di base e specialisti.
2. Migliorare la presenza del Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) nelle case per anziani, al fine di soddisfare le frequenti richieste di formazione, di supervisione sui casi, coaching, ecc.
3. Intensificare la collaborazione tra SIPSIG e gli ospedali somatici acuti pubblici e privati riguardo a pazienti anziani con problemi gerontopsichiatrici.
4. Per poter offrire un servizio di gerontopsichiatria e per soddisfare le esigenze descritte nei punti 1-3, è necessario aumentare le unità di personale di un medico specialista in gerontopsichiatria, un/una psicologa con specializzazione in neuropsicologia e due infermieri specializzati o specializzandi in gerontopsichiatria.

Il personale supplementare verrebbe attribuito come segue:

0.5 unità di psicologa specializzata in neuropsicologia al SIPSIG, costo lordo CHF 75'000 oneri sociali compresi, CHF 40'000 al netto;

0.5 unità di psicologa specializzata in neuropsicologia agli SPS, costo lordo CHF 75'000 oneri sociali compresi, CHF 40'000 al netto;

1 medico aggiunto specializzato in gerontopsichiatria attribuito agli SPS, costo CHF 188'000 oneri sociali compresi, al netto CHF 94'000 ma è probabile che grazie alle fatturazioni questa spesa al netto sia inferiore;

2 infermieri specializzati in gerontopsichiatria agli SPS con un costo lordo, oneri sociali compresi, di CHF 200'000, CHF 100'000 al netto.

B. Salute e lavoro

1. Introduzione

Non passa giorno che i mass-media informino su importanti avvenimenti che toccano direttamente o indirettamente il mondo del lavoro anche nel nostro Cantone.

Ristrutturazioni aziendali, cessioni di aziende, fallimenti, delocalizzazioni, dumping salariale, crisi finanziaria, difficoltà per le imprese esportatrici sono titoli che quotidianamente vengono portati a conoscenza dell'opinione pubblica che se ne fa un'opinione. Tutti questi cambiamenti hanno importanti ripercussioni sulle persone -soprattutto su quelle direttamente coinvolte- permettendo di affermare che il tema del lavoro è certamente ritornato al centro delle preoccupazioni della popolazione e dell'Autorità politica. Basta vedere quanto sta accadendo in Europa con la crisi finanziaria e monetaria per comprendere quanto il nostro Cantone e la sua popolazione siano potenzialmente coinvolti anche perché gli analisti hanno difficoltà a fare previsioni sulla reale dimensione della crisi e sulla sua possibile soluzione.

2. Il Laboratorio di psicopatologia del lavoro

Con lungimiranza, nel 2003, il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) e l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) hanno dato avvio all'attività del Laboratorio di psicopatologia del lavoro.

La maggioranza delle persone che si rivolge al Laboratorio ha un'occupazione al momento del primo contatto. Emerge quindi in maniera chiara che il disagio o il disadattamento coinvolge non solo le persone che hanno perso il lavoro ma anche e soprattutto le persone che hanno un'occupazione e che avvertono uno squilibrio tra le richieste poste dall'ambiente lavorativo in cui sono inserite e le possibilità di farvi fronte, o che vivono una degenerazione dei rapporti interpersonali sul luogo di lavoro con la comparsa di fenomeni quali l'aumentata conflittualità e le molestie psicologiche.

In linea generale, l'utente che contatta il Laboratorio proviene dal distretto del Luganese, ha un'età media di 43 anni, nel 68% dei casi è di nazionalità svizzera, celibe/nubile e senza figli. Dispone di un titolo di studio corrispondente ad un apprendistato o ad una scuola professionale. Svolge prevalentemente un'attività impiegatizia semplice o qualificata. Al momento del contatto con il Laboratorio, nell'85% dei casi, è professionalmente attivo con contratto a tempo indeterminato. Tale situazione può modificarsi durante la presa a carico poiché talvolta la situazione lavorativa e di salute della persona è giunta ad uno stato di compromissione tale da non rendere possibile alcun intervento di conservazione dell'abilità lavorativa in quel posto di lavoro. Nella maggior parte dei casi il problema presentato non riguarda un'insoddisfazione per la professione scelta ed esercitata (l'utente si ritiene abbastanza soddisfatto del proprio mestiere), ma riguarda una situazione di conflittualità nell'ambiente di lavoro con il superiore gerarchico o con i colleghi e problematiche legate ad un licenziamento talvolta abusivo. Lamenta ritmi ed orari pesanti, scarsa comunicazione ed un ambiente di lavoro conflittuale.

Generalmente non ha precedenti psichiatrici. Non è a beneficio dell'assistenza sociale né dell'assicurazione invalidità. Riferisce ansia, disturbi del sonno, nervosismo ed irritabilità, angoscia e preoccupazione verso il futuro ed in generale una sintomatologia ansioso-depressiva reattiva al contesto lavorativo.

2.1 Struttura del Laboratorio

A partire da gennaio 2011 il Laboratorio di psicopatologia del lavoro, grazie al consolidamento concesso dal Parlamento nel quadro della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012, è attivo a tempo pieno, prima lo era nella misura del 50%. Può garantire pertanto la presenza quotidiana di almeno un operatore. Attualmente presso il Laboratorio sono quindi impiegate un'assistente sociale con il grado di occupazione del 30% e due psicologi attivi rispettivamente al 40% e al 30%. Si avvale anche della collaborazione di un medico psichiatra per le esigenze mediche degli utenti. Tale gruppo primario lavora in stretta collaborazione con un gruppo secondario già esistente, composto da medici, avvocati, consulenti del personale, consulenti dell'Ufficio regionale di collocamento, sindacalisti. I due gruppi si ritrovano in riunioni convocate mensilmente sulla base dei bisogni e delle necessità emergenti e costituiscono dei momenti di aggiornamento, approfondimento, scambio di riflessioni e analisi di casi.

2.2 L'attività del Laboratorio di psicopatologia del lavoro

L'attività del Laboratorio si suddivide in tre modalità d'intervento, scaturite dagli obiettivi iniziali e attuali:

- prevenzione/informazione/ricerca:
 nel 2011 l'attività di prevenzione/informazione/ricerca è avvenuta attraverso formazioni effettuate presso la SUPSI (Dipartimento sanità e Dipartimento scienze aziendali e sociali) e interventi in convegni o giornate formative. Vi è stata inoltre la pubblicazione di diversi articoli. Sempre più spesso i media contattano il Laboratorio per avere informazioni e opinioni su temi legati alla psicopatologia del lavoro.
 Nell'ambito della prevenzione, si è provveduto inoltre a contattare i medici di base per informarli circa l'esistenza del Laboratorio e per lavorare in un'ottica di rete in maniera tempestiva fin dall'emergere dei primi segnali di malessere al fine di aumentare le possibilità di risoluzione positiva e di mantenimento dell'abilità lavorativa delle persone.
 Vi è infine un importante lavoro di raccolta dati, che continuerà anche in futuro, che ha permesso di disporre di informazioni la cui sintesi è stata pubblicata nel settembre 2012 sulla rivista "Dati, statistiche e società", e sulla rivista "Medical Humanities" che prevede inoltre un dossier sul burnout la cui realizzazione è stata curata dal Laboratorio.
 Sempre nell'ambito dell'informazione e della prevenzione, il Laboratorio è in trattative con la Supsi per la pubblicazione di un secondo quaderno della collana del Laboratorio.

E' infine rilevante sottolineare che il Laboratorio è in stretto contatto con il professor Christophe Dejournes del CNAM (Conservatoire National des arts et des métiers) di Parigi, con il quale intrattiene scambi regolari sulle ultime ricerche e pubblicazioni nel campo della psicopatologia e psicodinamica del lavoro.

- presa a carico individuale:
presa a carico individuale attraverso una consulenza specialistica della situazione lavorativa. Trattamento e riabilitazione delle persone che soffrono di disturbi della salute correlati al disagio lavorativo quali stress, mobbing, burn-out (burnout), licenziamento, disoccupazione, precarietà, difficoltà di reinserimento, molestie sessuali, conflitti. Alla fine del primo semestre 2012 erano 342 le persone ad essersi rivolte al Laboratorio. Nella maggior parte dei casi si è reso indispensabile un intervento multidisciplinare in cui l'assistente sociale, il medico psichiatra, lo psicologo e spesso il consulente legale uniscono le loro competenze per affrontare in modo mirato la situazione problematica della persona. Ciò evidenzia la complessità della situazione che si viene a creare allorché ci si trova confrontati ad una situazione lavorativa avversa. La problematica lavorativa infatti genera degli effetti che non sono ascrivibili al solo contesto lavorativo, ma innesca un effetto a cascata che si ripercuote su tutti gli aspetti della vita degli individui.

- il Laboratorio per le aziende:
dalla fine del 2010 il Laboratorio è attivo con il "progetto aziende", nato da diverse riflessioni e frutto dell'esperienza accumulata negli ultimi anni. In molte situazioni, infatti, ci si è resi conto di come un intervento in tempi precoci avrebbe permesso di ottenere risultati nettamente diversi. Queste evidenze hanno portato da un lato a rafforzare la promozione del Laboratorio sul territorio nella certezza che la precocità della segnalazione è fondamentale per la risoluzione della problematica, dall'altro a immaginare di offrire alle aziende un servizio di consulenza per la gestione di situazioni difficili. Il progetto aziende nasce quindi con l'obiettivo di promuovere una cultura del "benessere" sul posto di lavoro stimolando anche la diffusione di una cultura della gestione dei conflitti, problematica con la quale ci si trova più frequentemente confrontati. In tal senso il Laboratorio intende farsi conoscere quale servizio a disposizione delle aziende per la consulenza e l'intervento in situazioni di disagio/conflitti dei collaboratori e/o per necessità formative sul tema del benessere organizzativo sempre in un'ottica preventiva. In questa direzione sono già state effettuate alcune significative esperienze con aziende che hanno spontaneamente contattato il Laboratorio con risultati positivi sia per il lavoratore che per il datore di lavoro. Si riassumono gli interventi fin qui eseguiti:
 - settembre 2010/ottobre 2010: intervento casa per anziani per gestione di evento stressante in team su segnalazione del Medico cantonale
 - 2011: intervento presso casa per anziani richiesto dal Direttore per gestione comunicazione team di lavoro a seguito di evento stressante
 - 2011: richiesta di intervento Sezione enti locali, per giornata di formazione ai propri dipendenti effettuato nel corso del 2012 per gestione conflittualità sul posto di lavoro in ottica preventiva
 - 2011: richiesta di intervento a seguito di conflittualità in un gruppo di lavoro presso studio di fisioterapia
 - 2011: incontri di supervisione con team di lavoro presso un Ente sociale ticinese

Nel primo semestre del 2012, tutte le richieste d'intervento e di supervisione sono state portate a termine.

Il Laboratorio collabora con le aziende in maniera regolare per quanto concerne la gestione dei singoli casi, soprattutto per attività di conciliazione di situazioni difficili. E' interessante notare che se inizialmente il datore di lavoro vive l'intervento come un'intrusione, una volta compresa la natura e le finalità del Laboratorio egli apprezza l'utilità concreta del supporto nella gestione della situazione problematica.

3. Conclusioni

Per il 2012 il Laboratorio si è posto come obiettivo quello di consolidare l'intervento nelle aziende e la collaborazione con gli specialisti presenti sul territorio, sempre in un'ottica di prevenzione e d'intervento multidisciplinare. Nel 2011 sono stati contattati i medici generici del Cantone, mentre nel 2012 si sono contattati gli studi legali che spesso ricevono segnalazioni inerenti casi di licenziamenti abusivi o di mobbing e che possono, in caso di necessità, menzionare il Laboratorio per una presa a carico medico-psicologica o sociale. A partire dal 2013, l'intervento è maggiormente orientato alle aziende quale continuità con quanto svolto nel 2011 e 2012. Si prevede l'elaborazione di una brochure da presentare alle aziende sulla quale verranno esplicitate le prestazioni offerte dal Laboratorio nell'ambito della prevenzione, della formazione, della consulenza individualizzata o di gruppo. Questo renderà ancora più attrattivo il Laboratorio che potrà così ampliare l'offerta di prestazioni specializzate e adeguate alle problematiche che caratterizzano l'attuale organizzazione del lavoro.

C. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti minorenni (SMP-CPE)

1. Strutture residenziali e semi-residenziali per pazienti minorenni oltre i 12 anni

I Servizi OSC per minorenni (Servizi medico-psicologici e o loro Centri psico-educativi) si occupano della prevenzione, valutazione e cura dei disturbi psicologici di bambini e adolescenti. Sono costituiti di équipes multidisciplinari (medici, psicologi, educatori, assistenti sociali) dirette da medici specialisti in psichiatria infantile e psicoterapia.

I tre Centri psico-educativi (CPE), di Stabio, Lugano e Gerra Piano, sono strutture semistazionarie, appartenenti ai Servizi medico-psicologici (SMP), che accolgono bambini piccoli, soprattutto in età prescolare e all'inizio della scolarità obbligatoria, affetti da psicopatologie gravi (autismo, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi borderline, forme nevrotiche gravi). Presso il CPE di Stabio è possibile ospitare bambini, su indicazione medica precisa, anche durante la notte, dal lunedì al venerdì.

I CPE si occupano di bambini piccoli, che presentano casistiche di media e alta gravità. Grazie alle azioni di sensibilizzazione messe in atto negli anni precedenti, anche in collaborazione con la scuola dell'infanzia e dei pediatri, questa casistica è in costante aumento. I casi gravi sono reperiti prima e possono essere presi a carico precocemente. Gli studi internazionali confermano che le patologie infantili gravi sono aumentate (vedere Unità di sviluppo, cap. 3 di questa Scheda, pag. 25).

I Servizi per minorenni dell'OSC non dispongono invece di strutture semiresidenziali o residenziali per bambini oltre i 12 anni. Nella presente Pianificazione si rinuncia a chiedere la creazione di una struttura terapeutica per adolescenti, preferendo ricorrere ad altre risorse, come si vedrà nel seguito.

Nella precedente Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012, il Gran Consiglio ha chiesto di valutare la fattibilità di collocamenti di bambini oltre i 12 anni di età presso i CPE. Osserviamo che questo tipo di inserimento si rivelerebbe molto problematico a causa del differente stadio di sviluppo. Le problematiche psichiche dei bambini risentono dei cambiamenti dovuti alla pubertà e i conseguenti cambiamenti nel corpo. La forza delle pulsioni, già dirompente durante l'infanzia, viene notevolmente tonificata dall'irruzione della sessualità e conferisce all'espressione della sofferenza psichica dell'adolescente una violenza potenziale che porta a delle scariche della tensione sottoforma di agiti auto ed etero aggressivi. Le manifestazioni della patologia in adolescenza sono talmente dissimili sul piano quantitativo da quelle dell'infanzia che i bambini dei Centri psico-educativi sarebbero minacciati nella loro integrità psichica (già precaria) e anche fisica, se confrontati direttamente o indirettamente ai pazienti adolescenti. Vi è un consenso unanime a livello degli specialisti su questi punti e anche i tentativi che sono stati fatti, in mancanza di altre strutture, di inserire qualche adolescente nei CPE dimostrano l'impossibilità della convivenza delle due fasce d'età.

Per questa ragione, per gli adolescenti che abbisognano, per motivi psico-sociali, di una struttura residenziale sono indirizzati alle comunità esistenti nel nostro Cantone (due), nella Svizzera interna e nella vicina Italia. Quantitativamente, nel mese di agosto 2012 erano in corso 5 collocamenti effettuati dagli SMP medesimi e di circa altri 10 dagli SMP in

collaborazione con l'Ufficio delle famiglie e dei minorenni (UFaM) della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF). Questi collocamenti richiedono un intenso lavoro di collaborazione tra gli specialisti SMP e i responsabili delle strutture accoglienti, richiede anche parecchio tempo per la loro realizzazione (intervento dell'UFaM e dei preposti servizi cantonali per i finanziamenti), ma danno sicuramente buoni risultati a medio - lungo termine. Quasi tutti gli adolescenti ritrovano gradualmente le loro capacità di svolgere delle attività lavorative o formative.

Per quanto riguarda il nostro Cantone, si è svolta, anche con la collaborazione dell'OSC, una riconversione parziale dell'Istituto Canisio di Riva San Vitale con la creazione di un foyer terapeutico dotato di 7 posti in internato e 2 in esternato che può certamente garantire una presa a carico educativa e terapeutica adeguata per questa casistica ed evitare quindi i collocamenti in Svizzera interna ed in Italia. Il foyer (Comunità ARCO) è stato nel frattempo aperto.

Tornando ai CPE, va notato che la durata indicativa dell'intervento psicoterapeutico istituzionale varia dall'anno ai tre anni, a seconda non soltanto della psicopatologia, ma anche delle risorse sane che possono essere attivate nel paziente e nel suo ambiente di vita.

Per i disturbi dello spettro autistico (autismo di Kanner e una buona parte dei Disturbi pervasivi dello sviluppo) la presa a carico istituzionale dovrebbe durare più a lungo, ciò che attualmente è di difficile realizzazione a causa delle numerose richieste di ammissione di bambini piccoli. Questi bambini vengono quindi dimessi e seguiti con interventi terapeutici individuali che continuano presso i Servizi medico-psicologici. Per quanto riguarda il loro inserimento sociale e pedagogico, sono invece assunti dalla scuola (normale o speciale), come avviene per tutti i bambini scolarizzabili. Ma per quanto concerne questi bambini, la scuola non è generalmente preparata, e non è nemmeno il suo compito, né la sua funzione, a prendersi carico delle particolarità che la personalità di questi bambini presentano a livello di sviluppo personale, di interazione sociale, oltre che familiare, e di apprendimento via via nel corso degli anni. Per questa ragione i bambini dello spettro autistico dovrebbero essere seguiti in un ambiente istituzionale a loro confacente, sia pure a tempo parziale, durante l'intero arco evolutivo fino alla fine dell'adolescenza.

Per questi pazienti (spettro autistico), invece di creare dei CPE per minorenni oltre i 12 anni, si prediligono nuove forme di prese a carico, come è previsto sviluppare nel progetto dell'Unità di sviluppo (UNIS) (vedi cap. 3 di questa Scheda, pag. 25) con il quale si intende sviluppare in ogni sede SMP, con il coordinamento degli specialisti dell'UNIS, delle attività terapeutiche diurne sottoforma di attività di gruppo, sia con psicologi che con altri terapeuti (arteterapia, musicoterapia), sul modello delle psicoterapie e attività terapeutiche di gruppo con gruppi specifici di bambini. In questo modo non soltanto si risparmia sulla costruzione di spazi e di personale (perché non dovrebbe essere a disposizione sull'arco della settimana nei tre CPE, ma a tempo parziale in ogni SMP), ma si evita pure di confinare questi pazienti in luoghi loro riservati, utilizzando gli spazi disponibili presso gli esistenti SMP e CPE.

2. Progetto Civico: Servizio medico-psicologico (OSC) e Servizio di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano (ORL, EOC)

2.1 Definizione

Il "Progetto Civico" riguarda la collaborazione tra il Servizio medico-psicologico (OSC) e il Servizio di pediatria di Lugano (EOC), avviata dal Primario della pediatria Dr. Pezzoli e dal Capo del Servizio medico-psicologico Dr. Bianchi, creata nel 2003 in forma sperimentale e non ufficiale, ratificata con una convenzione nel 2010 approvata dal Consiglio di Stato e pienamente operativa a partire da gennaio 2011.

La collaborazione persegue due obiettivi principali:

1. Creare un Servizio di pedopsichiatria di *liaison*, con il compito di
 - a. assicurare la consulenza specialistica da parte del SMP, principalmente per i pazienti degenti nel reparto di pediatria,
 - b. creare una piccola équipe di pedopsichiatria interna al Servizio di pediatria, assicurarne la supervisione e il coordinamento, principalmente per i pazienti ambulatoriali: bambini e adolescenti affetti da disturbi somatici cronici, adolescenti dopo abuso acuto di alcool o sostanze.
2. Creare un Servizio di picchetto specialistico, con il compito di
 - a. garantire una consulenza pedopsichiatrica telefonica e in caso di bisogno in reparto, 24 ore al giorno e 365 giorni l'anno, per i pazienti del reparto e del Pronto Soccorso pediatrico,
 - b. creare le condizioni per evitare nel limite del possibile ospedalizzazioni urgenti di adolescenti nelle cliniche psichiatriche.

2.2 Il Servizio di liaison pedopsichiatrico

Si è approntata "un'antenna" pedopsichiatrica presso il Servizio di pediatria del Civico per completare l'offerta specialistica OCL nei confronti dei piccoli pazienti degenti e ambulatoriali.

Di giorno e durante la settimana lavorativa sono presenti, a tempo parziale, ma sempre raggiungibili, due medici del Servizio medico-psicologico del Sottoceneri: un medico aggiunto (con il titolo di specialista FMH in psichiatria infantile e dell'adolescenza e psicoterapia) e un medico assistente. Il tempo parziale è giustificato dalle necessità di avere un'intensa collaborazione con il SMP di Lugano. Entrambi i medici presenti in ospedale intervengono per i bambini degenti, quando alla patologia somatica si aggiunge una problematica psichica, affettiva, relazionale. Per le problematiche di tipo sociale si attivano invece il servizio sociale dell'OCL oppure l'Ufficio delle famiglie e dei minorenni (UFaM). Si è anche offerta la possibilità di ospedalizzare minorenni fino ai 16 anni che presentano un esordio di malattie psichiche gravi, evitando nel limite del possibile di ricorrere a un'ospedalizzazione in psichiatria. Si segnala a questo proposito che, ad esempio, nel 2011 sono stati ricoverati in CPC 6 pazienti minorenni (2 di 17 anni, 3 di 16 anni ed 1 di 15) mentre nel 2007 questi ricoveri furono 19 e, nel 2010, 12.

Inoltre, la pedopsichiatra OSC coordina, per delega del Primario di pediatria, le attività delle psicologhe del Servizio di pediatria, formando un team di *psicologia medica*

(*pediatrica*), che interviene a favore dei bambini e adolescenti ospedalizzati o ambulatoriali. Completano il team altre figure professionali, quali l'ergoterapista, l'arteterapista, la maestra (accordo con il DECS).

Gli ambiti in cui opera il team di *psicologia pediatrica* sono diversi:

- Ricoveri di psichiatria infantile
- Ricoveri di adolescenti con disturbi alimentari gravi
- Ricoveri per decisione dell'autorità
- Ricoveri per protezione del minore
- Consulenze per l'Unità di neonatologia
- Consultazioni per pazienti ambulatoriali
- Consultazioni per giovani giunti al Pronto Soccorso per un abuso etilico e di cannabis
- Malattie croniche (diabete; epilessia; pazienti cardiaci; pazienti affetti da "sindromi")
- Protocollo gravidanze fino a 20 anni
- Partecipazione al GIMI (Gruppo interdisciplinare contro il maltrattamento infantile)

Si tratta in gran parte dei tipici ambiti della *psicologia medica*, che non sono direttamente di pertinenza di un Servizio medico-psicologico.

Il paziente *degente* in pediatria viene curato attraverso un programma personalizzato che, per il versante psicologico, comprende l'intervento delle diverse figure professionali citate, coordinate dalla pedopsichiatra. I due medici assicurano inoltre al paziente colloqui individuali regolari e lo preparano ad un'attività di psicoterapia vera e propria.

Con l'aiuto del medico, il giovane paziente può scoprire che le sue problematiche somatiche hanno molto a che fare con l'impossibilità di pensare ai conflitti interni ed esterni che lo abitano, scopre di possedere un proprio spazio mentale e di avere la possibilità di comunicare pensieri e sentimenti a qualcuno che ascolta in modo diverso da tutti gli altri, genitori, insegnanti, amici. Nei casi favorevoli, l'ospedalizzazione genera il desiderio di svolgere questo lavoro psicologico personale (mentalizzazione) in un ambito meglio definito e protetto, quello della psicoterapia. Soltanto con una psicoterapia il paziente sarà in grado di superare i nodi dovuti alla difficoltà di crescere, ai conflitti interni, alle difficoltà con i genitori e i pari e a elaborare i traumi del passato, attraverso una relazione terapeutica, nuova e diversa da tutte le altre.

Fin dall'inizio della degenza si prendono in considerazione le misure che saranno utili al momento della dimissione, se necessario anche creando le basi per una rete terapeutica che sarà attiva a lungo termine. La degenza durerà quindi il tempo necessario, evitando dimissioni premature, che aumentano le probabilità di recidive, ma favorendo fin dall'inizio il lavoro da svolgere dopo la dimissione.

2.3 Il ruolo del pedopsichiatra

Il pedopsichiatra di liaison costituisce il punto di collegamento tra la malattia somatica (pediatrica) e la personalità (la psiche) del bambino malato. Fa anche da tramite tra la malattia psichica del bambino o adolescente, il suo corpo (esaminato dai pediatri) e il suo ambiente (il reparto di pediatria, che accoglie i famigliari).

È importante sottolineare che, in alcuni casi, la presa a carico farmacologica in infanzia e adolescenza non è *mai* la prima scelta, tuttavia può essere necessaria e la presenza dello specialista in reparto costituisce una garanzia per l'intero team pediatrico. Dobbiamo

notare che l'ambiente accogliente del reparto e anche del Pronto Soccorso svolgono già una prima funzione, poco specifica, ma di assicurazione immediata sia per il paziente che per i suoi genitori o chi l'accompagna.

In seguito i colloqui individuali e di famiglia con lo specialista mettono le basi per un intervento terapeutico e, qualora ve ne sia l'indicazione e le condizioni lo permettano, porteranno all'indicazione di una psicoterapia a lungo termine.

L'obiettivo primario è quello di fornire al bambino e all'adolescente uno spazio e un tempo in cui sia possibile lasciar emergere i pensieri temuti e nascosti, gli affetti e le emozioni non ancora verbalizzabili e che in talune circostanze di stress generano l'urgenza.

Il farmaco diviene importante qualora la possibilità di un colloquio appare impedita, ad esempio a causa di angoscia eccessiva.

2.4 Il Servizio di picchetto pedopsichiatrico

È assicurato dai medici del Servizio medico-psicologico del Sottoceneri, a turni settimanali ed è a disposizione unicamente dei medici del Servizio di pediatria e del Pronto Soccorso di Pediatria dell'OCL. Ogni urgenza segnalata altrove, deve essere accompagnata al Pronto Soccorso (P.S.) dell'OCL, valutata dal pediatra, che decide se chiedere una consulenza specialistica urgente oppure no.

Durante le ore di apertura dei Servizi medico-psicologici, se il paziente è trasportabile, le consultazioni urgenti viste al P.S. sono deviate verso la sede SMP più vicina, dove esiste un servizio di urgenza ed è stato organizzato per poter accogliere il paziente in giornata. Sono stati presi accordi con la Croce Verde.

2.4.1 Accordi con la Croce Verde

Gli interventi della Croce Verde per urgenze psichiatriche nel Sottoceneri (pazienti minorenni) concernono:

- Le urgenze di natura medica (si escludono quelle ordinate da un'autorità civile o penale)
- Le urgenze del territorio del Sottoceneri
- Le urgenze sono divise in due: intossicazioni (alcool e sostanze) e psichiche/comportamentali
- Le procedure da seguire sono due, a seconda della fascia d'età (pazienti di età inferiore ai 16 anni, pazienti minorenni di età tra i 16 e i 18 anni)

a) Disturbi psichici e comportamentali

a.1) Procedura per pazienti di età inferiore ai 16 anni

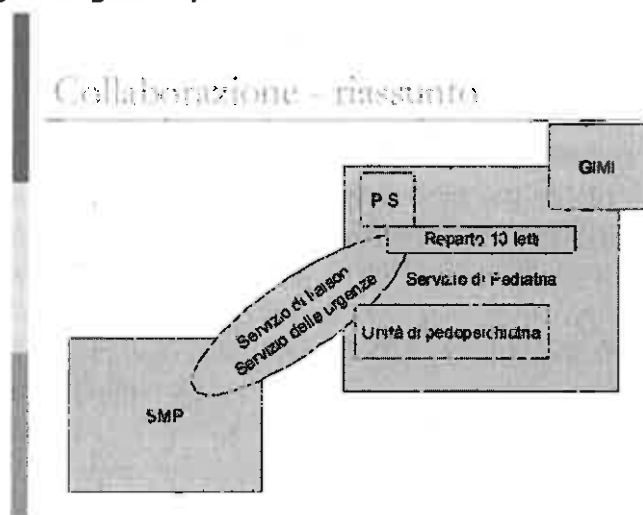
- I minorenni che non hanno compiuto 16 anni sono portati al P.S. OCL dall'ambulanza (anche qualora vi fosse un certificato medico per un ricovero coatto in CPC).
- Al P.S. OCL sono valutati dal pediatra, che in caso di bisogno coinvolge il Servizio di picchetto pedopsichiatrico. Se non c'è possibilità di un trattamento ambulatoriale, il paziente è ricoverato inizialmente in pediatria e viene trasferito in CPC (o altrove) in un secondo momento, se si rivelasse necessario.

- a.2) Procedura per pazienti minorenni di età tra i 16 e i 17 anni
- Con l'istituzione del picchetto di primo livello i giovani della fascia di età 16-17 anni verranno portati al Civico.
 - Qualora fosse necessario un ricovero verranno trasferiti in CPC.
 - In CPC vengono accolti dal medico di guardia e tenuti in CPC per una prima valutazione. In un secondo momento, se si rivela attuabile e auspicabile, vengono trasferiti in pediatria OCL, secondo una procedura ordinaria e non d'urgenza, il più presto possibile.
- b) Intossicazioni da alcool o sostanze
- b.1) Procedura per pazienti di età inferiore ai 16 anni
I minorenni under 16 sono portati dall'ambulanza al P.S. pediatrico della pediatria OCL, dove vengono trattenuti di regola per 24 ore, beneficiando delle disposizioni del reparto per questa casistica.
- b.2) Procedura per pazienti minorenni di età tra i 16 e i 18 anni
I minorenni under 18 vengono portati dall'ambulanza al P.S. adulti OCL o OBV. In caso di consulenza psichiatrica il P.S. interpella il Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM).

2.5 Osservazione sull'urgenza in psichiatria infantile e dell'adolescenza

Le reali urgenze in psichiatria infantile e dell'adolescenza sono rare, l'esordio della malattia essendo in generale lento o subacuto. Tuttavia una situazione già in precario equilibrio può improvvisamente scompensare, manifestandosi ad esempio in un'agitazione psicomotoria, in uno stato di confusione mentale, in un'ideazione suicidale pervasiva, in stati di angoscia, tipo panico, in somatizzazioni dolorose o crisi di aggressività per esempio verso i genitori.

Ciò che occorre sottolineare è che l'urgenza in quanto tale impedisce che un processo terapeutico si sviluppi. Il ricorrere all'urgenza (da parte della famiglia o di altre figure professionali intorno al paziente), qualora non sia davvero necessario, può di per sé costituire un agito *antiterapeutico*. È importante tenerne conto anche in sede di pianificazione, perché il Servizio di urgenza deve esistere, ma non deve essere utilizzato in modo errato, per accedere per esempio a cure psichiatriche immediate. La cura psichiatrica, per essere efficace, deve essere programmata e condotta sulla lunga durata, le guarigioni "miracolose" quando esistono sono ingannevoli, di breve, brevissima durata (tecnicamente si parla di *fuga nella guarigione*, attitudine difensiva del paziente che mira a sottrarsi all'impegno di guarire).



2.6 Le difficoltà incontrate nel "Progetto Civico"

Non è possibile ammettere nel reparto di pediatria i pazienti con problematiche di abuso di sostanze, pazienti con aggressività manifesta o potenzialmente pericolosa, pazienti con alto rischio di fuga, pazienti che devono essere stabilmente affiancati da una persona (ad esempio un bambino al di sotto di 6 anni da solo, se una persona d'accompagnamento non esiste già). Inoltre:

- Limite d'età differente a livello svizzero per la pediatria e gli ospedali (16 anni) e la pedopsichiatria (18 anni): l'ospedalizzazione tra i 16 e i 18 anni è possibile, ma soltanto con accordi con il Primario e la Direzione EOC.
- Numero dei letti pediatrici limitato a 10 per il reparto OCL.
- Equipe infermieristica non psichiatrica.
- Presenza simultanea di diverse patologie, dove i disturbi del comportamento possono creare problemi importanti.

2.7 Proposte operative

2.7.1 Ospedale regionale di Lugano

- Avere in OCL 2 letti dedicati alla psichiatria infantile e dell'adolescenza.
- Maggiore presenza di infermieri in cure mentali nell'équipe di infermieri pediatrici.
- L'ubicazione di pediatria e maternità presso l'OIL sarebbe ottimale.

2.7.2 Sopraceneri

Nei reparti pediatrici degli ospedali EOC del Sopraceneri è iniziata una fattiva collaborazione con gli SMP a partire dal 1. luglio 2011. Tale collaborazione è per ora basata sull'iniziativa del nuovo medico Caposervizio, ma abbisogna di uno sviluppo per avere un'organizzazione capace di funzionare regolarmente ed essere pienamente operante per pazienti e pediatri. Si propongono dunque:

- Stipulazione di una convenzione con l'EOC per avere negli ospedali regionali di Locarno e/o Bellinzona un Servizio di liaison analogo a quello del Sottoceneri, con il quale collaborare per i pazienti degenti, i pazienti cronici, le ospedalizzazioni psichiatriche. Il progetto per essere realizzato ha bisogno della seguente dotazione in personale:
 - 40% di medico capoclinica assunto dall'EOC e, coadiuvato dall'équipe del SMP, a garanzia della presa a carico psichiatrica dei pazienti del Servizio di pediatria.
 - 100% di medico assistente assunto dall'EOC e, coadiuvato dall'équipe del SMP, a garanzia della presa a carico medico-psichiatrica dei pazienti del Servizio di pediatria.
 - 50% di medico assistente assunto dall'OSC e attribuito al SMP del Sopraceneri.
 - 40% di psicologo/psicoterapeuta assunto dall'EOC e, coadiuvato dall'équipe del SMP, a garanzia della presa a carico psicologica dei pazienti del Servizio di pediatria.
 Come per il progetto sviluppato nel Sottoceneri, si prevedono costi per l'OSC di CHF 0.395 mio.
- A seconda della disponibilità di medici nel SMP Sopraceneri, organizzazione di un Servizio di picchetto pedopsichiatrico analogo a quello del Sottoceneri. Al momento attuale tale servizio non può essere realizzato a causa dell'insufficiente numero di medici nel SMP Sopraceneri.

- Per il Servizio di liaison, bisogna prevedere almeno una figura di medico assistente a tempo pieno, che coadiuverà il Caposervizio nell'attività di liaison.

3. Unità di sviluppo (UNIS)

3.1 Epidemiologia

L'autismo non sembra presentare prevalenze geografiche e/o etniche, in quanto è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza o ambiente sociale; presenta, viceversa, una prevalenza di sesso, in quanto colpisce i maschi in misura da 3 a 4 volte superiore rispetto alle femmine, una differenza che aumenta ancora di più se si esaminano i quadri di sindrome di Asperger, una delle forme dei disturbi dello spettro autistico.

Una prevalenza di 10-13 casi per 10.000 sembra la stima più attendibile per le forme classiche di autismo, mentre se si considerano tutti i disturbi dello spettro autistico la prevalenza arriva a 50 casi per 10.000 (Fambonne E. 2005). Per il nostro Cantone si tratterebbero di circa 315 minorenni riferiti ad una popolazione minorenni di 63'000 unità. Con riferimento alle nascite, circa 3000 bambini all'anno il Ticino, il tasso di prevalenza si situa circa a 7 ciò che conduce a stimare in 21 bambini che nascono affetti da autismo ogni anno (Hertz-Picciotto I, Delwiche L. 2009; Honda H., Shimizu Y, Rutter M 2005).

Sulla base di queste prevalenze, si può stimare che nel nostro Cantone i bambini affetti da autismo all'età di 8 anni siano 33, quindi una prevalenza di 110 ogni 10.000 abitanti riferiti alla popolazione di riferimento. Vanno comunque condotti ulteriori studi in relazione agli aumenti di prevalenza delle patologie autistiche che in questi ultimi tempi sono stati segnalati soprattutto dai paesi anglofoni e che porterebbero la prevalenza dei disturbi dello spettro autistico a 90/10.000 (*Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti, Linee guida* del Ministero italiano della salute, 2011) ciò che confermerebbe il dato calcolato per il nostro Cantone e che conferma la necessità di proporre dei nuovi modelli di presa a carico per i giovani affetti da questa patologia in Ticino.

Da segnalare che nei tre CPE dell'OSC, circa la metà dei pazienti attualmente presi a carico (65-70 bambini) è affetta da questo disturbo.

3.2 Principi generali

Lo scopo di questo progetto è di migliorare e aggiornare nel Canton Ticino la diagnosi e la presa a carico dei bambini affetti da autismo infantile precoce e disturbi pervasivi dello sviluppo (disturbi dello spettro autistico).

È importante sottolineare come in questo campo si tocchi l'identità medesima della persona. Senza una comprensione del bambino autistico, senza un aiuto specifico ai genitori, senza una collaborazione con le altre figure familiari (fratria) e professionali che stanno attorno al bambino, senza una durata degli interventi sull'arco di tanti anni, le persone affette da disturbi autistici non riuscirebbero a costituire il senso di identità, di dignità, di continuità dell'esistenza, del rapporto con gli altri.

L'impiego di risorse anche onerose per questi bambini in età infantile e adolescenziale permetterà loro di raggiungere una sufficiente autonomia personale e una capacità relazionale e sociale. Si potrà così ottenere in seguito, nell'età adulta, un risparmio in quantità di risorse assistenziali altrimenti spesso necessarie anche nella misura di 1:1 (1 operatore per 1 paziente).

Nella presente Pianificazione si propone di creare un'unità cantonale per la valutazione diagnostica, terapeutica, il monitoraggio e lo studio di tali problematiche, denominata Unità di sviluppo (UNIS), la cui sede si trova presso il Servizio medico-psicologico (SMP) di Lugano. Dal 2010 è già attiva un'unità sperimentale che ha dato buoni risultati, di conseguenza si propone il suo consolidamento e l'attribuzione delle risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi previsti.

Si prevede che l'Unità di sviluppo divenga il Centro di competenza per l'autismo all'interno dell'OSC e venga promossa come centro di competenza riconosciuto a livello federale, al pari dei centri dei Servizi di pedopsichiatria universitari elvetici.

All'interno dei Servizi per minorenni dell'OSC, l'Unità di sviluppo coordinerà la presa a carico con il Servizio medico-psicologico (SMP) ed il Centro psico-educativo (CPE) territorialmente competente, realizzando direttamente alcune procedure diagnostiche specialistiche, secondo un protocollo internazionalmente riconosciuto su basi scientifiche.

Il compito dell'UNIS è anche quello di aiutare in modo propositivo ogni operatore SMP, che si occupa dell'accoglienza del caso, nella raccolta dei dati di valutazione, come da protocollo, nella formulazione di una diagnosi e di un progetto terapeutico. L'UNIS monitorerà in seguito l'inserimento al CPE, i progressi compiuti, la dimissione dal CPE e il passaggio ad altre strutture.

La necessità di un'elevata formalizzazione delle procedure diagnostiche e la qualificazione delle stesse richiede un sostenuto impiego di tempo da parte degli specialisti, che va oltre l'usuale processo di valutazione clinica. Ad esempio, alcuni test riconosciuti internazionalmente, come ADOS/ADI-R, necessitano, per l'esecuzione e la successiva valutazione eseguite con modalità corrette e standardizzate, della presenza simultanea di almeno 3 specialisti per un totale di circa 5 ore.

L'UNIS si prefigge pure di colmare le lacune attualmente esistenti nei Servizi per minorenni dell'OSC per quanto concerne la valutazione logopedica e psicomotoria e la loro terapia, che per la presa a carico di questi bambini si rivela di capitale importanza.

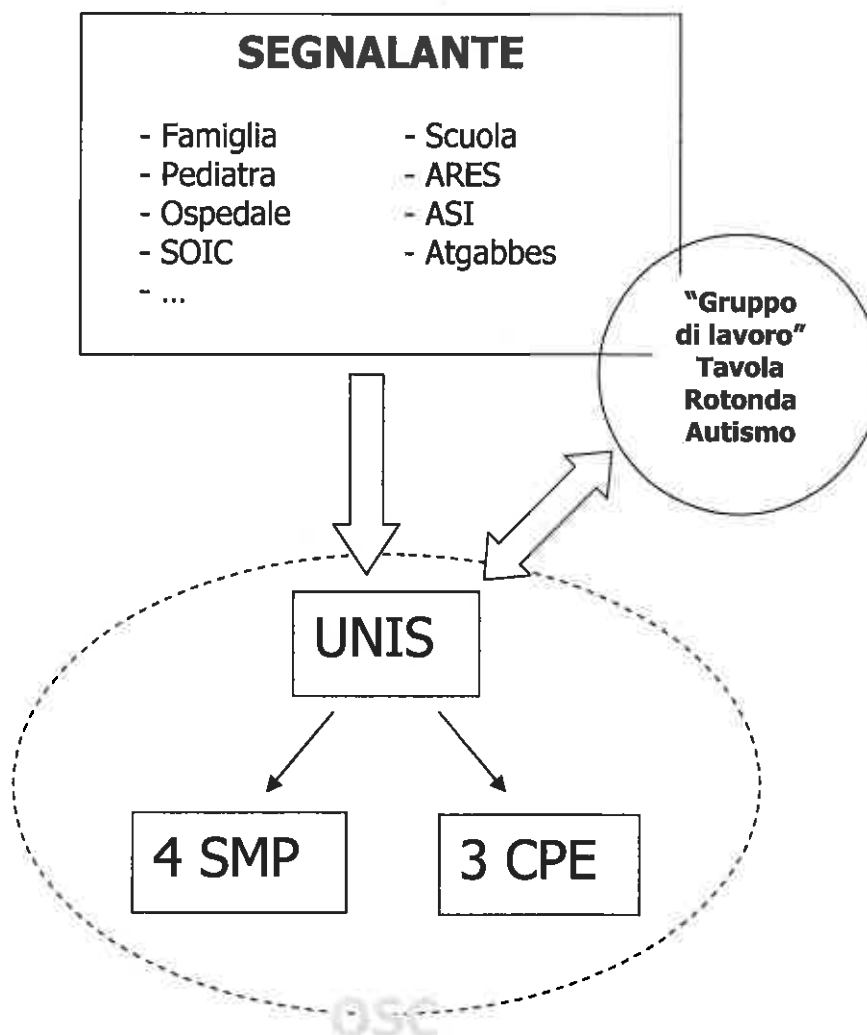
Nei rapporti con l'esterno l'UNIS sarà una componente essenziale della "Tavola Rotonda per i problemi dell'autismo" -istituita con risoluzione del Consiglio di Stato del 7 dicembre 2011, a cui partecipano i Servizi OSC dello Stato e le istituzioni private che si occupano della problematica- incaricata di

1. definire le modalità di collaborazione e le procedure di intervento fra i servizi pubblici e privati, segnatamente alle seguenti tematiche: diagnosi, intervento tempestivo, modelli di presa a carico della formazione del personale e
2. monitorare e valutare l'applicazione degli obiettivi di cui al punto 1.

L'UNIS partecipa anche ad uno studio internazionale, multicentrico, di ricerca longitudinale sull'autismo organizzato dal Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent dell'Università di Ginevra HUG (Prof. F. Ansermet; Dr.ssa D. Knauer).

Per ottemperare ai suoi scopi, l'UNIS richiede un personale che nell'attuale fase sperimentale è stato reperito all'interno dei Servizi per minorenni dell'OSC, ma che per

l'attuazione vera e propria, funzionale a pieno titolo, necessita dell'assunzione di personale ad hoc.



3.3 Procedura di valutazione e diagnosi

Qualora per il bambino sia il primo contatto con un Servizio, in accordo con l'UNIS, viene effettuata una consultazione con l'operatore SMP ai fini diagnostici prima dell'eventuale invio al CPE.

Tale consultazione consta di:

- Raccolta anamnestica dettagliata con entrambi i genitori
- Osservazioni cliniche del bambino
- Compilazione M-CHAT¹¹ insieme ai genitori (se non già fatto altrove)
- Compilazione CARS¹² da parte dell'operatore
- Somministrazione ADOS¹³ e ADI-R¹⁴ da parte di operatori della mini-équipe specializzata (UNIS)¹⁵
- Colloquio/i di restituzione ai genitori con comunicazione della diagnosi e del progetto terapeutico

¹¹ M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers – Robins 2001)

¹² CARS (Childhood Autism Rating Scale – Schopler et al. 1988)

¹³ ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule – Lord et al. 2000)

¹⁴ ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised – Lord et al. 1994)

¹⁵ I test diagnostici (ADOS e ADI-R) sono somministrati per ragioni tecniche nella sala video del SMP di Lugano in giorni fissi dipendenti dalla disponibilità dell'operatore, questo vale anche per i pazienti provenienti da altre sedi e va comunicato ai genitori.

Una o più sedute di valutazione sono video-registrate, previo consenso scritto dei genitori. Il filmato, trasferito su DVD, è conservato in un video-archivio centralizzato nella sede dell'UNIS.

Nel caso in cui il bambino abbia già effettuato una valutazione diagnostica altrove e giunga al Servizio solo per una presa a carico terapeutica, è necessario richiedere alla famiglia l'autorizzazione di contattare gli specialisti che hanno eseguito i test diagnostici per farseli inviare quanto prima e verificare quelli mancanti (in base al protocollo); anche in questo caso, comunque, è designato un operatore del SMP quale referente del caso e viene fatta una segnalazione all'UNIS.

L'esecuzione di accertamenti clinico-strumentali (EEG, RMN encefalo, TAC, esami ematochimici, ecc.) non è prescritta di routine, essendo ormai riconosciuto a livello internazionale che "la diagnosi di autismo è basata su criteri esclusivamente comportamentali e non esistono pertanto indagini strumentali e/o di laboratorio con significato diagnostico, né un *marker* che identifichi il disturbo" (Linee Guida per l'Autismo della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2005). Quando tali accertamenti sono necessari (per esempio in presenza di ritardi di sviluppo, crisi epilettiche, presenza di tratti dismorfici e/o di malformazioni, patologie sistemiche), l'UNIS si rivolge in primis al Reparto di pediatria dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona (PD dr. Ramelli).

Consigliabile appare invece sempre l'esecuzione di indagini audiometriche (esame audiometrico comportamentale, potenziali evocati uditivi).

3.3.1 Valutazione cognitiva

Lo strumento utilizzato per la valutazione cognitiva è il test Leiter-R in caso di bambini molto piccoli (meno di 3 anni) o di bambini con competenze linguistiche fortemente deficitarie o, ancora, di bambini estremamente instabili dal punto di vista attentivo ed emotivo-comportamentale; negli altri casi, invece, possono essere somministrate le Scale Wechsler (WPPSI-III oppure WISC-IV a seconda dell'età).

La valutazione cognitiva può essere effettuata dall'operatore SMP o dagli operatori CPE a seconda dei casi e previo accordo tra i loro responsabili (UNIS).

3.3.2 Inserimento e frequenza al CPE

Qualora venisse ritenuto opportuno l'inserimento del bambino al CPE, l'operatore SMP inviante compila e discute una scheda sintetica di segnalazione nell'ambito dell'UNIS. Una volta raggiunto il consenso sul progetto, l'operatore SMP lo presenta ai genitori, nell'ambito del colloquio finale di restituzione. Questo procedere offre il vantaggio di verificare le disponibilità dei Centri e la tempistica d'ammissione, proponendo un progetto terapeutico già condiviso. Si ritiene importante offrire ai genitori un certo margine di scelta tra alcune varianti di un medesimo progetto.

I genitori sono seguiti intensamente dall'inviante durante i primi mesi di inserimento al CPE e, naturalmente, anche nel periodo successivo, secondo accordi con gli operatori CPE.

Il CPE convoca l'inviante entro 3 mesi dalla data di inserimento del bambino per una riunione congiunta di discussione del progetto in atto, lo stesso sarà sempre invitato con il

giusto preavviso a partecipare alle sintesi periodiche sul bambino e riceverà in ogni caso una copia dei rapporti di sintesi da tenere nella cartella clinica.

La presa a carico è dunque sempre congiunta, SMP-CPE; ogni bambino che frequenterà il CPE avrà sempre un referente SMP, che verrà a vario titolo coinvolto nella presa a carico del bambino e della famiglia.

La creazione della nuova unità UNIS, permette a genitori, docenti, pediatri, di avere la rappresentazione di un servizio specialistico unico, formato da un'équipe che si avvale di più strumenti e cui convergono più operatori.

Successivamente all'ammissione, gli operatori CPE, riferendosi alle presenti direttive e nell'ambito di una riunione dell'UNIS, sottopongono il bambino alla misurazione del profilo di sviluppo tramite PEP-R¹⁶, compilano la Scala Vineland¹⁷ e ripetono la CARS quando lo riterranno necessario.

Ogni due anni la batteria di test può essere ripetuta e in ogni caso viene ripetuta in previsione della dimissione del bambino dal CPE.

3.4 Dimissione dal CPE

La dimissione dal CPE è discussa e preparata sia con la famiglia che con l'operatore SMP referente. È redatto un rapporto di chiusura da inserire anche nella cartella clinica SMP ed è stilato il progetto di prosieguo della presa a carico terapeutica (psicomotricità, logopedia, intervento psico-educativo, psicoterapia, altro) scolastica e ambientale.

Il SMP continua la presa a carico del bambino dimesso dal CPE nelle varie modalità, che -a seconda dei bisogni e delle particolarità delle situazioni- per il bambino possono comprendere tutta la fascia di interventi che si situa tra i controlli evolutivi cadenzati a intervalli di mesi e la psicoterapia individuale ad alta frequenza, per i genitori da colloqui regolari e una *guidance* continuata nel tempo.

Potranno essere necessarie anche misure di accompagnamento a scuola e in altri ambiti di socializzazione, ad opera degli educatori, nell'ambito del progetto terapeutico e di vita del singolo bambino.

Dobbiamo notare che la messa in atto di una psicoterapia non è di routine per il bambino che frequenta il CPE. Essa fa oggetto di una valutazione puntuale che tiene conto anche dei reali presupposti di evoluzione e motivazioni da parte della famiglia.

Quando una psicoterapia può essere avviata, il terapeuta potrà essere reperito presso il SMP oppure può essere uno psicoterapeuta privato, a seconda dei casi e in base anche alle preferenze dei genitori.

¹⁶ PEP-R (Psycho-Educational Profile – Schopler et al. 1989)

¹⁷ VINELAND ADAPTIVE BEHAVIOUR SCALES (Sparrow et al. 1984)

3.5 Collaborazione con altri enti che si occupano di autismo

I Servizi dell'OSC e in particolare l'UNIS collaborano con gli altri enti che si occupano di autismo a livello diagnostico (Reparto di pediatria dell'OSG di Bellinzona, PD dr. Ramelli) e a livello di presa a carico (ARES; operatori privati). In particolare, la collaborazione sarà garantita nei casi in cui risultano indicate altre modalità di intervento rispetto a quelle di cui dispone l'OSC (per esempio metodo ABA - Applied Behavioral Analysis, secondo Lovaas).

3.6 La Scuola

L'inserimento del bambino nella scuola di domicilio (scuola dell'infanzia, scuola elementare, scuola speciale), inizia precocemente durante la presa a carico nel CPE. Al momento della dimissione dal Centro, il bambino dovrà essere inserito nella scuola a tempo pieno. Di fronte alle difficoltà già presenti al momento della presa a carico CPE per l'inserimento di questi bambini con le loro particolarità, sarà necessario fornire un aiuto alla scuola sia per quanto riguarda l'accompagnamento e talvolta la presenza di un operatore OSC in classe accanto al bambino, sia per quanto riguarda la formazione dei docenti, indispensabile affinché possano entrare in relazione con questi bambini tanto particolari.

La formazione dovrebbe essere elargita fundamentalmente secondo le seguenti modalità:

- Corsi specialistici sulla problematica dell'autismo
- Insegnamento pratico sottoforma di stage presso il CPE / presso la scuola
- Supervisioni regolari con presentazioni di casi da parte dei docenti della scuola e degli educatori del CPE (supervisor OSC o accreditati)

Quando il bambino è dimesso dal CPE e inserito a tempo pieno nella scuola del 1° o 2° ciclo, sarà necessario offrire altri tipi di supporto specifici non solo individualmente come già avviene presso l'SMP, ma anche costituendo piccoli gruppi terapeutici attivi sull'arco della settimana. Questi gruppi potranno essere sviluppati nelle sedi SMP con l'ausilio degli operatori dell'UNIS (per esempio: attività di arteterapia con personale qualificato).

3.7 Passaggio all'adolescenza e all'età adulta

Considerando la specificità della sindrome autistica e le particolarità dell'organizzazione della personalità che raggiungono questi bambini quando si trovano in adolescenza e nell'età adulta, con bisogni specifici, si ritiene che la loro presa a carico debba poter continuare nell'ambito specialistico della psichiatria infantile.

Con l'avvento della pubertà, i genitori si trovano confrontati con l'emergere di nuove problematiche inerenti il processo adolescenziale particolare che molti di questi bambini percorrono. Hanno bisogno di essere seguiti presso il SMP da operatori competenti e abituati ad affrontare queste situazioni particolari. Anche qui sarà un lavoro di équipe, con il medico, lo psicologo, lo psicoeducatore ed eventualmente l'assistente sociale.

L'UNIS può incaricarsi di coordinare gli interventi a vantaggio di queste persone, sia per controlli evolutivi e in seguito consultazioni di bilancio, sia per coordinare periodi di psicoterapia individuale e di gruppo e gli interventi psicoeducativi e socioambientali, in collaborazione con le famiglie (se esistono) e con gli enti interessati.

3.8 Fabbisogno di personale

Nella fase sperimentale avviata il 1. settembre 2011 l'UNIS è costituita da operatori degli SMP e CPE formati alla tematica dell'autismo. Sono attivi a tempo molto parziale: 2 medici, 3 psicologi, 1 educatore e la segreteria del SMP. L'impiego del tempo dei collaboratori SMP (valutato in circa il 20% per il medico responsabile e del 10% per gli altri) per l'UNIS ha ridotto la loro disponibilità presso il SMP di pari grado. Nella fase sperimentale l'UNIS non ha potuto essere pienamente attiva ma si è limitata ad alcuni casi nuovi che hanno permesso di sperimentare le sue modalità di funzionamento.

Ora, dopo questa esperienza embrionale, si propone il suo consolidamento. Le risorse richieste sono abbastanza importanti, ma è fondamentale insistere sull'importanza di investire nei primi anni di vita, per dare anche ai più sfavoriti di questi bambini un'autonomia sufficiente da poter essere accolti nelle strutture esistenti, mentre i più favoriti (cioè i casi a evoluzione migliore) potranno utilizzare tutte le risorse di apprendimento e formazione, esattamente come i loro coetanei (con la precisazione che molti di loro avranno bisogno di essere sempre seguiti da specialisti).¹⁸

Va altresì ricordato che con questa proposta si rinuncia a chiedere la creazione di una struttura terapeutica per adolescenti che avrebbe certamente provocato costi superiori a quelli previsti per l'UNIS.

Il progetto per essere realizzato in modo competente, professionale e costante, ha bisogno della seguente dotazione in personale:

- 50% di medico responsabile aggiunto in psichiatria infantile,
- 50% di medico assistente,
- 100% di (neuro)psicologa responsabile della testistica,
- 100% di psicologo-psicoterapeuta (per compensare il tempo di psicologo-psicoterapeuta messo a disposizione dal SMP),
- 2 x 100% psicoeducatori (= psicologi con funzione di educatori come nei CPE),

18 Referenze

1. Dora Knauer, Francisco Palacio Espasa: "Difficoltà evolutive e crescita psicologica, Studi longitudinali dalla prima infanzia all'età adulta", Raffaello Cortina Editore, 2012, in particolare le seguenti referenze bibliografiche:
 - 1) Palacio Espasa, F., Robert-Tissot, C., Rusconi Serpa, S., Luthi Favre, F., Sancho Rossignol, A., Merminod, G., Mastrogiacomo, M., Knauer, D., Berney, C., Chevey, D., Gür Gressot, C., De Sepibus, J., Strübin Rordorf, C. (2004): "Précurseurs, traitements et évolution des troubles du comportement dans la petite enfance". Subside FNRS n.32-56709.99 (ricerca finanziata dal Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica - FNRS).
 - 2) Knauer, D., Palacio Espasa, F., (1990), "Reflexions sur l'action d'un jardin d'enfants thérapeutique: étude catamnétique sur 21 enfants". In *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38, 3, pp. 107-130.
 - 3) Knauer, D., Palacio Espasa, F., (1997), "Catamnèse à l'âge préscolaire de 18 enfants traités précocement à l'aide de psychothérapies brèves mères-bébés". In *La Psychiatrie de l'Enfant*, 40, 2, pp. 342-366.
 - 4) Knauer, D., Palacio Espasa, F., (2002), "Interventions précoces parents-enfants: avantages et limites". In *La Psychiatrie de l'Enfant*, 45, 1, pp. 103-132.
 - 5) Knauer, D., Roditi Buhler, D., Berney, C., (1998), "Scuola materna terapeutica o jardin d'enfants thérapeutique del servizio di psichiatria infantile di Ginevra: un approccio grupale multifocale dell'ospedale diurno per bambini di età prescolare". In *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 65, pp. 661-672.
 - 6) Manzano, J., Lamunière, M.N.
 - 7) Peckova, M., (1987), "L'enfant psychotique devenu adulte: résultats d'une étude catamnétique de 20 années sur 100 cas". In *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 35, 10, pp. 429-433.
 - 8) Abella Tudanca, A., (1991), *Catamnèse à l'adolescence d'un groupe d'enfants à haut risque traités en Centre de Jour*. Thèse n. 9264. Faculté de médecine de Genève. Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, Genève. (nel libro italiano citato a pag. 16).
2. Dora Knauer, Francisco Palacio Espasa: "La destinée des bébés peut-elle changer?", Editions PUF, Paris 2010, in particolare le seguenti referenze bibliografiche:
 - 1) Erlenmeyer-Kimling, L., Rock, D., Roberts, S.A., Janal, M., Kestenbaum, C., Comblatt, B., Hildoff Adamo, U., Gottesman, I. (2000), "Attention, Memory and Motor skills As Childhood Predictors of Schizophrenia - Related Psychosis: The New York High Risk Project. *American Journal of Psychiatry*", 157: 1416-22. (citato a pag. 128)
 - 2) Cyp. X: "De la parentalité à la personnalité des enfants", pag. 229-235: Knauer, D., Nanzer, N., (2005). "Que nous apportent les parents dans la psychothérapie psychodynamique individuelle de l'enfant? *Psychothérapies*", 2005, 3, 155-163.
3. Knauer, D., Cramer, B., (2006) "Les thérapies brèves conjointes mères ou parents - bébés: évaluation, évolution et processus cliniques. *Psych*"

- 2 x 50% logopediste (una nel Sopra e una nel Sottoceneri),
- 2 x 50% psicomotriciste (una nel Sopra e una nel Sottoceneri),
- 2 x 50% arteterapeute / musicoterapeute (una nel Sopra e una nel Sottoceneri), formate per il campo psichiatrico e se possibile pedopsichiatrico (scuole di Losanna, di Ginevra).

Questa ha lo scopo di assicurare l'intero funzionamento dell'UNIS:

- organizzazione dell'Unità, consultazioni diagnostiche, valutazioni, coordinamento con i curanti, tenuta di dossier;
- colmare le lacune, dovute all'assenza nei Servizi della figura della psicomotricista, dell'arteterapista e della logopedista;
- organizzazione di attività attualmente non realizzate:
 - gruppi di bambini in età scolare e in adolescenza,
 - consultazioni a lungo termine per genitori e per la fratria del bambino affetto da disturbo autistico,
 - consulenza e aiuto diretto per adulti affetti dal disturbo autistico,
 - insegnamento interno ed esterno (scuole pubbliche), partecipazione allo studio multicentrico, relazioni con i Servizi universitari.

4. Proposte operative

Per le prestazioni sociopsichiatriche per pazienti minorenni (SMP-CPE) vengono formulate le seguenti proposte operative:

- Il prosieguo del progetto Civico che ha permesso di migliorare la presa a carico sociopsichiatrica dei giovani pazienti che ne hanno bisogno.
- L'implementazione di un progetto analogo a quello del "Civico" in un Ospedale regionale del Sopraceneri da decidere con l'EOC. Il costo di questo progetto sarebbe di CHF 0.395 mio al lordo e praticamente anche al netto.
- La creazione di una Unità di sviluppo dedicata alla cura dei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico.
Il costo di questo nuovo progetto è di CHF 1.2 mio al lordo per 8 unità di personale (oneri sociali e altri costi infrastrutturali compresi), CHF 0.77 mio al netto anche se è difficile prevederlo con precisione perché SMP e CPE hanno due sistemi di finanziamento diversi ed i bambini verranno seguiti da entrambe le strutture con tempi di presa a carico necessariamente diversi. La possibilità di fatturare le prestazioni secondo TARMED o meno incide in modo importante sui ricavi di questa nuova offerta terapeutica. Si segnala che con questa nuova offerta, si rinuncia a proporre l'apertura di una struttura terapeutica per adolescenti (CTA).
- Conformemente alla Scheda F di questo documento (cap. 2.5, pag. 54), gli SMP ed i CPE si incaricano di organizzare i cicli di perfezionamento per l'ottenimento del titolo federale di psicologo dell'età evolutiva. Questo nuovo importante compito verrà svolto senza richiedere nuove risorse umane ma facendo capo alle competenze già esistenti negli SMP e nei CPE.

D. Prestazioni sociopsichiatriche per pazienti adulti (SPS-CPC)

1. Introduzione

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. Parimenti, la CPC si è dotata di un'équipe incaricata di gestire i casi complessi che vengono ammessi in Clinica. Grazie a queste due nuove unità, il numero dei pazienti contenuti è sceso dai 210 del 2005 ai 127 del 2010 rispettivamente ai 64 del 2011 e la percentuale del numero di pazienti contenuti rispetto alla totale dei pazienti ammessi è scesa dal 23.1% del 2005 al 13.97% del 2010 e al 6.61% del 2011.

La gestione della contenzione in CPC è quindi migliorata grazie alle nuove risorse messe a disposizione dal Parlamento, mentre si rileva che la cura dei casi complessi in CPC non è sempre ottimale anche a causa della convivenza di queste persone con gli altri utenti.

1.1 Strutture intermedie

Per questo motivo, in collaborazione con la Fondazione Sirio, l'OSC ha elaborato un'offerta abitativa per persone con disagio psichico che è poi stata ripresa dall'Ufficio degli invalidi della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF) nella sua Pianificazione delle strutture secondo la Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) (pagg. 73-75).

Schematicamente l'offerta è la seguente:

soluzione abitativa in ordine crescente di intensità di presa a carico	organizzazione
permanenza a domicilio	servizi LACD, servizi OSC, servizi sociali, medico curante, sostegno abitativo LISPI
appartamenti protetti	fondazioni private, servizi OSC, servizi sociali, medico curante
scuole di vita autonoma	fondazioni private, servizi OSC, servizi sociali, medico curante
altre soluzioni abitative uso sociale/collettivo	fondazioni private, servizi OSC
foyer, case senza occupazione	fondazioni private, CARL
case con occupazione	fondazioni private
unità abitativa esterna	aperta ad inizio novembre 2013

Sulla base di questo schema, sono stati avviati i seguenti progetti:

- *Appartamento scuola "La Vela" a Capolago*

Questo appartamento, affittato dalla Fondazione Sirio, è stato aperto il 1. gennaio 2012 e offre una scuola di vita autonoma per tre utenti per un lasso di tempo previsto di 6 mesi. Il personale impiegato a tempo parziale proviene dal CARL e dalla CPC.

- *Casa Sirio*

12 dei 20 posti di Casa Sirio sono stati riconosciuti quale struttura ad uso sociale e collettivo dall'Ufficio degli invalidi secondo la LISPI.

Questo permette un finanziamento alla struttura che nei suoi primi anni di attività ha chiuso i conti con un deficit che è stato assunto dalla Fondazione Sirio ma che non avrebbe più potuto garantire di farlo in un futuro prossimo.

- *Foyer casi complessi / Unità abitativa esterna*

Ad inizio novembre 2013 è stato aperto il foyer per i casi complessi: Unità abitativa esterna della Fondazione Sirio. La nuova struttura della Fondazione Sirio è riconosciuta dall'Ufficio degli invalidi che ne garantisce il finanziamento. I posti sono 6 per una presa a carico con un progetto individualizzato di casi che non trovano collocamento altrove e che di conseguenza vengono ripetutamente ricoverati in CPC.

1.2 Una nuova offerta di presa a carico intensiva tra CPC e territorio (ex équipe casi complessi)

Per garantire la necessaria coerenza con le nuove strutture realizzate con il contributo della Fondazione Sirio e della LISPI, si ritiene sia necessario creare una nuova interfaccia fra la CPC ed il territorio. Questa interfaccia non deve sostituirsi all'importante attività svolta dai Servizi psico-sociali (SPS) ma deve rappresentare un'offerta specifica e complementare per una determinata casistica. Infatti, anche nel nostro Cantone un numero relativamente ristretto di pazienti accumula un numero relativamente alto di riammissioni e/o accumula una durata di degenza eccessivamente lunga. Questo gruppo eterogeneo di pazienti con una problematica clinica e sociale complessa tende a mettere a dura prova gli interventi di cura e di risocializzazione. Nella letteratura internazionale questo fenomeno viene riassunto nel concetto del "heavy use".

Da diversi anni si discute nella letteratura psichiatrica il concetto che definisce una popolazione di utenti che fa un uso intenso dei servizi psichiatrici, in particolare quelli ospedalieri (*heavy service user*) (Kent 1995, Montgomery e Kirkpatrick 2002). Non esiste attualmente una definizione di *heavy service user* generalmente condivisa. Questo fatto rende problematica la discussione delle ricerche effettuate su questo fenomeno. Junghan e Brenner (2006) ribadiscono anche che pochi studi sono stati fatti sull'impatto di servizi finalizzati alla riduzione di *heavy in-patient service use*, ma si permettono una conclusione preliminare che la disponibilità di *intensive community services* che offrono un trattamento personalizzato (*need tailored treatment*) possono abbassare il fenomeno degli *heavy service user* (pag. 32). Gli autori ribadiscono che il fenomeno degli *heavy service user* risulta quantitativamente rilevante. In un loro sample di ricerca risulta che il 20-30% tra le persone ricoverate assorbono 60-80% di tutte le risorse allocate per *in-patient treatment* (pag. 30). Altre ricerche confermano questa impostazione rispetto al *heavy user* (Spiessl 2002, Junghan 2006, Frick 2008).

I pazienti che ricadono sotto l'etichetta del *heavy user* rappresentano di solito persone che soffrono di gravi disturbi psichici (*severe mental illness*). La cura e la presa in cura di queste persone è una delle sfide più importanti nell'ambito dell'assistenza psichiatrica e della salute mentale. Di regola si parla di persone con *persistent and severe impairment in their psychological and social functioning* (Rössler et al. 2006, pag. 7). Molti di loro sono stati diagnosticati con una schizofrenia, un disturbo bipolare o un grave disturbo di personalità, ma non di rado si aggiungono elementi di co-morbidità come per esempio uso di droghe e alcol. Quando avviene il primo contatto di trattamento clinico, si rileva che molti di loro hanno sofferto per anni di sintomi che sono stati trattati in modo insufficiente. Di conseguenza si osserva un quadro clinico critico e un declino sociale importante.

Un alto numero di riammissioni non dipende naturalmente solo dal quadro clinico, ma può essere interpretato anche come un segnale di una non ottimale configurazione del sistema dei servizi psichiatrici. Come già accennato da Junghan e Brenner, e sottolineato da altre ricerche (Roick 2004, Burgess 2006), un servizio con una impostazione delle risorse integrate, in particolare tra la clinica e i servizi territoriali, con una rete robusta di strutture e prestazioni alternative al ricovero ospedaliero e con particolare attenzione agli ambiti riabilitativi con progetti personalizzati dell'abitare, lavorare, e del tempo libero, rappresenta probabilmente uno strumento utile alla riduzione del fenomeno del *heavy use*. C'è inoltre un interesse per la cura degli *heavy user* anche dal punto di vista delle politiche di economia sanitaria. Una presa a carico intensiva degli *heavy user* con un adeguato disegno di servizi integrati sul territorio è in linea con l'attuale tendenza della riduzione dei posti letto psichiatrici come proposto nella Guida "Pianificazione della psichiatria" della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS; 2008) già menzionata nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 (cap. 2.2; pagg. 20-21).

Nell'ambito OSC questa problematica è stata affrontata con l'implementazione di due nuovi servizi all'interno della CPC dove sono attive due équipes (équipe mobile ed équipe casi complessi) che si occupano dei fenomeni legati al "heavy user".

L'équipe mobile interviene principalmente sulle problematiche contenitive in CPC ed ha ottenuto in questo breve periodo un risultato molto incoraggiante di una riduzione molto significativa di oltre il 50% del tasso di contenzione fisica. Dall'esperienza dei primi due anni si evidenzia che un ulteriore miglioramento nella gestione della contenzione in CPC necessiterebbe di un nuovo aumento di personale infermieristico.

L'équipe casi complessi si occupa invece della presa a carico intensiva e personalizzata di pazienti complessi ricoverati presso la CPC con i quali elabora percorsi di cura che si orientano verso interventi integrati nell'ambito domiciliare. Le caratteristiche degli utenti seguiti sono un alto numero di ricoveri o un solo ricovero ma di lunga durata, una debole rete sociale e un ambito familiare critico. I primi risultati empirici del focus su una presa a carico intensivo sul territorio ha confermato l'ipotesi che è possibile con un'adeguata personalizzazione del progetto di cura gestire con esito positivo anche pazienti con problematiche molto complesse (cliniche, familiari, formative, penali ecc.), che in precedenza avevano provocato non solo delle forti turbolenze nella CPC, ma anche dei conflitti nei confronti di altre istituzioni cantonali e comunali. Questa nuova impostazione permette di superare il contrasto tra l'approccio totalizzante del ricovero ospedaliero e l'approccio di presa a carico ambulatoriale dei SPS.

Durante il 2011 sono stati seguiti 7 pazienti in appartamento all'interno della CPC (Centro sociale) e 16 pazienti sono stati presi a carico dall'équipe casi complessi direttamente nei reparti Quadrifoglio e Adorna. 2 pazienti sono stati seguiti nel 2011 in forma intensiva e personalizzata a domicilio, nel 2012 questa modalità di presa a carico è stata offerta a 6 utenti ciò che ha permesso anche al personale di accumulare un'esperienza professionale preziosa sia per la definizione di un'ipotesi del lavoro di cura, sia per la costante verifica e correzione del proprio agire.

Gli operatori dell'équipe casi complessi hanno orientato il loro lavoro sempre di più su una presa a carico a domicilio ottenendo dei risultati incoraggianti e accumulando un "know how" prezioso.

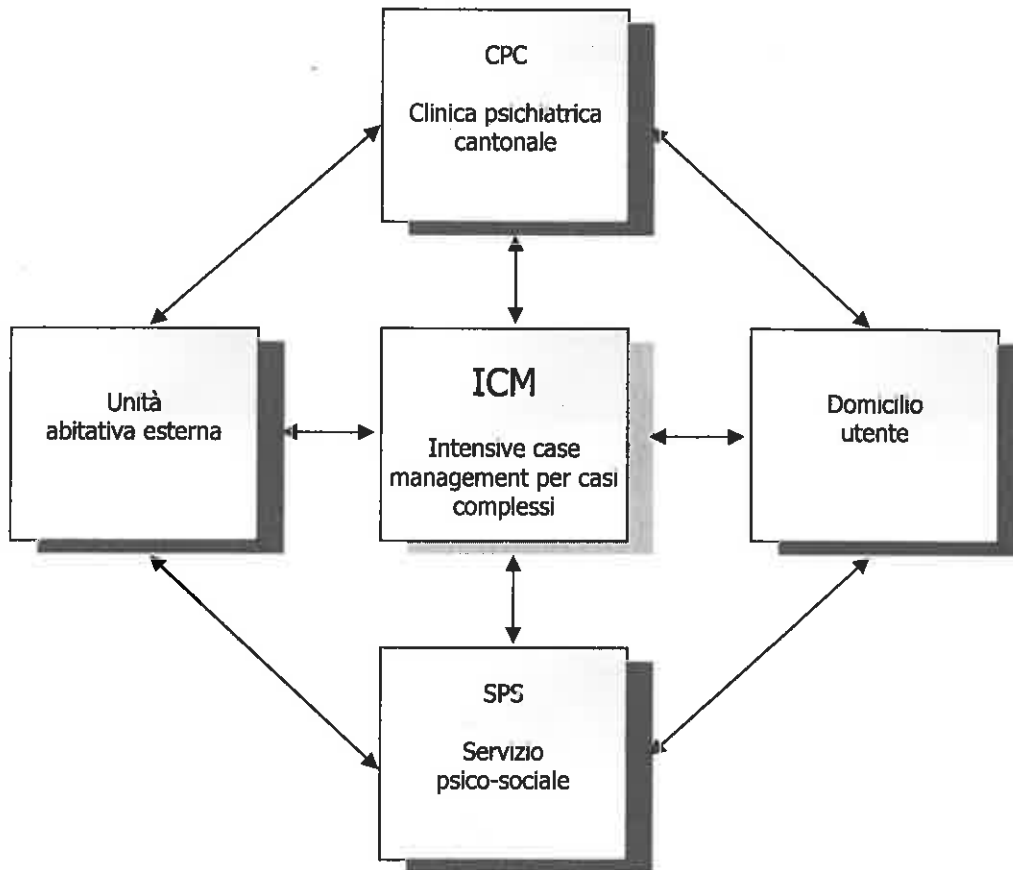
I risultati sono più che soddisfacenti, soprattutto per quanto riguarda la definizione di un metodo di presa a carico di pazienti complessi, con una conseguente diminuzione dell'uso della contenzione fisica e della loro permanenza in reparto. La presa a carico più specifica dei pazienti problematici, il trasferimento di questi ultimi in uno spazio loro dedicato, l'appartamento Centro sociale, sono tutte attività svolte dall'équipe casi complessi dal 2011. Ciò ha permesso di sgravare in parte le équipes dei reparti di psichiatria acuta, con una conseguente migliore gestione dei pazienti di questi reparti e con un accresciuto senso di sicurezza del personale della CPC.

Si è potuto verificare che una presa a carico con visite domiciliari anche quotidiane porta a risultati positivi: riduzione del numero di ricoveri, stabilizzazione della situazione clinica. Da qui l'importanza della funzione di "mediazione attiva" svolta dall'équipe casi complessi tra la CPC e il territorio, che richiederà nuove forme di presa a carico integrate.

E' auspicabile quindi che l'équipe casi complessi possa diventare il nucleo di una nuova offerta di prestazioni OSC intersettoriale per progetti individualizzati che possa occuparsi in forma innovativa della presa a carico personalizzata di pazienti complessi. Questo nuovo progetto OSC, che dipenderà direttamente dal Direttore medico della CPC, per poter progredire nella presa a carico di utenti complessi, ha bisogno di aumentare la dotazione di personale soprattutto infermieristico (5 unità), ma anche di una presenza medica sufficiente (medico psichiatra aggiunto e medico capoclinica). I risultati attesi da questa nuova prestazione sono la diminuzione quantitativa e qualitativa del carico di lavoro in CPC per la presa a carico di questi casi, ciò che permette di migliorare la cura psichiatrica e psicoterapeutica dell'altra utenza ricoverata in CPC. Inoltre, si prevede che una migliore presa a carico di questa particolare utenza permetta di migliorare anche l'ambiente lavorativo del personale della CPC che si trova confrontato con un incremento dell'aggressività e, talvolta, delle aggressioni da parte dei pazienti. A questo proposito, si può magari disquisire sulle percentuali citate precedentemente, ma è certo che la degenza nei reparti della CPC di questi grandi utilizzatori di risorse sottraggono cure agli altri pazienti ciò che provoca anche incomprensioni fra utenti e personale. Dedicare del personale specializzato alla loro presa a carico permette di meglio affrontare il disagio psichico degli altri utenti con una presumibile diminuzione della loro degenza media e quindi con un costo economico e sociale ridotto rispetto alla situazione attuale.

Inoltre si creerà una utile sinergia con l'Unità abitativa esterna della Fondazione Sirio per la quale assumerà il ruolo di consulente esterno. Si potrà sviluppare una interessante configurazione di servizi da integrare che possono dare risposte innovative a delle problematiche emergenti per i pazienti complessi del nostro Cantone.

Dopo l'apertura dell'Unità abitativa esterna, si propone di aumentare il personale infermieristico dedicato a questa casistica della CPC e cioè di assumere gradualmente 5 unità di personale infermieristico che andrebbero a completare l'équipe.



Questa nuova offerta potrebbe anche rappresentare un nuovo modello di coordinamento delle prestazioni che potrebbe portare all'istituzionalizzazione di un Servizio di triage degli utenti OSC a livello cantonale. In parecchi cantoni infatti, la psichiatria pubblica ha creato dei servizi di triage che permettono agli utenti che ne sentono la necessità di accedere più velocemente all'offerta di prestazioni psichiatriche. I Cantoni di Zurigo, Friburgo, Ginevra, Turgovia, solo per citarne alcuni, hanno già svolto significative esperienze in questo campo pur se con modelli diversi che vanno da un'accoglienza telefonica ad un vero e proprio servizio dedicato a questa importante fase della presa a carico.

Indipendentemente dal modello messo in atto, gli obiettivi per i quali sono state adottate queste nuove procedure sono:

- diminuire le urgenze,
- evitare ospedalizzazioni non indispensabili e
- evitare ritardi nella somministrazione di cure adeguate.

Con queste soluzioni si sono nel contempo verificate anche delle diminuzioni nell'occupazione dei letti nelle strutture psichiatriche acute stazionarie, e quindi anche di costi, benché nella fase della loro implementazione si è dovuto far fronte a spese supplementari causate dalla coesistenza di due modelli nel breve-medio periodo.

E' prematuro proporre ora questa nuova prestazione perché bisognerà prima verificare l'efficienza e l'efficacia della nuova offerta intersettoriale per progetti individualizzati per poter eventualmente ampliarne il mandato e ciò dovrebbe avvenire nell'attuale periodo pianificatorio.¹⁹

E' necessario segnalare che attualmente la CPC è sottodotata di figure psicologiche. La sola psicologa attiva non riesce ad affrontare tutte le situazioni che le sono sottoposte. Di conseguenza, si propone di aumentare di una unità a tempo pieno di psicologo la dotazione della CPC. Questa unità supplementare permetterà anche di assumere, con la dovuta qualità, i compiti che la nuova Legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi) prevede per l'ottenimento del titolo federale di psicologo specializzato in psicologia clinica (vedi anche Scheda F, cap. 2, pag. 52).

2. Strutture carcerarie del Canton Ticino: presa a carico psichiatrica

2.1 Servizio di medicina e psichiatria carceraria (SMPC)

Fino al 2009, la presa a carico psichiatrica dei detenuti in esecuzione di pena al Carcere penale La Stampa era garantita dall'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) tramite il suo Servizio psico-sociale (SPS) di Lugano. Queste prestazioni erano oggetto di una convenzione che dal 2000 regolava la collaborazione fra i due enti.

Con l'apertura del Carcere giudiziario La Farera nel 2006, le prestazioni psichiatriche per questa struttura carceraria sono state attribuite dal Dipartimento delle istituzioni ad un medico con studio privato che dal 2009 ha poi ripreso anche l'attività svolta dall'OSC presso La Stampa.

Il Consiglio di Stato ha deciso di approfondire la gestione della medicina carceraria ed ha istituito un gruppo di lavoro che, con rapporto del 31 ottobre 2012, ha proposto l'istituzione di un Servizio di medicina e psichiatria carceraria (SMPC) quale struttura sanitaria responsabile della presa a carico unitaria dei problemi medici, somatici e psichiatrici di tutte le persone detenute nelle strutture carcerarie del cantone, come pure di rispondere alle esigenze del Ministero pubblico, della Polizia, dei tribunali giudicanti, dei giudici dei provvedimenti coercitivi e del Patronato penale in materia di medicina e psichiatria, operando in collaborazione e con il sostegno di tutti i servizi degli ospedali pubblici come pure di tutte le strutture psichiatriche e psico-terapeutiche del cantone. Secondo il gruppo di lavoro, il servizio dovrebbe essere competente nell'ambito dei fermi di polizia, nella carcerazione preventiva, nella carcerazione di sicurezza, e nell'esecuzione delle pene e delle misure.

In ottemperanza alle raccomandazioni vigenti a livello europeo e nazionale, il SMPC non sarebbe subordinato né gerarchicamente né funzionalmente alle autorità giudiziarie o di esecuzione delle pene, bensì integrato nelle strutture sanitarie pubbliche del cantone. In

19 Letteratura:

- Frick U., Frick H. (2008). Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie „Heavy User“. Forschungsprotokoll 5 des Obsan. v. www.obsan.ch.
- Junghan U.M. & Brenner H.D. (2006). Heavy use of acute in-patients services: the challenge to translate a utilization pattern into service provision. *Acta Psychiatr Scand* 2006 ;113 (Suppl. 429): 24-32.
- Kent S. et al. (1995). A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatr Serv*, 46: 1247-1253.
- Montgomery P., Kirkpatrick H. (2002). Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 16: 16-24.
- Roick C. et al. (2004). Analyse starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. *Psychiatr Prax*, 31: 241-249.
- Rössler W. (2006). Patients with severe mental illness: a most difficult-to-treat population. *Acta Psychiatr Scand* 2006 ;113 (Suppl. 429): 7-9.
- Spiessl H. et al. (2002). „Heavy users“ in einer psychiatrischen Klinik – eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre. *Psychiatr Prax*, 29: 350-354.

base alle valutazioni riportate nel rapporto, il costo di gestione di tale servizio sarebbe di ca. CHF 1.35 mio. annui, a fronte di una spesa attuale media di ca. CHF 1/1.1 mio.

Un successivo rapporto allestito da una società di consulenza nell'ambito della verifica del funzionamento del settore esecuzione pene e misure del Cantone, ha evidenziato l'esigenza di ottimizzare l'organizzazione del servizio medico psichiatrico delle strutture carcerarie, mantenendo l'impostazione di principio quale struttura privata, procedendo all'assunzione di un infermiere in cure generali e continuando ad affidare la medicina somatica e psichiatrica a liberi professionisti.

Su proposta del Dipartimento delle istituzioni (DI), con risoluzione governativa del 13 novembre 2013 il Consiglio di Stato ha quindi deciso di confermare il principio del servizio unitario autonomo di medicina somatica e psichiatrica presso le strutture carcerarie cantonali, mantenendo l'organizzazione esistente, con l'aggiunta dell'assunzione di un infermiere capo in cure generali e del potenziamento della presa carico psicoterapeutica. Di conseguenza le prestazioni psichiatriche per gli utenti delle strutture carcerarie continueranno ad essere erogate da medici con studio privato e non dall'OSC.

2.2 Casistica delle persone difficilmente collocabili

Con risoluzione n. 5345 del 3 ottobre 2012 il Consiglio di Stato ha costituito un gruppo di lavoro, incaricato di esaminare la casistica delle persone difficilmente collocabili, ossia delle situazioni personali che presentano un elevato potenziale di pericolosità per sé stessi e gli altri per le quali si ritiene appropriata una collocazione stazionaria, ma che non rientrano in una casistica esclusivamente penale o psichiatrica oppure che per ragioni di sicurezza o di terapia non risultano inequivocabilmente collocabili in una delle strutture esistenti a carattere psichiatrico, carcerario o di altra natura.

Al gruppo è stato affidato il mandato di:

- vagliare, quantificare e categorizzare questa tipologia di situazioni difficilmente collocabili;
- concordare protocolli d'intervento e procedure operative per far fronte in maniera tempestiva a queste situazioni, individuando la collocazione più idonea e le misure di accompagnamento necessarie;
- concordare come la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) attraverso misure strutturali e organizzative possa eventualmente accogliere meglio queste casistiche, formulando proposte operative a livello di supporto tecnico e di risorse umane, in particolare per garantire la presa a carico e la sicurezza grazie anche alla collaborazione tra il personale dei due settori.

Il gruppo di lavoro, a conclusione dei suoi lavori, ha individuato una proposta operativa che può essere attuata entro termini temporali estremamente brevi, a costi contenuti.

Dal punto di vista logistico e strutturale il gruppo di lavoro propone di approntare due camere securizzate al reparto Quadrifoglio 3, sfruttando la disposizione attuale che comprende una camera con anticamera (ora utilizzata come camera di isolamento per pazienti affetti da malattie infettive), collegando l'anticamera ad una stanza attigua in modo che, a partire dal medesimo locale sarebbe garantita la sorveglianza e la sicurezza

delle due camere. Il costo preventivato per realizzare queste due camere è stato quantificato dalla Sezione della logistica in CHF 58'000.--.

Per quanto concerne l'organizzazione, il gruppo di lavoro ritiene indispensabile prevedere dei protocolli precisi sia per la definizione della casistica per la quale potranno essere utilizzate le nuove camere, sia per la definizione delle modalità accoglienza, di trattamento (definizione della collaborazione fra personale di cura e personale di custodia -quadro generale, aspetti della sicurezza, ecc.) e di sorveglianza.

La definizione di protocolli precisi permetterà pure di effettuare delle esperienze e raccogliere elementi di valutazione che in futuro potranno essere preziosi per la ristrutturazione delle nuove strutture carcerarie.

Il personale che dovrà seguire questa casistica sarà composto da personale OSC per la parte dedicata alle cure mediche, rispettivamente di principio delle strutture di polizia/penitenziarie per gli aspetti legati a garanzia della sicurezza.

In questo senso la competenza dovrebbe rientrare tra le mansioni previste dal Servizio gestione detenuti, di recente costruzione attualmente in fase di organizzazione, con la selezione del personale e la sua adeguata istruzione: al momento questa funzione non sembra specificamente prevista, ma sicuramente rientra tra i compiti che questo servizio dovrà garantire, che sono principalmente legati alle attività di trasporto, sorveglianza, piantonamento, gestione e assistenza dei detenuti.

Con la risoluzione governativa del 13 novembre 2013 con cui ha confermato il servizio unitario e autonomo di medicina somatica e psichiatrica presso le Strutture carcerarie, il Consiglio di Stato ha nel contempo approvato la realizzazione delle due camere securizzate presso la CPC e dato mandato ai direttori delle Strutture carcerarie e della CPC di allestire i menzionati protocolli di intervento.

3. Verifiche e proposte di miglioramento del funzionamento dei servizi ambulatoriali per adulti (SPS e SPPM)

Con l'entrata in vigore della LASP nel 1995, i Servizi psico-sociali (SPS) furono integrati nell'OSC in un modello settoriale di continuità delle cure.

Dal 1985 (1857 utenti) al 2011 (5446 utenti) i pazienti seguiti sono molto aumentati anche se va rilevato che circa 1500 sono seguiti dal SPPM che nel 1985 non esisteva. I pazienti seguiti dagli SPS sono quindi quasi raddoppiati in 26 anni, triplicati se si considerano anche coloro che sono seguiti dal SPPM.

Il numero elevato di consultazioni e il tempo impiegato indirizzano verso una saturazione dei Servizi che accolgono anche le richieste di intervento specifico proveniente dal territorio inteso in senso lato (autosegnalazioni, segnalazioni da parte degli studi medici, segnalazioni da parte dell'autorità), richieste diverse da una regione all'altra, svolgendo quindi, oltre a quella psico-sociale e di rete, anche una funzione analoga a quella della psichiatria ambulatoriale privata che in questo periodo è stata anche toccata dalla moratoria sull'apertura di studi medici.

Gli SPS rispondono in modo multidisciplinare a esigenze di pazienti gravi e mediamente gravi (la maggioranza) oltre che con interventi sociali e infermieristici che non possono

essere presi a carico dai medici con studio privato. Si ricorda che nel 2010, il 22.1% delle diagnosi era "schizofrenia", il 19.7% erano "disturbi affettivi", il 12.3% erano gravi "disturbi di personalità", quindi oltre la metà dei pazienti è affetto da una patologia psichiatrica maggiore, che, in ambito ambulatoriale, è un dato importante. Il resto è costituito in grande parte da pazienti che sono visti mediamente per poche consultazioni, trattandosi di valutazioni per le diverse autorità. La pratica e lo sviluppo della psicoterapia propriamente detta, strumento importante a disposizione dello psichiatra-psicoterapeuta, anche per i casi medio-gravi (disturbi di personalità), è purtroppo molto limitata non solo a causa della gravità della patologia, ma anche dall'importante mole di lavoro e di richieste di valutazione cui l'SPS deve fare fronte.

L'esito dell'impiego preventivo e terapeutico degli SPS/SPPM nell'ambito settoriale e di rete territoriale è certamente soddisfacente ma in una visione congiunta con la CPC vi è ancora da riflettere sul tipo di impegno necessario a conforto delle sue richieste.

La diminuzione dei letti in CPC è stata sicuramente permessa dall'importante attività svolta dagli SPS e dal SPPM, impegno che però non sembra sempre sufficiente per garantire una presa a carico adeguata di tutta l'utenza che si rivolge a questi Servizi.

Alcuni dati:

- I nuovi casi SPS che nel 2010 sono stati ricoverati in CPC sono stati 64, il 4.4% del totale dei nuovi casi.
- I nuovi casi CPC che nel 2010 dopo la dimissione sono stati agganciati agli SPS sono 104 (27.5% del totale dei nuovi casi).
- I pazienti seguiti dagli SPS che nel 2010 sono stati ricoverati anche in CPC sono stati 365 (576 casi) con 1.57 ricoveri per persona. 237 hanno avuto un ricovero mentre per 128 pazienti il numero dei ricoveri è stato 339, quindi 2.64 per persona.

Si evidenzia che:

- il flusso dei nuovi pazienti tra SPS e CPC indica che gli SPS riescono a evitare in generale le ospedalizzazioni e che la CPC si appoggia agli SPS per la dimissione di un quarto dei suoi nuovi casi;
- 237 pazienti SPS inviati in CPC dagli SPS sono stati ricoverati 1 volta e 128 pazienti sono stati ricoverati 2.64 volte. Si ricorda che il numero totale dei pazienti SPS e SPPM è 5'400 (4'000 se si sottraggono quelli SPPM) e che quindi questa analisi si rivolge ad un numero ridotto, benché importante, di utenti dei due Servizi dell'OSC;
- gli SPS fanno capo alla CPC per i casi più complessi, ciò che è naturale, ma che però in seguito non riescono a trattenere sufficientemente l'utenza sul territorio dopo la fase acuta.

La proposta di un nuovo servizio in CPC (vedi cap. 1.2 di questa Scheda, pag. 34) è certamente utile per migliorare la continuità della cura ma non è sufficiente se anche gli SPS non modificano per alcuni casi la loro offerta di prestazioni. Per la presa a carico dei casi complessi sono state sperimentate nuove forme di psicoterapia (vedere per esempio sui disturbi di personalità gravi (*Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 163, n. 5, 2012), che possono essere introdotte negli SPS soltanto con un aumento delle conoscenze, e simultaneamente, con una diminuzione dei casi in trattamento per ogni

medico -che senza una parziale restrizione della casistica è difficile da attuare- oppure con un aumento del numero dei medici per ogni SPS.

Si ritiene altresì che il numero di riammissioni in CPC di pazienti SPS debba essere ridotto e questo indicatore verrà posto quale obiettivo nel sistema di gestione della qualità OSC per il 2013 e monitorato negli anni successivi.

Con l'entrata in vigore del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero e dell'obbligo di ammissione anche nelle Cliniche private, con la conclusione della moratoria sull'apertura di studi medici e con la nuova Pianificazione LISPI, si ritiene che il mandato attribuito ai Servizi psichiatrici ambulatoriali dello Stato possa essere rivisto indirizzando verso di loro la presa a carico di alcuni casi complessi. Lo sviluppo delle iniziative private libera una certa percentuale di attività che può essere dedicata ai casi gravi e complessi che la psichiatria privata non può accogliere e seguire per una mancanza di mezzi e di finanziamenti.

Questa "cessione" di utenza deve comunque garantire che la casistica seguita dagli SPS sia sufficientemente ampia per mantenere il riconoscimento A come istituti formativi ai sensi della FMH.

Qualora però tutte le modifiche legali viste sopra non permettano di diminuire il numero dei casi in trattamento da parte di ogni medico SPS, sarà necessario proporre un aumento del numero di medici assistenti attivi in ogni SPS, quindi due unità: una nel Sopraceneri e una nel Sottoceneri.

Nel solco di quanto è previsto dal Consiglio psicosociale cantonale in questo capitolo come pure nel capitolo 1 di questa Scheda, va inserita anche la ricerca sulla contenzione attualmente in fase di conclusione presso la SUPSI che era stata decisa nel quadro della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012.

3.1 Ricerca contenzione

Con risoluzione governativa n. 5704, del 16 novembre 2010, il Consiglio di Stato ha autorizzato il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) a stipulare un contratto con il Dipartimento sanità (DSAN) della SUPSI per conferirle il mandato di studiare la mappa dei percorsi e delle filiere che portano più facilmente e più spesso ad azioni di contenzione nelle cliniche psichiatriche riconosciute nel Canton Ticino.

Le ipotesi formulate nel progetto sono che alcune caratteristiche personali e cliniche dei pazienti, così come alcuni percorsi precedenti la loro ammissione nelle strutture psichiatriche stazionarie hanno un'influenza sull'attuazione di misure contenitive nei loro confronti.

Lo studio si prefigge dunque di capire se e in che misura le diverse forme di contenzione -spesso legate a circostanze contingenti e puntuali- potrebbero essere indotte non solo dalle pratiche delle strutture stesse ma anche dalla scarsa disponibilità di percorsi alternativi all'ammissione.

I primi incontri tra i ricercatori SUPSI e la Direzione OSC hanno portato a sviluppare la ricerca su due fronti.

Da un lato si intende misurare il fenomeno della contenzione nei tre istituti psichiatrici del Canton Ticino (CPC, Viarnetto, Santa Croce) che hanno mandato di accogliere ricoveri

coatti e che, con modalità diverse, attuano misure contenitive (fisiche o ambientali) e mettere in evidenza i possibili fattori di rischio personali, clinici, istituzionali che possono condurre alla contenzione e a quale tipo di contenzione. Dall'altra si vogliono esaminare i percorsi per trovare quei nodi problematici (o vissuti come tali) che possono aver indirizzato le misure di intervento in modo sempre meno condiviso dal paziente fino a sfociare in pratiche contenitive.

Un gruppo di accompagnamento (comitato scientifico) è stato istituito. In sostituzione del dr.med. Silvano Testa, nel frattempo pensionato, dal 1. agosto 2012 esso è presieduto dal direttore medico CPC dr.med. Rafael Traber e conta altri 6 membri, il prof. Marco Borghi, il sig. Fiorenzo Bianchi (Direttore delle cure OSC), la dr.ssa med. Lorenza Bolzani (Direttore sanitario della Clinica Viarnetto), il dr.med. Marco Passoni (Direttore medico della Clinica Santa Croce), il dr.med. Eric Bonvin (Direttore delle Institutions Psychiatriques du Valais Romand IPVR) e il sig. Ivan Cinesi (Direttore del Dipartimento sanità della SUPSI, DSAN). Per poter meglio aggiustare il progetto alla realtà che si intende analizzare, si è inoltre fatto capo alla Commissione Contenzione della CPC che si riunisce regolarmente e che possiede una competenza approfondita in materia. Durante alcune di queste riunioni sono stati discussi gli aspetti della ricerca per trovare le soluzioni più adeguate.

Sulla base delle analisi dei dati CPC degli anni passati e a seguito delle discussioni con il gruppo di accompagnamento sono state selezionate le variabili da prendere in considerazione per valutare il più accuratamente possibile i fattori di rischio che possono portare ad un'ospedalizzazione durante la quale vengono applicate delle pratiche contenitive. Gli aspetti risultati più pertinenti riguardano il percorso che ha portato all'ospedalizzazione, le passate esperienze di ricovero, alcune caratteristiche del ricovero corrente, la diagnosi e alcune caratteristiche socio-demografiche che in letteratura e nelle analisi preliminari hanno mostrato una correlazione con la contenzione.

Si è quindi deciso di effettuare una raccolta dati retrospettiva nei tre istituti presi in considerazione, in modo da analizzare quali degli aspetti sopra citati dei ricoveri avvenuti nell'arco di tre mesi siano collegati al fatto di aver sperimentato o meno una contenzione. Per poter effettuare questa raccolta dati è stato innanzitutto necessario valutare i dati presenti nelle diverse cliniche in modo da poter avere dei dati omogenei su cui lavorare. Per questo sono state effettuate delle riunioni con le direzioni degli istituti in modo da creare una banca dati che comprendesse i dati delle ammissioni derivanti dalle tre cliniche con tutte le variabili ritenute utili.

A partire da questi elementi, il progetto prevedeva di effettuare delle interviste semi-strutturate con i pazienti che hanno subito un primo intervento coercitivo nei primi 10 giorni dopo l'ammissione ("Index intervention") in modo da approfondire le tappe che li hanno portati al ricovero in questione.

Nel mese di novembre 2012 sono state messe in atto le procedure di segnalazione (procedura di segnalazione, scheda di segnalazione e materiale per il consenso informato) per svolgere le interviste semistrutturate presso quei pazienti che avevano subito una contenzione fisica nei primi 10 giorni dall'ammissione. Da quel momento fino alla fine di marzo 2013 secondo i dati ANQ, 2 pazienti erano eleggibili per l'intervista. Di questi, 1 è stato intervistato, 1 non ricordava più l'intervento coercitivo. Altri 2 pazienti non sono stati segnalati per l'intervista perché non in grado di essere intervistati. Il numero esiguo di pazienti eleggibili è dovuto al fatto che il numero di contenzioni fisiche in CPC nell'ultimo anno ha subito una riduzione drastica. Questo comporta, al di là del risultato

estremamente positivo ottenuto, un'impossibilità a proseguire con il piano di ricerca così come precedentemente progettato per l'impossibilità di giungere a un numero utile di interviste.

Si è quindi deciso, dopo discussione con il gruppo di accompagnamento, di spostare l'indagine più a monte e porre il problema sui ricoveri coatti (art. 426 nCC).

Nel 2012 il 40% delle ammissioni in CPC sono state ammissioni non volontarie, percentuale molto più elevata rispetto alla media europea (15%) o ai dati riportati in studi svizzeri (Canton Zurigo 2007, 23%). Alla luce di questa percentuale elevata si è deciso di procedere ad una analisi secondaria dei dati CPC che permettesse di mettere in evidenza dei fattori di rischio rispetto al ricovero coatto.

Per valutare quali sono i fattori che aumentano la probabilità di subire un atto contenitivo (calcolo dell'odds ratio, fattore di rischio), sono state paragonate le entrate volontarie con quelle coatte del 2012, raccogliendo tutte le informazioni disponibili sui casi.

Le analisi multivariate sono terminate e si sta procedendo all'interpretazione dei risultati e all'elaborazione del rapporto finale.

4. Alleanza contro la depressione (AcD)

4.1 Un po' di storia

L'Alleanza contro la depressione (AcD) è un programma a più livelli che ha quale scopo il depistaggio precoce della depressione e l'ottimizzazione del trattamento delle persone che soffrono di depressione.

Il programma è stato sperimentato a Norimberga dal 2000 al 2002 sotto forma di studio. Nel frattempo, altri programmi sono sorti in 18 paesi europei nel quadro del Programma di salute pubblica europeo 2004-2008 "European Alliance Against Depression (EAAD)".

La Svizzera è integrata in questo progetto quale Paese ospite. Dopo la fine dell'EAAD, i paesi si sono costituiti in un'associazione.

L'Ufficio federale della salute pubblica (UFSP) ha testato con il Canton Zugo la possibilità di mettere in opera l'AcD in Svizzera a livello cantonale e l'esito è stato positivo, con qualche adattamento.

Nel frattempo, i Cantoni AR, BE, BS, GE, GR, LU, TG hanno istituito delle loro AcD. Altri Cantoni come FR, VS e ZH non prevedono la creazione di un'AcD, ma hanno realizzato dei progetti o programmi per la salute mentale/la depressione (ad esempio a FR il progetto sulla prevenzione del suicidio). Il Canton ZG, dopo la conclusione del progetto AcD, ha sviluppato un progetto di salute mentale 2007-2012; offerte simili sono state sviluppate nel Canton Lucerna e nel Canton Grigioni.

Dal 2005, la CDS (Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità – CDS/GDK) e l'UFSP hanno implementato un progetto sopraregionale AcD per gli interessati e per le organizzazioni professionali con lo scopo di trasferire le conoscenze sulla depressione tramite incontri annuali.

La CDS si è ingaggiata a sostenere la diffusione delle AcD nei Cantoni.

4.2 Il modello AcD

Il modello prevede 4 livelli in vista di un depistaggio ed un trattamento ottimale della depressione.

- 1) Il primo livello prevede una cooperazione con i medici di famiglia con l'obiettivo di incrementare, con la formazione continua, la loro competenza nel depistaggio precoce nelle diagnosi, nel trattamento e nelle segnalazioni agli specialisti.
- 2) Un importante lavoro di relazioni pubbliche per togliere lo stigma della malattia depressiva.
- 3) Una vasta collaborazione con i moltiplicatori, cioè le persone chiave della vita pubblica (insegnanti, poliziotti, preti, farmacisti, operatori sociali, curanti, ecc.). Anche per i moltiplicatori si prevede una formazione che permetta loro di riconoscere precocemente la depressione.
- 4) Offerte per le persone affette di depressione o per i loro prossimi. In particolare, in questo campo, si tratta di mettere in atto dei gruppi di auto-aiuto.

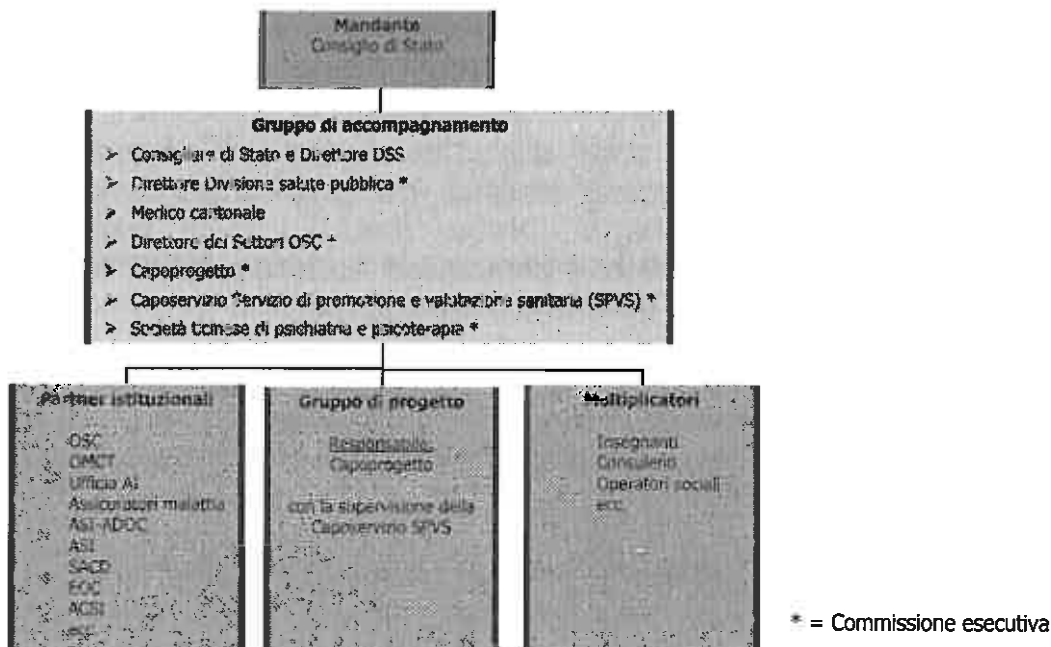
4.3 Il progetto

Con il preavviso favorevole dell'Ufficio del medico cantonale, il Consiglio psicosociale cantonale è giunto alla conclusione che sia opportuno avviare il progetto per la creazione di un'AcD in Ticino.

Il modello potrebbe essere quello grigionese che ha il vantaggio di già essere stato tradotto in italiano e quindi tutta la documentazione è già disponibile. Si valuta pure di ingaggiare la capoprogetto dell'AcD per il Canton Grigioni che è ticinese e che nel frattempo è rientrata nel nostro Cantone.

Vista la presenza di molti attori privati nella psichiatria ticinese, si ritiene necessario coinvolgere fin da subito gli operatori psichiatrici anche al di fuori dell'OSC.

L'organizzazione del progetto potrebbe essere la seguente:



Nei Grigioni il mandato alla capoprogetto è stato di 3 anni al 50%, ai quali si devono aggiungere i costi per le due valutazioni dei formulari, le spese per gli invii e per le trasferte in parecchi luoghi del nostro Cantone.

Si quantifica quindi in circa CHF 600'000.-- l'investimento necessario per l'intero progetto che è una cifra certamente impegnativa ma che si ritiene utile visto che la depressione è una delle malattie più diffuse nonché una delle maggiori cause di invalidità nel nostro Paese. In questo senso, la cifra vista sopra non è un costo ma un investimento nel lungo periodo e si può certamente suddividere in 3-4 anni; quindi con una spesa di circa CHF 150'000.-- annui.

5. Proposte operative

Le proposte operative contenute nella Scheda D Prestazioni per pazienti adulti sono le seguenti:

- Collaborazione dell'OSC per l'apertura e la gestione delle strutture intermedie riconosciute dalla LISPI.
- Creazione di una offerta intersettoriale per progetti individualizzati presso la CPC per la quale, oltre alla dotazione già esistente (0.7 unità di medico psichiatra aggiunto -impiegato anche per l'équipe mobile- e 4.55 di personale infermieristico), si aggiungerebbero 1 unità di medico capoclinica e 5 unità di personale infermieristico. Il costo lordo è di CHF 670'000.--, CHF 370'000.-- al netto.
- L'attribuzione alla CPC di una figura psicologica supplementare per migliorare la presa a carico dell'utenza e per garantire il seguito necessario per proporre la formazione specialistica necessaria all'ottenimento del titolo federale di psicologo specializzato in psicologia clinica. Il costo al lordo è di CHF 160'000.-- al lordo, oneri sociali compresi, CHF 88'000.-- al netto.
- L'aumento di 2 unità di personale infermieristico dal costo di CHF 200'000.-- al lordo, CHF 110'000.-- al netto, da attribuire all'équipe mobile per ancora meglio gestire la problematica della contenzione presso la CPC.
- Il miglioramento della continuità delle cure fa SPS e CPC con l'eventualità di assumere due medici assistenti supplementari, 1 nel Sopraceneri e 1 nel Sottoceneri, al costo di CHF 350'000.-- al lordo, CHF 175'000.-- al netto.
- La realizzazione da parte dell'Ufficio del medico cantonale (UMC), Servizio di promozione e valutazione sanitaria, del progetto per la creazione di un'Alleanza contro la depressione in Canton Ticino. Il costo annuale è quantificato in CHF 150'000.-- annui per 4 anni, quindi un totale di CHF 600'000.-- al lordo ed al netto. Questo credito deve essere attribuito all'UMC.

E. Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)

1. Introduzione

Nell'ultima Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012, il CARL ha potuto beneficiare di aumenti di personale per implementare nuovi progetti e per rafforzare interventi che si stavano delineando in risposta alle nuove esigenze.

In questa pianificazione si intende quindi consolidare quanto messo in campo negli ultimi tempi e in particolare:

- collaborazione con le Case anziani;
- proseguimento della collaborazione con l'AI come prestatori di provvedimenti (Spazio giovani);
- intensificazione delle collaborazioni con il mondo del lavoro;
- consolidamento dell'esperienza dell'appartamento scuola;
- realizzazione dello spazio socioculturale SPAMM/Casvegno all'interno del Progetto integrato transfrontaliero (PIT).

2. Collaborazione con le Case anziani e gli Istituti LISPI

Il CARL è a disposizione per l'inserimento di ospiti che non riescono a restare presso una Casa anziani o in un Istituto LISPI perché necessitano di un sostegno psichiatrico più importante. Meno evidente è risultata invece la possibilità di collocamento degli ospiti del CARL presso Case per anziani o Istituti LISPI; su questo fronte sicuramente si dovrà continuare a lavorare. La dotazione di posti per questa casistica andrà valutata e coordinata anche nel quadro della Pianificazione LISPI. Va comunque segnalato come si stia delineando un abbassamento dell'età media degli ospiti del CARL.

3. Proseguimento della collaborazione con l'AI come prestatori di provvedimenti (Spazio giovani)

Da quando (gennaio 2011) lo Spazio giovani ha potuto beneficiare di un appartamento e di una équipe propri, abbiamo assistito ad un cambiamento sia del lavoro sia della risposta dell'utenza.

Tutto questo è stato evidenziato anche da un numero di provvedimenti in continuo aumento e da una collaborazione sempre migliore con l'ufficio AI, mandatario di queste prestazioni.

Dal gennaio 2011 a giugno 2012 sono state attuate 1'261 giornate di esame nei laboratori e in stage esterni e 1'188 giornate di accompagnamento e sostegno abitativo.

Nel prossimo quadriennio sarà importante continuare a lavorare sia sugli aspetti lavorativi (vedi cap. 4 di questa Scheda) ma anche sugli aspetti di vita quotidiana. Spesso l'incapacità alla tenuta lavorativa è da ricondurre anche ad una incapacità di vivere gli aspetti al di fuori dell'attività professionale. La gestione dell'abitazione, la solitudine, gli impegni amministrativi, ... diventano fonte di ulteriore stress e, se non sostenuti e allenati,

contribuiscono in modo determinante a ricadute e, di conseguenza, al fallimento degli inserimenti lavorativi.

L'équipe dello Spazio giovani dedica quindi grande attenzione e impegno anche a tutti i momenti di vita, accompagnando gli ospiti alla conquista di pratiche e sicurezze nella gestione del quotidiano.

L'esperienza ha dimostrato come questi giovani necessitano di un aiuto importante proprio per imparare a gestire la loro vita "privata".

4. Intensificazione delle collaborazioni con il mondo del lavoro

Come già riportato durante il 2011, si è avviata l'esperienza di collaborazione con alcune ditte e enti pubblici della regione. Questa collaborazione ha portato a poter collocare in stages esterni diversi utenti che beneficiavano di provvedimenti di reinserimento previsti dall'Assicurazione invalidità.

Queste collaborazioni dovranno aumentare sia di numero sia nella varietà delle offerte.

Durante il periodo gennaio 2011 – giugno 2012 sono stati presi contatti con 47 potenziali datori di lavoro (privati ed enti pubblici) e con 14 di loro si sono trovati accordi per poter svolgere periodi da alcuni giorni fino a sei mesi di stage.

Purtroppo la disponibilità ad accogliere utenti per periodi di stage e di valutazione si concretizza raramente in possibilità di assumere le persone questo malgrado il periodo passato in azienda si sia rivelato soddisfacente.

Questo problema sembra comunque legato alla situazione economica e non a pregiudizi verso l'utenza. La disponibilità degli operatori a seguire gli ospiti inseriti (coaching) rassicura infatti i datori di lavoro che trovano, nei collaboratori del CARL, partner presenti e affidabili.

Diversi contatti hanno prodotto agganci anche in merito al progetto SPAMM, di cui si parlerà in seguito, creando contatti e relazioni interessanti ed utili allo sviluppo di questa nuova attività.

5. Consolidamento dell'esperienza dell'appartamento scuola

Durante il 2012 si è iniziata l'esperienza di un appartamento scuola (vedi anche Scheda D, cap. 1.1, pagg. 33-34). Il progetto, nato all'interno delle strutture OSC di Casvegno (CPC e CARL) e in collaborazione con la Fondazione Sirio, ha come obiettivo di facilitare la dimissione per utenti che, malgrado abbiano raggiunto una buona stabilità, non sono in grado di abitare in autonomia.

Il progetto prevede quindi il soggiorno in un appartamento per la durata massima di sei mesi durante i quali l'ospite, con l'aiuto delle varie figure professionali, cerca di acquisire quelle competenze e quella sicurezza necessarie per vivere in autonomia. Si tratta quindi di apprendere quelle mansioni indispensabili per una vita all'esterno delle strutture di cura: gestione della casa, cucina dei pasti, disbrigo delle pratiche amministrative. Ma si tratta anche di apprendere a valutare le situazioni e quindi di saper chiedere aiuto, saper utilizzare i servizi che il territorio propone e tutto questo nell'ottica di aumentare le possibilità di permanenza all'esterno delle strutture stazionarie di cura.

Si tratterà quindi di consolidare l'esperienza appena iniziata e di riuscire a far collaborare le varie istanze OSC, i tutori e la Fondazione Sirio.

L'obiettivo dichiarato è quello di permettere dimissioni graduali ma durature dalla CPC e dal CARL.

6. Realizzazione dello spazio socioculturale SPAMM/Casvegno all'interno del Progetto integrato transfrontaliero (PIT)

Il CARL partecipa ad un Progetto integrato transfrontaliero (PIT). Si tratta di un progetto che ha come denominatore comune la cura del territorio e una maggiore attenzione al problema della gestione dei rifiuti.

Il PIT "Rifiuti - nuovi percorsi di responsabilità transfrontaliera" è composto da tre progetti diversi: "ReMida", "RifiutiInsubrici" e "Insubria Pulizia Sconfinata". Tre enti svizzeri (OSC/CARL, Azienda Cantonale Rifiuti e Dipartimento del territorio) sono impegnati per i tre progetti. Ritenuto che il marchio ReMida è stato nel frattempo registrato, ciò che pone parecchi vincoli al suo utilizzo dopo la conclusione del Progetto integrato transfrontaliero (PIT), si è introdotto il nuovo nome di questa attività: Spazio aperto multimediale (SPAMM) che è uno spazio socioculturale che prevede l'utilizzo creativo di scarti industriali. Il progetto contempla contatti con le industrie della regione (vedi anche il cap. 4 di questa Scheda) per recuperare il materiale che poi verrà utilizzato per le attività creative.

Nello SPAMM a Casvegno gli ospiti del CARL sono i protagonisti e sono a disposizione dei fruitori di questo laboratorio accompagnandoli nell'esperienza creativa.

Bisognerà quindi prevedere una formazione indirizzata agli ospiti del CARL in modo che gli stessi possano diventare i responsabili dell'offerta. A loro (con la supervisione degli operatori) competerà quindi la gestione dello spazio, l'organizzazione del laboratorio, l'accoglienza degli interessati e le proposte creative.

In un secondo tempo si prevede di creare uno spazio di vendita di articoli prodotti a partire da materiali riciclati.

7. Conclusioni

Un'ultima considerazione riguarda il tema delle dipendenze. La pianificazione precedente metteva in risalto la difficoltà legata alle richieste di collocamento presso il CARL di persone che a seguito di abusi prolungati di sostanze presentavano una dipendenza cronica. Grazie anche alle segnalazioni che vari operatori OSC hanno portato nelle commissioni e ai diversi uffici competenti si è potuto giungere alla creazione di alcuni posti per dipendenti cronici da droghe illegali e si dovrebbe pervenire alla creazione di posti anche per persone che presentano una dipendenza cronica da sostanze alcoliche.

Benché questi interventi non siano sufficienti per dare risposta a tutti i bisogni presenti sul territorio, permettono perlomeno di togliere un po' di pressione sul CARL.

F. Formazione presso l'OSC

1. Medici: accreditamento della formazione

Tutti i Servizi OSC medicalizzati (SPS, SPPM, SMP, CPC) svolgono un ruolo fondamentale nella formazione postgraduata di medici laureati che intendono ottenere il titolo di specialisti FMH in Psichiatria e psicoterapia (adulti) oppure in Psichiatria infantile e dell'adolescenza e psicoterapia (minorenni). Questi medici lavoreranno in futuro in studi privati oppure diventeranno medici dirigenti nelle istituzioni psichiatriche.

I servizi pubblici dell'OSC hanno dunque una grande responsabilità per il futuro della professione e per la salute mentale dei pazienti dell'intero territorio, senza differenza tra pubblico e privato.

Per questa ragione i vari Servizi dell'OSC assumono medici assistenti (specializzandi), che svolgono un'importante attività di lavoro a stretto contatto con i pazienti. I Servizi implicati devono attenersi rigorosamente alle direttive dell'Istituto Svizzero per la Formazione dei Medici (ISFM), che è il Centro di competenza accreditato dalla Confederazione secondo la Legge federale sulle professioni mediche. L'ISFM, in collaborazione con la FMH, emana i regolamenti e le direttive per la specializzazione, elabora sistemi di controllo della qualità sia dei Centri riconosciuti (Cliniche e Servizi), sia dei formatori che degli specializzandi, provvede agli esami finali e all'accreditamento dei titoli di specialista.

Per ottemperare a queste direttive, ogni Servizio deve organizzarsi in proprio e in collaborazione con gli altri per fornire le prestazioni necessarie. Deve in particolare assicurare al medico assistente un numero sufficiente di casi di ogni differente patologia; deve assicurare supervisioni individuali regolari; deve fornire una formazione di base in psichiatria / psichiatria infantile e dell'adolescenza e in psicoterapia. Ogni anno il medico assistente riceve dall'ISFM un formulario anonimo per esprimere il suo grado di soddisfazione sulla formazione ricevuta nei suoi molteplici aspetti. I Servizi ricevono annualmente un feed-back sulla valutazione ricevuta e possono anche, in base a queste valutazioni, migliorare l'offerta della formazione.

Vale la pena ricordare che in Svizzera la specializzazione si ottiene in base soprattutto a un'attività clinica "al letto del malato", cui si aggiunge la formazione teorica formalizzata. In Ticino questa formazione teorica è realizzata a seconda del titolo di specialità da conseguire nel seguente modo:

- Per la psichiatria infantile e dell'adolescenza: corsi accreditati presso i Servizi medico-psicologici del Sottoceneri e, dal 2011, del Sopraceneri.
- Per la psichiatria (adulti): creazione del Gruppo ticinese per il perfezionamento professionale post-universitario (GTPPP).

Va infine ricordato che per la psicoterapia il medico assistente deve seguire una formazione specifica a sua scelta in uno dei tre grandi assi (psicodinamico; cognitivo-comportamentale; sistemico). In Ticino questa parte della formazione è offerta da Istituti privati, che devono ottenere l'accreditamento dell'ISFM. Bisogna però osservare che sono le Cliniche e i Servizi stessi ad essere accreditati: in ultima analisi è quindi il responsabile della formazione accreditato presso l'ISFM a essere garante della formazione in

psicoterapia, a fornire i casi da trattare, a garantire le supervisioni e tutti gli standard richiesti.

Così come disposto dalla Commissione Permanente per la Formazione (CPF/SKWF) della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP) nel 2009 è stato costituito in Ticino il Gruppo Ticinese per il Perfezionamento professionale post-universitario.

Il Gruppo è composto dai Direttori sanitari o dai Primari degli Istituti ticinesi riconosciuti dalla FMH per la specializzazione in psichiatria e psicoterapia: l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) con Clinica psichiatria cantonale, Clinica Santa Croce, Clinica Viarnetto, Reparto di psichiatria dell'Ospedale Malcantonese, e si avvale della presenza di un medico assistente.

Organizza il Corso teorico di base per gli specializzandi in psichiatria e psicoterapia e ne assicura lo svolgimento come da Regolamento della formazione.

In particolare, il GTPPP assicura la pianificazione e lo svolgimento dei corsi semestrali di formazione (di regola un pomeriggio alla settimana), con temi conformi a quanto previsto dal vigente regolamento FMH e con relatori competenti, relatori che provengono dagli istituti membri del GTPPP o dall'esterno.

Il finanziamento della attività è garantito dagli Istituti che contribuiscono con una tassa annua proporzionale al numero di posti di formazione e dalla quota semestrale a carico dei medici assistenti che partecipano ai corsi.

Un rappresentante del Gruppo partecipa alla Conferenza di Coordinamento, dove siedono oltre al GTPPP, le altre Weiterbildungsverbund (WBV) di Basilea, Berna, Sciaffusa, Zurigo Svizzera centrale e Nord-ovest, Romandia, Ginevra, e dove presenta i programmi dei corsi per l'accREDITAMENTO.

1.1 Ulteriori formazioni presso l'OSC

Oltre alla formazione postgraduata del giovedì pomeriggio organizzata dal GTPPP, l'OSC concede 10 giorni all'anno di congedo pagato ai propri dipendenti per la formazione obbligatoria postgraduata o per la formazione continua, secondo i regolamenti dell'ISFM e della FMH.

Vengono quindi proposti momenti di formazione continua a favore di medici e psicologi OSC in CPC e in ognuno dei Servizi esterni, In particolare:

- intervizione psicofarmacologica;
- Journal club per medici e psicologi;
- presentazione e analisi di casi specifici.

Dall'inizio del 2012 i medici capiservizio compilano, ogni quadrimestre come richiesto dalla FMH, il Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX). Il Mini-CEX è uno strumento di valutazione utilizzato sul posto di lavoro che contribuisce a un perfezionamento professionale più strutturato ed efficace. Consiste nell'osservazione diretta del lavoro pratico quotidiano per e con il paziente e dà luogo a un feedback strutturato.

La formazione pratica agli specializzandi avviene attraverso la supervisione da parte di medici capiservizio, aggiunti o capiclinica. Prossimamente si prevede di

- introdurre il metodo "Bedside teaching" modificato che consiste in un insegnamento permanente che tenga conto di tutti gli aspetti che riguardano i pazienti;

- seguire la medicina basata su prove di efficacia (*Evidence based medicine – EBM*) meglio definito “Processo della ricerca, della valutazione e dell’uso sistematici dei risultati della ricerca contemporanea come base per le decisioni cliniche” e quindi preferire i dati dell’evidenza sperimentale piuttosto che pratiche consolidate dalla consuetudine ma non sempre di accertato valore scientifico e/o medico;
- pubblicare nel sito intranet OSC le linee-guida di pratica clinica e la raccolta degli articoli scientifici.

2. Psicologi nuova LPPsi e i 5 percorsi formativi

2.1 Introduzione

La nuova Legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi) è stata approvata dal Parlamento il 18 marzo 2011 ed è entrata in vigore in data 1. aprile 2013, di conseguenza è stato anche modificato il Regolamento concernente l’esercizio della professione di psicologo attivo in ambito sanitario e di psicoterapeuta.

La nuova Legge nasce dall’esigenza di proteggere adeguatamente il titolo di «psicologo». Un titolo serve ad attestare che una persona ha assolto una formazione di base, una formazione post graduale o un perfezionamento professionale. La sua funzione comprovante deve quindi essere adeguatamente protetta: se un titolo è rilasciato in conformità a più formazioni o perfezionamenti non omogenei perde buona parte del suo significato. Questa è anche la ragione per cui il termine «psicologo» è spesso usato impropriamente. Una psicoterapia, ad esempio, implica grosse responsabilità che possono essere assunte solo in presenza di un pertinente attestato. E’ dunque importante favorire la trasparenza sul mercato delle prestazioni psicologiche, che oggi è caratterizzato da una certa opacità. Si tratta di creare le condizioni che permettano ai pazienti e ai consumatori di distinguere le offerte qualificate da quelle che invece non lo sono. La protezione è forse ancora più importante per gli psicologi non terapeuti, poiché si tratta di un ambito per il quale il perfezionamento professionale non è obbligatorio.

La legge sulle professioni psicologiche (LPPsi) introduce una protezione della denominazione per i titolari dei master, delle licenze e dei diplomi in psicologia rilasciati da un’università o da una scuola universitaria svizzera o estera e riconosciuti dalla legge stessa. Dal 1. aprile 2013, queste persone sono le sole a poter utilizzare il titolo di «psicologo».

Chi possiede un bachelor in psicologia, non ha il diritto di fare uso scritto della denominazione di «psicologo» a fini professionali. L’aggettivo «psicologico» può invece continuare a essere utilizzato liberamente. La LPPsi non ha, ad esempio, alcun impatto sulla denominazione «consulente psicologico». Il titolo di bachelor in psicologia beneficia comunque di una protezione. Si avrà il diritto di usare la denominazione «Bachelor of Science in psicologia».

La LPPsi introduce titoli di specializzazione riconosciuti a livello federale in tutti gli ambiti della psicologia rilevanti per la salute. Sono considerati tali:

- la psicoterapia,
- la psicologia dell’età evolutiva,
- la psicologia clinica,
- la neuropsicologia e

- la psicologia della salute.

Secondo la LPPsi un perfezionamento accreditato dalla Confederazione deve durare, per quanto concerne la psicoterapia, da quattro a sei anni e da due a quattro anni per le rimanenti specializzazioni. Se il perfezionamento è a tempo parziale, la durata può essere prolungata proporzionalmente. Dal 01.04.2013 i requisiti posti ai nuovi cicli di perfezionamento federali (durata e contenuto, ivi compresa la pratica clinica) sono definiti dalla Confederazione in virtù dell'art. 5. segg. LPPsi. Queste indicazioni riguardo i contenuti della formazione post grado in psicoterapia sono indicati sommariamente nell'ordinanza federale pubblicata il 28.3.2013. Gli standard più precisi saranno definiti in una prossima ordinanza del DFI che entrerà in vigore verosimilmente nel mese di gennaio 2014. Le disposizioni transitorie sono valide a partire dal 1. aprile 2013 fino al 31 marzo 2018. Il sistema futuro si baserà sull'accREDITamento federale dei cicli di perfezionamento che soddisfano i criteri della Legge. Per ottenere un titolo di perfezionamento federale occorrerà pertanto aver seguito un ciclo di perfezionamento accreditato.

2.2 Psicoterapeuti

Con l'entrata in vigore della LPPsi, l'attività di psicoterapeuta che opera in privato o nel settore pubblico è disciplinata in modo diverso. A livello giuridico, la Confederazione può disciplinare solo l'attività privata, resta competenza del Cantone disciplinare quella dello psicoterapeuta che opera nel pubblico.

L'attività di psicoterapeuta nell'economia privata continua a essere soggetta ad autorizzazione cantonale da richiedere presso l'Ufficio di sanità secondo la vigente Legge sanitaria (artt. 54 e 55). La novità a livello federale consiste nell'estensione di tale obbligo a tutti i Cantoni.

L'autorizzazione per l'attività sotto la propria responsabilità nel settore privato è rilasciata se il richiedente:

- possiede un titolo federale di perfezionamento di psicoterapeuta o un titolo estero di perfezionamento riconosciuto in psicoterapia;
- è degno di fiducia e offre la garanzia, dal profilo fisico e psichico, di un esercizio ineccepibile della professione;
- padroneggia una lingua nazionale.

Anche l'esercizio dell'attività a titolo dipendente (psicoterapeuti OSC) continua in Ticino a essere subordinata ad autorizzazione cantonale secondo la vigente Legge sanitaria (artt. 54 e 55) e sulla base del nuovo Regolamento cantonale. L'esercizio dell'attività sotto la propria responsabilità nel settore pubblico richiede parimenti il titolo di perfezionamento federale.

2.3 Psicoterapeuta in formazione

Per quanto concerne gli psicoterapeuti in formazione, le autorizzazioni rilasciate con validità oltre il 01.04.2013 dovranno essere adeguate al nuovo quadro legislativo. Alle persone in possesso dell'autorizzazione cantonale di *psicoterapeuta in formazione* non sarà più consentito di esercitare sotto la propria responsabilità nell'economia privata. Gli stessi potranno svolgere la propria attività, se così autorizzati, alle dipendenze e sotto la responsabilità di una persona formata.

2.4 Psicologo

Per quanto riguarda lo psicologo, la legge ne tutela il titolo ma non l'attività. La nuova Legge federale non subordina ad autorizzazione cantonale l'esercizio della professione di psicologo. Tuttavia in Ticino, fintanto che non sarà modificata l'attuale Legge sanitaria, resta in vigore l'obbligo di richiedere l'autorizzazione presso l'Ufficio di sanità. I requisiti sono stati rivisti e il regolamento cantonale adeguato ai sensi della nuova LPPsi.

Le autorizzazioni come psicologo e come psicoterapeuta rilasciate fino al 31.12.2012 sono valide anche dopo l'entrata in vigore della nuova Legge.

2.5 OSC: polo formativo accreditato a livello federale

Sulla base della Legge sanitaria cantonale, la pratica clinica è obbligatoria per l'ottenimento dell'abilitazione anche se non più secondo le categorie A B C ma definendo i criteri della pratica clinica sulla base degli artt. 4 e 5 del nuovo Regolamento cantonale. E' stato proposto all'OSC, dopo discussione con l'Ufficio di sanità, di mantenere l'attuale contingente di posti di pratica clinica offerti a psicologi e psicoterapeuti in formazione. Allo stato attuale, più scenari sono possibili:

- Considerando l'alto livello formativo offerto dall'OSC in questi anni si ritiene opportuno adeguare l'attuale formazione per psicologi a un titolo di perfezionamento federale. Più precisamente SPS, CPC e SPPM potrebbero adeguare la formazione interna per l'ottenimento del titolo federale di *psicologo specializzato in psicologia clinica*. Per quanto concerne l'SMP ed il CPE il titolo di perfezionamento potrebbe coincidere con il titolo federale di *psicologo dell'età evolutiva*. I dettagli concernenti la procedura e i requisiti per l'accREDITamento dei cicli formativi non sono ancora stati pubblicati. L'avamprogetto dell'Ordinanza sulle professioni psicologiche (OPPsi) ne fissa ad oggi solo la durata art. 2 "il perfezionamento in psicologia dell'età evolutiva e psicologia clinica dura da un minimo di due ad un massimo di quattro anni". Pubblicati i dettagli ed i requisiti per l'accREDITamento a livello federale l'OSC dovrebbe procedere per riorganizzare la propria formazione interna (durata, costi, responsabili della formazione, ecc.).
- Se l'OSC decidesse di non richiedere l'accREDITamento per i cicli di perfezionamento federali, resterebbe comunque una struttura importante per la formazione pratica di chi intende ottenere un titolo di perfezionamento federale. Inoltre, visto che gli psicoterapeuti in formazione non potranno più esercitare sotto la propria responsabilità, dovrebbero aumentare verosimilmente le richieste per la pratica clinica ai fini dell'ottenimento del titolo federale.

Riteniamo importante che l'OSC s'impegni affinché la sua formazione interna sia riconosciuta a livello federale per il duplice motivo di mantenere attiva e a livello accademico la formazione offerta e per permettere a professionisti ticinesi di potersi perfezionare nella propria lingua madre.

3. Il Centro di competenza per la formazione infermieristica (CCFI)

3.1 Introduzione

Il Centro di competenza per la formazione infermieristica (CCFI) è stato creato per meglio rispondere ai bisogni formativi crescenti da parte delle scuole socio-sanitarie; successivamente ha sviluppato il proprio intervento anche in ambito di formazione continua, soprattutto in relazione al personale infermieristico neoassunto privo di specializzazione nell'area della salute mentale.

Sotto la Direzione delle cure OSC, all'interno del CCFI, opera una figura responsabile della formazione infermieristica e 14 persone con funzione di insegnanti assistenti che svolgono la loro attività all'interno delle varie équipes. Questa dotazione equivale a 3.7 unità a tempo pieno.

3.2 La missione del CCFI

La missione del CCFI è orientata verso:

- l'introduzione e l'accompagnamento pedagogico nella pratica clinica degli allievi infermieri delle scuole socio-sanitarie;
- la formazione continua del personale, attraverso lo sviluppo e l'approfondimento delle competenze della propria disciplina;
- la cura e la riabilitazione dei pazienti psichiatrici acuti e cronici, attraverso l'applicazione della *Concezione delle cure*;
- l'inserimento di nuovo personale, attraverso l'assistenza e l'accompagnamento del personale nel processo di apprendimento;
- l'approfondimento e l'aggiornamento continuo di tematiche relative all'area della salute mentale in adesione e coerenza con la realtà socioculturale del contesto.

Nello svolgimento della propria attività il CCFI fa riferimento al modello pedagogico andragogico che si occupa, in specifico, della formazione in età adulta.

Il CCFI accoglie e garantisce l'accompagnamento pedagogico degli allievi delle scuole di formazione del personale socio-sanitario. Per gli allievi infermieri, oltre all'accompagnamento pedagogico nella pratica clinica, vengono pianificate specifiche giornate d'aula (giornate di accoglienza, *Learning training e transfer* -LTT in pratica clinica). Inoltre, il CCFI promuove tutti gli eventi formativi quali convegni, giornate di formazione specifiche per l'area della salute mentale. Si rivolge principalmente a tutto il personale socio-sanitario dell'OSC (formazione interna) e, su richiesta, anche a enti esterni (formazione esterna).

3.3 Formazione allievi infermieri

La formazione degli allievi infermieri si struttura in due fasi: la fase di accoglienza e la fase di accompagnamento clinico.

Il primo giorno di stage è dedicato all'accoglienza. Le giornate cliniche di accoglienza vengono erogate dalla responsabile del CCFI che si occupa di presentare la struttura, l'organizzazione e il suo modello concettuale.

L'équipe infermieristica, che fa riferimento all'insegnante assistente, si occupa invece dell'accompagnamento formativo dell'allievo durante la pratica clinica.

All'inizio dello stage, vengono definite le strategie di accompagnamento, sulla base delle quali viene impostato il periodo di formazione, allo scopo di raggiungere gli obiettivi descritti nel rapporto iniziale di stage.

3.4 Quantitativamente

Di seguito vengono riportati i dati relativi al movimento allievi delle scuole socio-sanitarie e del loro accompagnamento durante lo stage presso l'OSC.

Nel 2009 100 allievi hanno frequentato lo stage presso l'OSC

40 allievi infermieri SUPSI

44 allievi infermieri SSSCI

16 allievi soccorritori professionali

Mesi di accompagnamento pedagogico: 220

Nel 2010 sono stati 67

31 allievi infermieri SUPSI

36 allievi infermieri SSSCI

Mesi di accompagnamento pedagogico: 158.5

Nel 2011 l'OSC ha accolto 93 allievi

41 allievi infermieri SUPSI

50 allievi infermieri SSSCI

2 allievi soccorritori professionali (corso integrativo)

Mesi di accompagnamento pedagogico: 304.5

3.5 Formazione continua OSC

L'intera formazione offerta dal CCFI mira a sviluppare le competenze specialistiche (cure e assistenza), le competenze personali (responsabilità, ruolo); le competenze metodologiche-organizzative e le competenze sociali-comunicative.

Il Centro di competenza per la formazione infermieristica valuta, seleziona, coordina, pianifica e realizza tutte le formazioni specifiche all'area di competenza della salute mentale. La rilevazione e l'analisi dei bisogni formativi viene effettuata dalla responsabile del CCFI in collaborazione con gli insegnanti assistenti.

L'orientamento della formazione continua è ben definito:

- una parte di questa offerta si situa fra la formazione di base infermieristica e la specializzazione in salute mentale. Infatti, per il personale neoassunto non ancora in possesso della specializzazione in salute mentale, è stata istituita la Formazione interna in psichiatria (FIP) che risponde alla necessità istituzionale di avere dei collaboratori in grado di individuare e rispondere ai bisogni dell'utenza con disturbo psichiatrico e intervenire in modo professionale e aderente ai valori istituzionali;

- un'altra parte dell'intervento formativo del CCFI si orienta, attraverso la progettazione di specifici corsi, verso lo sviluppo e l'approfondimento delle conoscenze nell'area della salute mentale, nell'ottica di un aggiornamento costante in riferimento a nuovi approcci scientifici.

Di seguito vengono riportati i dati relativi al numero delle giornate d'aula erogate dal CCFI sia nell'ambito della formazione interna che in quella esterna:

Nel 2009 il numero delle giornate di formazione erogate è stato pari a 63.5

Giornate di formazione interna: 47.5 (8 corsi)

Giornate di formazione esterna: 16 (2 corsi)

Nel 2010 il numero delle giornate di formazione erogate è stato pari a 60.5

Giornate di formazione interna: 48.5 (8 corsi)

Giornate di formazione esterna: 12 (2 corsi)

Nel 2011 il numero delle giornate di formazione erogate è stato pari a 53

Giornate di formazione interna: 31 (8 corsi)

Giornate di formazione esterna: 22 (2 corsi)

3.6 Conclusioni

Il CCFI si fa garante di fornire agli allievi in stage un accompagnamento pedagogico strutturato e di qualità contribuendo attivamente alla crescita e allo sviluppo della professione infermieristica. Formare professionisti che sviluppano competenze nell'area della salute mentale incrementa il livello di qualità dell'assistenza in tutti gli ambiti socio-sanitari, oltre che a sensibilizzare i futuri professionisti della salute a prendersi carico della propria e altrui salute promuovendo una corretta igiene mentale ("*...non c'è salute senza salute mentale*" - Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa, 2005).

Promuovere i valori istituzionali, accogliere e partecipare allo sviluppo di competenze personali, relazionali e specialistiche dei futuri infermieri apporta per l'OSC un importante valore aggiunto che si ritrova in sede di assunzione di nuovo personale e contribuisce a migliorarne la fidelizzazione.

Attraverso la formazione continua, in particolare la *Formazione interna in psichiatria*, il CCFI mira a creare, sin da subito, professionisti in grado di trasferire nella pratica clinica conoscenze scientifiche aggiornate e ad assumere un profilo etico di rispetto della persona in conformità con la filosofia istituzionale. Conoscenze, abilità e attitudini devono rimanere al passo con l'evoluzione della società, dei suoi bisogni in cure e con lo sviluppo della tecnologia.

Riassunto e conclusioni

Riassunto e conclusioni delle proposte operative

Disegno di Decreto legislativo

Riassunto e conclusioni

In questo capitolo della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017 verranno riprese schematicamente le diverse proposte operative contenute nelle schede programmatiche. Per ogni misura si è provveduto a quantificare il costo lordo e netto.

Verrà allegato il Decreto legislativo per le diverse proposte con i relativi costi previsti per la loro realizzazione.

A. Proposte per psichiatria e popolazione anziana

Proposta	Unità	Costo	Priorità
Disporre all'interno degli SPS-SPPM di personale medico, psicologico e infermieristico specializzato in gerontopsichiatria	3.5	CHF 0.463 mio lordo CHF 0.234 mio netto	1
Potenziamento del SIPSIG	0.5	CHF 0.075 mio lordo CHF 0.040 mio netto	1

C. Proposte per pazienti minorenni

Proposta	Unità	Costo	Priorità
Implementazione di un progetto analogo a quello del "Civico" in un ospedale regionale del Sopraceneri	0.5	CHF 0.070 mio lordo CHF 0.040 mio netto	1
	-	CHF 0.325 mio lordo e netto, per la convenzione con un ospedale del Sopraceneri	2
Creazione di una Unità di sviluppo dedicata alla cura dei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico	8.0	CHF 1.200 mio lordo CHF 0.770 mio netto	1

D. Proposte per pazienti adulti

Proposta	Unità	Costo	Priorità
Creazione di un Servizio intersettoriale per progetti individualizzati presso la CPC	6.0	CHF 0.670 mio lordo CHF 0.370 mio netto	1
Aumento dotazione personale psicologico alla CPC per migliorare la cura dei pazienti	1.0	CHF 0.160 mio lordo CHF 0.088 mio netto	1
Potenziamento équipe mobile	2.0	CHF 0.200 mio lordo CHF 0.110 mio netto	2
Miglioramento della continuità delle cure fra SPS e CPC	2.0	CHF 0.350 mio lordo CHF 0.175 mio netto	1
Creazione di un'Alleanza contro la depressione in Canton Ticino - Ufficio del medico cantonale/SVPS (CHF 150'000 annui per 4 anni)	-	CHF 0.150 mio lordo e netto	1

Proposta	Unità	Costo lordo	Costo netto
TOTALE	23.5	CHF 3.663 mio	CHF 2.302 mio
di cui			
Priorità 1	21.5	CHF 3.138 mio	CHF 1.867 mio
Priorità 2	2.0	CHF 0.525 mio	CHF 0.435 mio

Il costo totale delle proposte operative contenute nel presente documento pianificatorio ammonta a CHF 3.663 mio al lordo, CHF 2.302 mio al netto, superiore al montante di CHF 2.0 mio inserito nella tendenza del Piano finanziario (allegato 3).

Le risorse umane supplementari sono quantificate in 23.5 unità, inferiori alle 34 concesse dal Parlamento con la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012.

Le proposte operative contenute nel presente documento pianificatorio avrebbero una incidenza sui costi superiore ai CHF 2.0 mio inseriti a Piano finanziario. Il Consiglio psicosociale cantonale ha però approfondito questo aspetto giungendo alla conclusione che nel loro insieme le proposte operative contenute nella Pianificazione 2014-2017 abbiano una coerenza e meritino tutte di essere presentate. Si rileva pure che, soprattutto per quanto concerne le prestazioni per minorenni (SMP e CPE), le proposte, oltre a escludere l'apertura di una nuova struttura -il Centro terapeutico per adolescenti (CTA)- permettono una migliore presa a carico precoce dei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico, ciò che naturalmente ridurrà la necessità di interventi nell'età adolescenziale ed adulta con un'evidente vantaggio sia in un'ottica della salute pubblica ma pure dal punto di vista finanziario. Si tratta di accogliere un investimento per il futuro.

Analogamente, le misure proposte per gli adulti e per gli anziani mirano a migliorare la presa a carico per ridurre la durata delle degenze in CPC o per evitare le ammissioni in Clinica.

Con la proposta per i progetti individualizzati, la CPC crea un ponte fra la Clinica ed il territorio dedicato ai pazienti più problematici e questo permetterà un intervento più efficace che porterà ad una diminuzione della loro degenza nei reparti. Questa proposta -strettamente correlata alle strutture intermedie della Fondazione Sirio finanziate dalla LISPI- rappresenta un'importante evoluzione nella cura di una casistica che attualmente impegna molto il personale della CPC e che purtroppo spesso subisce il fenomeno della "porta girevole" con ripetute e ravvicinate ammissioni e dimissioni dalle strutture stazionarie. Nel contempo, questa proposta permetterà di migliorare la cura degli altri pazienti degenti presso la CPC.

Analogamente, per gli anziani, una presa a carico specialistica direttamente sul territorio da parte del SIPSIG o degli SPS, permetterà di evitare ricoveri in CPC e di incrementare la presenza di personale specializzato direttamente nei reparti di geriatria, nelle case per anziani o presso i medici curanti dei pazienti con un indubbio vantaggio per la cura dell'utenza.

Concludendo, considerando i vantaggi in termini di salute dei nostri concittadini come pure la cifra di CHF 2.0 mio inserita a Piano finanziario, si è optato per l'attribuzione di un ordine di priorità alle proposte operative contenute nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017. Visti gli ottimi risultati realizzati negli anni scorsi nella riduzione della

contenzione in CPC, si propone di concentrarsi maggiormente sui casi complessi mantenendo inalterata la dotazione dell'équipe mobile e quindi di contenere di CHF 0.2 mio al netto l'aumento dei costi. Inoltre, la dotazione dell'équipe casi complessi verrà potenziata gradualmente. Parimenti, considerato l'impegno che provocherà la creazione e l'implementazione dell'Unità di sviluppo (UNIS, Scheda C, pagg. 25-32) e richiamato l'aumento di dotazione di 0.5 di medico assistente all'SMP del Sopraceneri permetterà già di migliorare la collaborazione con il Servizio di pediatria di un Ospedale EOC del Sopraceneri (Scheda C, pagg. 20-25) si posticipa la richiesta di una convenzione analoga a quella del Civico fino a quando le relazioni saranno sufficientemente solide per avviare un simile impegnativo progetto. Si ipotizza che nel 2015 il progetto possa essere ripreso per avviarlo con profitto per entrambi i partner. Questo posticipa e riduce i costi di CHF 0.525 mio al lordo ed CHF 0.435 al netto per l'introduzione delle misure proposte con la presente Pianificazione. Il progetto verrà riproposto successivamente nel Piano finanziario.

Il costo netto delle proposte operative ritenute prioritarie si attesta quindi a CHF 1.867 mio.

Per una visione globale dell'evoluzione finanziaria dell'OSC si veda l'allegato 3 nel quale sono state inserite le tabelle che illustrano i Consultivi 2011 e 2012, i Preventivi 2013 e 2014 nonché il Piano finanziario 2015 e 2016.

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente la Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

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

d e c r e t a :

Articolo 1

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017 è approvata nel senso dei considerandi del rapporto commissionale e della discussione parlamentare.

Articolo 2

Vengono attuate le seguenti misure operative a carattere prioritario:

- Dotare i Servizi psichiatrici ambulatoriali per adulti dell'OSC (Servizio psico-sociale -SPS- e Servizio di psichiatria e di psicologia medica -SPPM-) di personale medico, psicologico e infermieristico specializzato in gerontopsichiatria per consultazioni ad utenti anziani e per consulenze a medici di base e specialisti come pure la CPC di personale psicologico.
- Incrementare la presenza del Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) nelle case per anziani, al fine di soddisfare le frequenti richieste di formazione, di supervisione sui casi, coaching, ecc.
- Intensificare la collaborazione tra il Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) e l'Ente ospedaliero cantonale (EOC) riguardo a pazienti anziani con problemi gerontopsichiatrici.
- Istituire un'Unità di sviluppo (UNIS) dedicata alla cura dei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico.
- Creare un'offerta intersettoriale per progetti individualizzati presso la CPC.
- Aumentare la dotazione di personale con formazione in psicologia presso la CPC per migliorare la presa a carico dell'utenza e per garantire il seguito necessario per proporre la formazione specialistica necessaria all'ottenimento del titolo federale di psicologo specializzato in psicologia clinica.

- Migliorare la continuità delle cure fra SPS e CPC con un adeguamento degli effettivi di personale medico.
- Incaricare l'Ufficio del medico cantonale (UMC), Servizio di promozione e valutazione sanitaria, di realizzare un progetto per l'Alleanza contro la depressione in Canton Ticino.

Articolo 3

La spesa è iscritta nei conti di gestione corrente del Dipartimento della sanità e della socialità, Organizzazione sociopsichiatrica cantonale.

Articolo 4

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

Allegati

1. Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012
2. Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica OSC 1991-2011
3. Consuntivi 2011 e 2012, Preventivi 2013 e 2014, Piano finanziario 2015 e 2016 dell'OSC

Allegato N. 1**Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012**

La Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 conteneva alcune proposte operative che, durante le discussioni parlamentari, sono state valutate ed accolte. Il Parlamento, in virtù del rapporto della Commissione speciale sanitaria del 23 marzo 2010, ha accolto ulteriori proposte operative che sono state accettate anche dal Consiglio di Stato.

Visto quanto precede, per presentare il bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012, si farà riferimento ai due decreti legislativi decisi dal Gran Consiglio il 21 aprile 2010, ricordando che per il secondo era stato introdotto il diritto a referendum, ciò che ne ha posticipato la messa in atto.

- Il consolidamento dei Servizi psico-sociali e dei Centri diurni
I Servizi psico-sociali hanno mantenuto la loro piena attività ed i Centri diurni sono stati aperti anche nei fine-settimana e nei festivi come previsto già nel Preventivo 2009. I risultati di questa nuova offerta sono positivi ed i pazienti hanno accolto favorevolmente queste ulteriori aperture.
- Il sostegno a strutture intermedie, in particolare Casa Sirio a Breganzona della Fondazione Sirio
L'operatore sociale supplementare è stato assunto e Casa Sirio è stata inserita nei percorsi di riabilitazione psichiatrica dopo la chiusura dei letti dedicati a questa disciplina in CPC. I risultati sono positivi con un'occupazione quasi totale di Casa Sirio che, a partire dal 2012, è stata pure parzialmente riconosciuta (12 posti) dalla LISPI nel quadro della Pianificazione degli Istituti per invalidi.
- L'incremento della consulenza sociale presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) dell'OSC
La nuova assistente sociale è stata assunta all'inizio del 2011 ed i risultati sono positivi.
- L'incremento delle attività atte a ridurre i ricoveri coatti e la contenzione
Con l'istituzione dell'équipe mobile e di quella dedicata ai casi complessi, si è potuta verificare nel 2011 una netta diminuzione della contenzione in CPC, diminuzione che fa seguito a quelle già costatate dopo la creazione della Commissione contenzione. Infatti, la percentuale del numero di pazienti contenuti rispetto al totale dei pazienti ammessi è scesa di oltre il 50%, dal 13.97% del 2010 -nel 2005 era il 23.1%- al 6.61% del 2011.
- Incremento della consulenza sociale per i pazienti anziani presso il CARL dell'OSC
Il nuovo assistente sociale è stato assunto all'inizio del 2011 ed ha permesso una migliore presa a carico degli aspetti sociali ed economici degli ospiti del CARL. Inoltre, grazie a questa dotazione supplementare, si è potuto avviare nel 2012 il progetto "Appartamento-scuola" a Capolago per ospiti del CARL e per pazienti della CPC in vista di un loro reinserimento abitativo nel territorio.

- L'incremento del personale socio-educativo presso i Servizi medico-psicologici (SMP) dell'OSC per intensificare i lavori di rete per garantire una presenza all'interno delle scuole

Nel corso del 2011 hanno iniziato la loro attività gli otto nuovi operatori sociali (opzione educatore) attribuiti agli SMP, l'ultimo ha iniziato la sua attività il 1. dicembre 2011.

Per i quattro operatori sociali richiesti dal Consiglio psicosociale cantonale per collaborare con gli educatori attivi presso i Comuni, gli SMP avevano già ipotizzato il loro inserimento nelle équipes e i compiti da assegnare loro, di conseguenza questa attività ha potuto prendere avvio con l'entrata in servizio dei nuovi educatori che ha dovuto forzatamente essere scaglionata a dipendenza di ogni educatore nominato.

Invece, per i quattro educatori attribuiti all'OSC dal Parlamento per collaborare con la scuola -attività non proposta in Pianificazione- si è dovuto procedere, con la Direzione della Divisione della scuola del DECS, ad una valutazione delle necessità delle sedi scolastiche ciò che ha preso qualche tempo per elaborare un protocollo di collaborazione siglato fra DECS e DSS il 31 marzo 2011. Questa nuova attività ha dovuto anche essere discussa e implementata all'interno dei Servizi medico-psicologici ciò che ha provocato anche qualche incomprensione nell'impostazione che comunque ha preso avvio e ha già dato i suoi frutti: ci riferiamo alla presa a carico di pazienti (incapaci di frequenza scolastica per ragioni psichiche) nella forma di "ospedalizzazione al domicilio", ciò che ha anche contribuito a ridurre il numero di adolescenti ospedalizzati in CPC.

- La definizione di accordi e protocolli per consentire il collocamento di giovani pazienti psichiatrici in strutture del Nord Italia

Con la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF) si è analizzata la situazione e si sono adottati dei criteri per i quali l'opportunità di collocamenti in strutture del Nord Italia sia possibile e coerente con gli obiettivi individuali della giovane utenza coinvolta.

Il 1. febbraio 2012 su 12 giovani collocati in strutture del Nord Italia, 4 lo erano per motivi psichici.

Nel contempo, si è potuto constatare una netta diminuzione di giovani ammessi in CPC, che sono scesi da 19 unità del 2007 a 6 unità, per un totale di 9 ammissioni.

2 giovani all'ammissione avevano 17 anni, 3 ne avevano 16 e 1 ne aveva 15.

Nel contempo, sempre con la DASF, si è svolto uno studio per la riconversione parziale dell'Istituto Canisio, ciò che può ridurre ulteriormente i ricoveri in CPC e i collocamenti dei giovani in strutture del Nord Italia. Importante quindi l'apertura avvenuta a maggio 2013 della Comunità ARCO presso l'Istituto Canisio.

- Studio di fattibilità per accogliere nei Centri psico-educativi (CPE) dell'OSC minori di oltre 12 anni (vedi anche Scheda C, cap. 1, pag. 18).

E' vero che di principio nei CPE non vengono accolti giovani di più di 12 anni, ma nel corso degli ultimi anni si sono avviate iniziative a favore degli adolescenti ed alcuni casi di giovani di età superiore ai 12 anni sono stati presi a carico.

Ritenuta la possibilità di far capo alle strutture del Nord Italia ed alla Comunità ARCO viste sopra, non si è proceduto a svolgere uno studio di fattibilità perché con queste due opzioni e con le iniziative nel frattempo aperte o in via di definizione nel Cantone (Stralisco e Midada, ad esempio) il fabbisogno è ritenuto sufficientemente coperto.

- La messa in atto della collaborazione fra il reparto di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano (ORL), sede Civico, dell'EOC e il Servizio medico-psicologico (SMP), sede di Lugano, dell'OSC

Il personale attribuito all'OSC è stato subito assunto ed il 15 ottobre 2010 è stata siglata una convenzione fra DSS e EOC. I risultati di questa collaborazione sono più che positivi anche considerando che ciò ha contribuito a ridurre i casi di giovani di età inferiore ai 16 anni ricoverati presso la CPC.

- L'apertura dell'Unità abitativa Servizi generali presso il CARL dell'OSC dedicata al "Progetto giovani"

Nel 2011 il Progetto giovani ha accolto 12 giovani, 8 in internato e 4 in esternato per un totale di 1057 giornate di presenza, 840 in internato e 217 in esternato. La collaborazione con l'Ufficio AI si è consolidata e si può dire che il Progetto ha raggiunto la sua velocità di crociera.

- Il sostegno al Club '74 dei pazienti, attraverso il Servizio di socioterapia dell'OSC

Il sostegno al Club '74 -ed agli altri Club presenti nei Centri diurni- è stato garantito. Si sono anche avviate delle riflessioni concernenti i compiti e le attività del Servizio di socioterapia che non devono limitarsi alla gestione del Club -che si ricorda è uno strumento di lavoro- ma anche alle attività ergo e socioterapeutiche presso la CPC ed il CARL. Queste riflessioni hanno provocato parecchie discussioni all'interno dell'OSC ed hanno visti coinvolti anche i Sindacati OCST e VPOD.

- L'incremento dei percorsi e della formazione degli utenti dei Laboratori protetti del CARL dell'OSC per permettere il loro reinserimento professionale

La persona a cui è stato attribuito questo compito è stata assunta il 1.1.2011 ed è stata inserita nel Progetto Interreg ReMida. Questo progetto -nel quale il CARL collabora con il Dipartimento del territorio e l'ACR- ha permesso di inserire i giovani in percorsi lavorativi artigianali variati ciò che amplierà le loro conoscenze e permetterà di aumentare le opportunità di reinserimento professionale. Nel 2011 si sono comunque avviati 8 progetti di inserimento di cui l'esito è stato di 7 collocamenti in stage formativi nel mercato del lavoro.

- La ricerca SUPSI sulla contenzione in Ticino

La ricerca, che vede coinvolte tutte le cliniche psichiatriche del Cantone, ad eccezione dell'Ospedale Malcantone di Castelrotto che non accoglie pazienti coatti, è stata avviata nel 2011 ed i suoi risultati sono previsti ad inizio 2014.

L'obiettivo è quello di conoscere i percorsi che portano più facilmente e più spesso ad azioni di contenzione nei confronti dei pazienti ricoverati presso la CPC, la Clinica di Viarnetto o la Clinica Santa Croce.

Il Dipartimento della sanità e della socialità ha istituito un apposito gruppo di accompagnamento per seguire i lavori dei ricercatori. Del gruppo fanno parte anche la Fondazione Svizzera Pro Mente Sana e il Direttore delle Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR).

- Il consolidamento del Laboratorio di psicopatologia del lavoro

L'unità di personale è stata assunta ed il Laboratorio ha potuto estendere la sua attività anche alle visite aziendali, ciò che è stato molto apprezzato da coloro che hanno collaborato con questa offerta di consulenza specialistica.

Concludendo, si può affermare che tutto ciò che è stato previsto nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012 è stato messo in atto e che per alcune proposte operative i risultati si potranno valutare nel medio termine perché necessitano di una fase di implementazione che coinvolge anche altri enti attivi nel nostro Cantone.

Per le nuove proposte operative di competenza unicamente dell'OSC, si può constatare che gli effetti sono già quantificabili e che sono positivi.

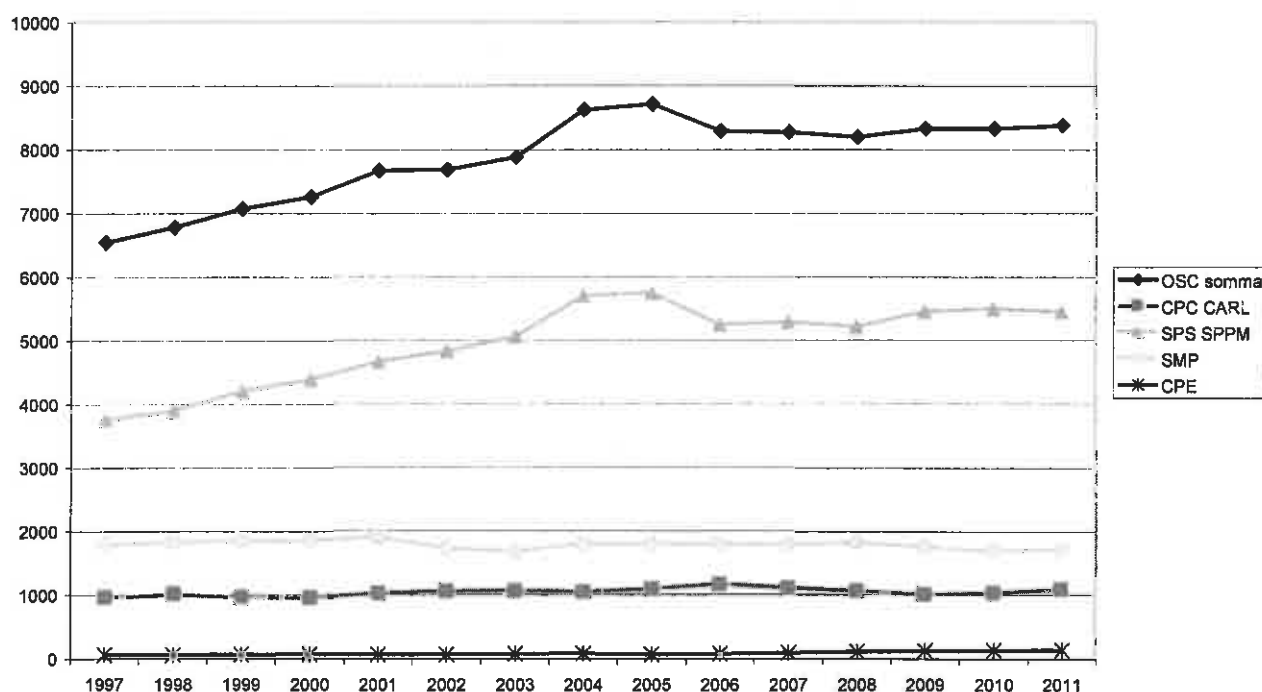
Allegato N. 2**Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica OSC 1991-2011**1. Evoluzione generale della casistica OSC

I soggetti che si sono rivolti alle strutture della psichiatria pubblica sono globalmente in aumento negli ultimi dieci anni, con un picco nel 2004-2005, sia in cifre assolute sia in percentuali riferite alla popolazione residente in Ticino. Sommando gli utenti che si sono rivolti a ciascuna struttura dell'OSC risulta che

nel 2007 gli utenti erano 8278, nel 2008 8199, nel 2009 8335, nel 2010 8334 e nel 2011 8385

A titolo di confronto, la somma degli utenti che si sono rivolti alle strutture dell'OSC erano 5207 nel 1991, 6333 nel 1995 e 7260 nel 2000. Negli ultimi dieci anni il numero di utenti ha continuato a salire fino a raggiungere gli 8385 del 2011.

Somma delle persone viste dalle varie strutture dell'OSC: evoluzione 1997-2011



L'andamento è dato soprattutto dall'incremento di casi visti presso i Servizi ambulatoriali per adulti (SPS e SPPM), che hanno registrato un aumento consistente in particolare nel 2004-2005. A seguito di questo picco il numero di utenti si è stabilizzando negli anni successivi con delle lievi oscillazioni.

Per quanto concerne i Servizi minorili dal 2007 al 2011 il numero di utenti ha subito poche variazioni. Rispetto al 2001 il numero di utenti totali che hanno fatto capo ai Servizi minorili è calato (2001: 1908; 2011: 1710). Ciò nonostante prendendo in esame solo il

CPE si può osservare che in dieci anni il numero di utenti si è praticamente raddoppiato (2001: 74; 2011:142).

I pazienti dei Servizi psico-sociali (SPS) sono numericamente più del triplo di quelli dei Servizi medico-psicologici (SMP), ciò è normale dato che questi ultimi si rivolgono potenzialmente ad una popolazione meno numerosa, cioè prevalentemente a quella minorenni residente in Ticino.

Ai Servizi medico-psicologici (SMP) si rivolge la percentuale più elevata di soggetti rispetto alle fasce d'età a cui queste strutture si indirizzano²⁰: 23.4 minorenni su 1000 residenti in Ticino contro 19.8 adulti su 1000 dei SPS e SPPM. Il numero di psichiatri infantili è minore rispetto a quello per adulti, per questo motivo è più facile che si prenda contatto con i servizi per minorenni pubblici in caso di bisogno.

Per quanto concerne la Clinica il numero di pazienti è lievemente diminuito rispetto all'ultima pianificazione (2007). Nel corso dell'ultimo decennio il 2009 conta il numero minore di pazienti ammessi in Clinica (2001:917; 2002:952; 2003:956; 2004:932; 2005:970; 2006:1044; 2007:982; 2008:936; 2009:887; 2010:908; 2011:967), in lieve aumento nel 2010 e soprattutto nel 2011.

In generale si può osservare che nonostante la presenza di specialisti privati sul territorio il numero di adulti che si rivolgono alla psichiatria pubblica è alto e si è mantenuto costante nel corso degli anni. I cambiamenti che sono avvenuti nella società si rispecchiano in una nuova casistica presente all'interno della Clinica. Questi cambiamenti hanno portato ad una riflessione circa la presa a carico degli utenti e mirano al miglioramento, non solo della farmacoterapia, ma della gestione del paziente che viene ricoverato.

Situazioni più specifiche saranno rilevate dall'analisi delle tendenze relative alle singole strutture.

²⁰ Tutte le prevalenze e le incidenze in relazione alla popolazione fanno riferimento alla popolazione residente permanente al 31.12.2010, in quanto all'USTAT non sono disponibili al momento ulteriori aggiornamenti sul 2011.

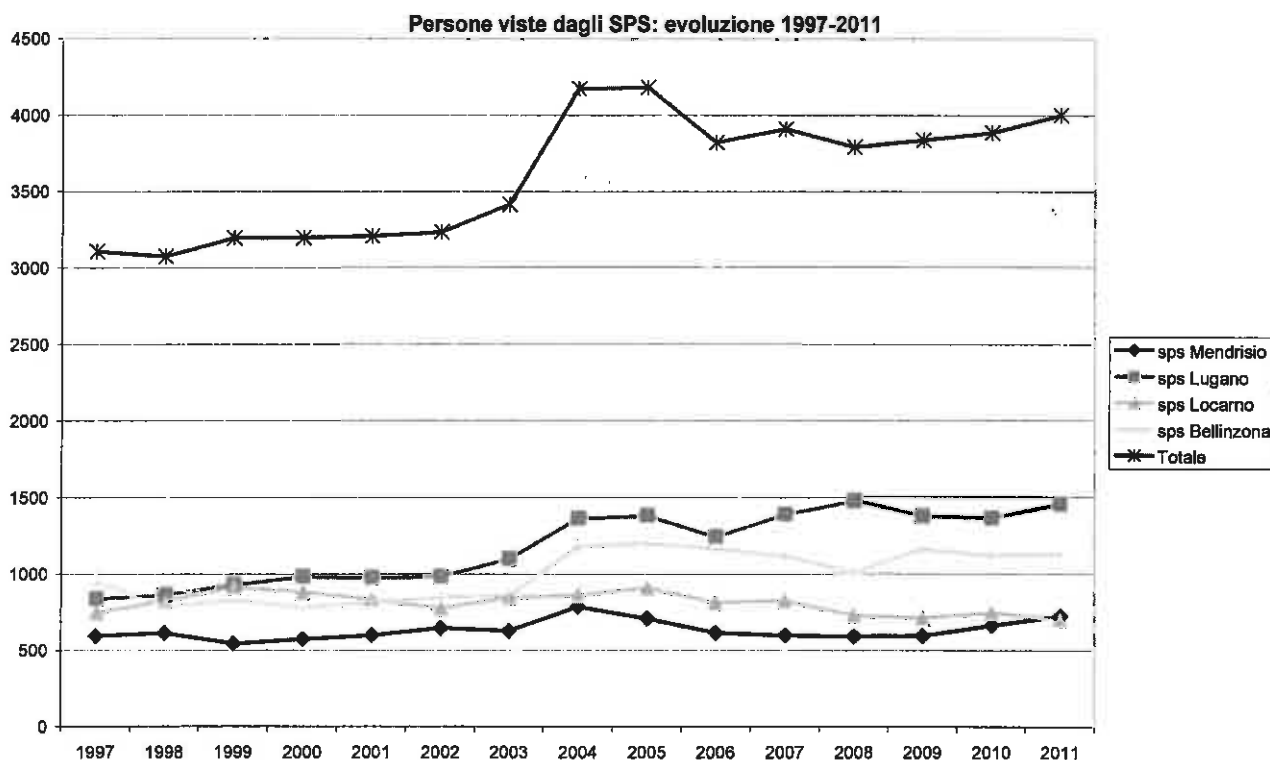
2. I Servizi psico-sociali (SPS)

2.1 Persone viste

Per quanto riguarda i Servizi pubblici di psichiatria ambulatoriale per adulti si riscontra la situazione seguente (come adulti consideriamo le persone dai 20 anni in avanti):

**nel 2011, 4003 persone hanno avuto almeno un contatto
con i SPS, di cui 3954 adulti,
pertanto 14.6 adulti ogni 1000 residenti adulti**

Si riscontrano differenze da un Servizio all'altro nel numero di pazienti: essi rappresentano rispettivamente 18.1 adulti su 1000 residenti adulti nel Mendrisiotto, 12.5 nel Luganese, 12.5 nel Locarnese e Valli e 18.2 nel Bellinzonese. 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, possiamo notare una crescita costante dal 1997 al 2003. Nel 2004 e 2005 è stato registrato un picco di contatti con i Servizi per adulti, per poi tornare ad una situazione in linea con l'andamento degli anni precedenti. A partire dal 2008 si assiste ad una nuova e costante crescita del numero di persone seguite dai SPS.

Il Servizio di Lugano presenta un picco nei contatti nel 2008 subendo in seguito una lieve flessione verso il basso per poi ricominciare a crescere a partire dal 2010. Il 35.8% delle persone viste a Lugano sono casi nuovi o risegnalazioni mentre il 64.2% sono casi in corso.

Il Servizio di Bellinzona nel 2011 registra 1124 casi, 67.2% dei quali già seguiti dagli anni precedenti e 32.8% invece nuovi o risegnalati. Fino al 2004 si è assistito ad un aumento

del numero dei pazienti che poi è sceso negli anni successivi. Tra il 2008 e il 2009 il numero di pazienti è aumentato per poi stabilizzarsi nei due anni successivi.

Il Servizio di Locarno mostra una costante diminuzione del numero di pazienti a partire dal 2005 per poi stabilizzarsi negli ultimi anni. Nel 2011 le persone viste sono state 700, il 52.6% delle quali erano già seguite dall'anno o dagli anni precedenti e il 47.4% sono casi nuovi/risegnalazioni.

Il Servizio di Mendrisio presenta, ad eccezione del picco del 2004, un andamento abbastanza costante del numero di persone viste fino al 2008. A partire dal 2009 il numero di pazienti è in aumento. Nel 2011 i pazienti sono stati 725, dei quali il 32.8% sono casi nuovi o risegnalati e il 67.2% sono casi in corso.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Nel 2011 la percentuale di uomini e di donne che si sono rivolti ai SPS è simile.

Le persone tra i 40 e i 64 anni e quelle tra i 20 e i 39 anni fanno capo in proporzioni simili ai Servizi psichiatrici pubblici per adulti:

1286 persone, ossia	16.1 ogni 1000 abitanti tra i 20 e i 39 anni
2121 persone, ossia	17.3 ogni 1000 abitanti tra i 40 e i 64 anni
547 persone, ossia	8.0 ogni 1000 abitanti tra gli anziani

Nel 2011 138 persone sono state seguite da Antenna Icaro del SPS di Bellinzona mentre 199 da Ingrado del SPS di Lugano²¹. Per quanto concerne Antenna Icaro, coloro che sono stati seguiti hanno per il 50% tra i 20 e i 39 anni e per un altro 50% tra i 40 e i 64 anni. Si osserva una predominanza di persone di sesso maschile pari al 73.9%. Per quanto concerne Antenna Ingrado c'è una lieve predominanza di persone tra i 40 e i 64 anni (52.8%) e quasi 8 persone su 10 sono di sesso maschile.

Per quanto concerne le attività professionali (Tab. 1), quasi una persona su tre ha una professione retribuita, con una prevalenza delle categorie socioeconomiche inferiori. Il 35.5% delle persone che hanno avuto contatti nel 2011 con i Servizi beneficia di una rendita di invalidità o è beneficiario di una rendita AVS. I disoccupati sono il 6.3% di tutta la casistica dei SPS, mentre le persone senza attività il 16.2%.

Tabella 1. SPS: attività lavorative nel 2010 e 2011

	2010		2011	
	N.	%	N.	%
Operaio, artigiano, agricoltore	439	12.3	418	11.4
Impiegato	411	11.5	456	12.5
Accademico, indep., gerente impresa	128	3.6	122	3.3
Casalinga	223	6.3	226	6.2
In formazione	140	3.9	144	3.9
Beneficiario di una rendita (AVS, AI)	1229	34.6	1304	35.5
Disoccupato	244	6.8	232	6.3
Nessuna attività prof.	543	15.2	595	16.2
Altro, non si sa	207	5.8	169	4.7
Totale	3564	100	3666²²	100

²¹ Per i pazienti di Icaro e Ingrado la scheda statistica viene compilata solo con le seguenti informazioni: primo: presa a carico, data di nascita, sesso e domicilio

²² I pazienti di Icaro e Ingrado non rispondono a questa domanda

2.2 Flussi: segnalazioni e invii

I pazienti dei Servizi psico-sociali sono costituiti per la maggior parte di persone che si autosegnalano (il 26.5% nel 2011) e di pazienti segnalati da medici privati non psichiatri (17.5%).

Nel 2011 il 13.1% delle persone viste ai SPS (479 persone) provengono direttamente dalla Clinica psichiatrica cantonale e sono inviati ai Servizi per essere seguiti ambulatorialmente. 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 13.4%, mentre gli invii di psichiatri, psicologi e psicoterapeuti privati rappresentano il 5% degli invii per il totale dei Servizi.

Nonostante la presa a carico resti il motivo di invio più frequente (70.8% del totale, con una percentuale più bassa a Locarno), l'attività di consulenza richiesta ai quattro Servizi resta consistente (26.4% delle richieste, con una proporzione decisamente più elevata a Locarno, 42.1%) (Tab. 2). Per il 65.2% la proposta di presa a carico sono colloqui di sostegno con una percentuale un po' più elevata a Lugano e un po' più bassa a Locarno, seguono le psicoterapie individuali (23.6%) e le consulenze/perizie e segnalazioni ad altri (14.8% con una percentuale un po' più elevata a Locarno) (Tab. 3).

Tabella 2. SPS: motivo dell'invio nel 2011

	SPS Mendrisio		SPS Lugano		SPS Locarno		SPS Bellinzona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Consulenza	177	24.4	273	21.8	295	42.1	222	22.5	967	26.4
Presa a carico	523	72.1	945	75.2	382	54.6	743	75.4	2593	70.8
Perizia	7	1.0	14	1.1	14	2.0	9	0.9	44	1.2
Altro	11	1.5	17	1.4	9	1.3	5	0.5	42	1.1
Dati mancanti/ non si sa	7	1.0	6	0.5			7	0.7	20	0.5
Totale	725	100	1255	100	700	100	986	100	3666	100

Tabella 3. SPS: proposte all'entrata di presa a carico del Servizio nel 2011

	SPS Mendrisio		SPS Lugano		SPS Locarno		SPS Bellinzona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Psicot. individ.	198	27.3	218	17.4	161	23.0	289	29.3	866	23.6
Terapia fam.	34	4.7	37	2.9	12	1.7	27	2.7	110	3.0
Terapia di gruppo	26	3.6	12	1.0	5	0.7	12	1.2	55	1.5
Colloqui di sostegno	495	68.3	916	73.0	384	54.9	596	60.4	2391	65.2
Assist. sociale	129	17.8	172	13.7	59	8.4	69	7.0	429	11.7
Ergoterapia e lab. protetti	59	8.1	46	3.7	24	3.4	35	3.5	164	4.5
Interv. infermieristico	130	17.9	185	14.7	60	8.6	71	7.2	446	12.2
Consulenza/perizia/ segnalato ad altri	70	9.7	122	9.7	159	22.7	193	19.6	544	14.8
Ricovero CPC	53	7.3	47	3.7	49	7.0	31	3.1	180	4.9
Interv. multidisciplinare	125	17.2	153	12.2	126	18.0	125	12.7	529	14.4

Percentuali calcolate sul totale delle persone viste; la somma in verticale è diversa dal 100% perché sono possibili più risposte per persona

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 2011 (Tab. 4) le diagnosi più frequenti sono le sindromi nevrotiche e legate a stress (23.5%), la schizofrenia, sindrome schizotipica e delirante (21.5%) e le sindromi affettive (19.4%); seguono i disturbi della personalità e del comportamento (12.4%). Negli anni questi tre gruppi diagnostici sono i più rilevanti. Circa l'8% degli utenti presenta dei disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive e di alcool. Approssimativamente il 10% delle persone presenta dei problemi familiari, di coppia, sul lavoro e altre difficoltà che richiedono un trattamento ma non sono attribuibili ad un disturbo mentale.

Tra le donne sono più frequenti le sindromi nevrotiche legate allo stress, mentre tra gli uomini l'abuso di sostanze psicoattive.

La frequenza delle diagnosi nel 2010 e nel 2011 è stata la seguente:

Tabella 4. SPS: diagnosi psichiatrica principale nel 2010 e nel 2011

	2010		2011	
	N.	%	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	49	1.4	50	1.4
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	126	3.5	124	3.4
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	168	4.7	159	4.3
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	789	22.1	787	21.5
Sindromi affettive	702	19.7	712	19.4
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	802	22.5	864	23.5
Dist. comport. associati ad alteraz. fisio e a fattori somatici	25	0.7	18	0.5
Disturbi della personalità e del comportamento	437	12.3	454	12.4
Ritardo mentale	73	2.0	74	2.0
Altri disturbi psichiatrici	9	0.3	16	0.5
Altre condizioni spesso ass. a disturbi psi. e comport.	369	10.4	395	10.8
Nessuna diagnosi	15	0.4	13	0.3
Totale	3564	100	3666	100

I precedenti psichiatrici

Il 73.4% dei pazienti visti dai SPS nel 2011 hanno avuto precedenti psichiatrici. Il 63% è già stato visto da un Servizio ambulatoriale per adulti dell'OSC (SPS o SPPM), il 41.5% (compresi i pazienti ricoverati all'ex ONC) è già stato ricoverato in CPC, il 41.3% ha avuto contatti con uno psichiatra privato e il 27.7% ha contattato un medico privato non psichiatra per delle cure psichiatriche.

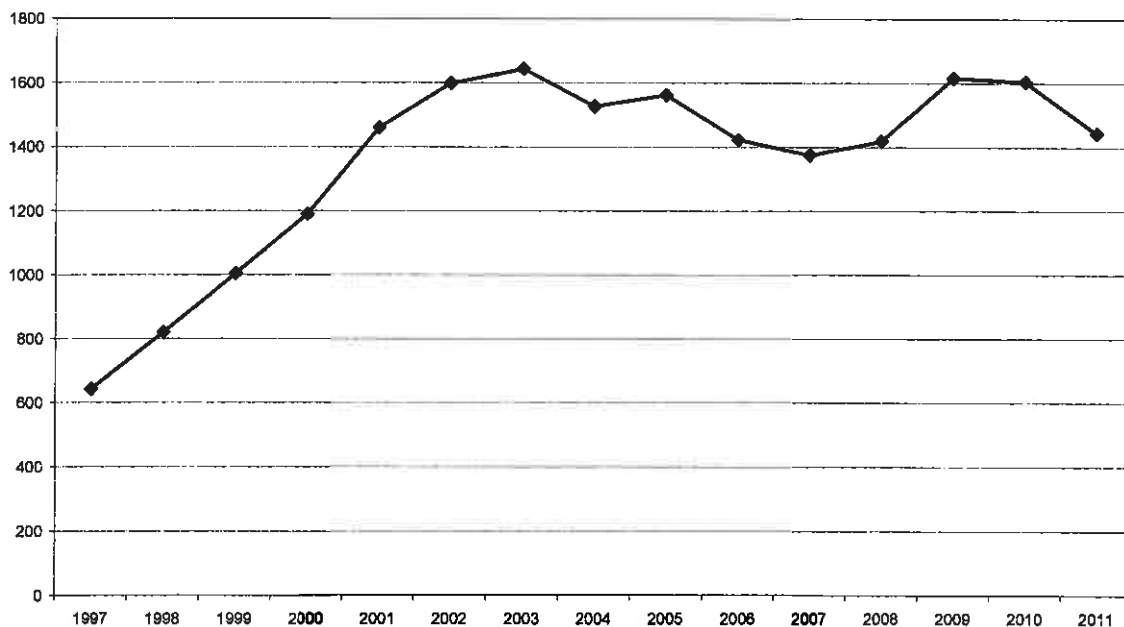
3. Il Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM)

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 2011 1443 persone hanno avuto almeno un contatto con il SPPM, di cui 1396 adulti, pertanto 5.2 adulti ogni 1000 adulti residenti in Ticino

Persone viste dal SSPM: evoluzione 1997-2011



Nei primi sei anni di attività il numero di persone seguite è molto aumentato fino a raggiungere un picco di 1644 utenti nel 2003. Si assiste in seguito ad una diminuzione negli anni seguenti (1527 nel 2004, 1562 nel 2005, 1422 nel 2006 e 1375 nel 2007). A partire dal 2008 il numero di persone che si rivolgono al SPPM ritorna a salire per poi subire una marcata diminuzione nel 2011.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Si rivolgono di più al Servizio le donne (64.4%) e le persone tra i 40 e i 64 anni.

4.5 persone ogni 1000 abitanti tra i 20 e i 39 anni

5.7 persone ogni 1000 abitanti tra i 40 e i 64 anni

5.0 persone ogni 1000 abitanti tra gli anziani

Vediamo nella Tabella 5 le attività lavorative dei pazienti del SPPM del 2010 / 2011.

Tabella 5. SPPM: Attività lavorative nel 2010 e nel 2011

	2010		2011	
	N.	%	N.	%
Operaio, artigiano, agricoltore	101	6.5	80	5.8
Impiegato	306	19.8	256	18.2
Accademico, indipendente, gerente impresa	67	4.3	67	4.8
Casalinga	167	10.9	145	10.4
In formazione	68	4.4	51	3.6
Beneficiario di una rendita	394	25.6	355	25.4
Disoccupato	62	4.0	41	2.9
Nessuna attività prof.	215	13.9	93	6.6
Altro, non si sa, dati mancanti	165	10.6	313	22.3
Totale	1545²³	100	1401⁴	100

3.2 Flussi: segnalazioni e invii

Evidentemente le segnalazioni maggiori arrivano dal medico ospedaliero o dal Pronto Soccorso (il 76.9%) ma c'è una percentuale di persone (6.3%) che si autosegnala. Il motivo dell'invio principale è chiaramente la consulenza, 63.9% (Tab. 6). Le richieste di presa a carico sono fondamentalmente stabili negli ultimi 2 anni, in media attorno al 30%, mentre le perizie nell'ultimo anno sono leggermente diminuite.

Tabella 6. SPPM: motivo dell'invio nel 2010 e nel 2011

	2010		2011	
	N.	%	N.	%
Consulenza	1002	64.9	895	63.9
Presa a carico	404	26.1	428	30.5
Perizia	86	5.6	54	3.9
Altro	16	1.0	14	1.0
Dati mancanti/non si sa	37	2.4	10	0.7
Totale	1545	100	1401	100

3.3 Alcune caratteristiche cliniche degli utilizzatori del Servizio di psichiatria e psicologia medica

I quadri diagnostici principali

Tra i pazienti che si sono rivolti al SPPM sono prevalenti le sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi (37.7%) seguite dai disturbi affettivi (17.5%), vi è anche una proporzione di persone per cui non è stata rilevata nessuna patologia psichiatrica (8.5%) (Tab. 7). La prevalenza di questi quadri diagnostici è comprensibile visto l'attività particolare svolta dal SPPM negli ospedali di cura generale.

²³ Dall'inizio del 2006 è stato istituito un picchetto di secondo livello effettuato negli ospedali di cure generali dai medici psichiatri dei SPS e della CPC. In alcuni casi questi pazienti non vengono visti in seguito da operatori del SPPM, per cui per loro non viene compilata nessuna scheda statistica quindi i dati sull'attività svolta, sul motivo dell'invio, sulle segnalazioni e sulla diagnosi non sono disponibili. Nel 2010 gli utenti visti in questo ambito solo dai medici SPS e CPC e non seguiti in seguito da operatori SPPM sono stati 59 nel 2011 42.

Tabella 7. SPPM: diagnosi psichiatrica principale nel 2010 e nel 2011

	2010		2011	
	N.	%	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	22	1.4	30	2.1
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	19	1.2	25	1.8
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	60	3.9	50	3.6
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	57	3.7	65	4.6
Sindromi affettive	296	19.2	245	17.5
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	590	38.2	530	37.7
Sindromi e disturbi comport. associati ad alterazioni funzioni fisiologiche e a fattori somatici	119	7.7	144	10.3
Disturbi della personalità e del comportamento	85	5.5	68	4.9
Altre diagnosi psichiatriche	7	0.5	13	1.0
Altre condizioni spesso ass. con disturbi psichiatrici e comport.	94	6.1	103	7.4
Nessuna diagnosi psichiatrica	152	9.8	119	8.5
Dati mancanti	44	2.8	9	0.6
Totale	1545	100	1401	100

Quasi la metà dei pazienti visti dal SPPM nel 2011 ha avuto precedenti psichiatriche, di questi attorno al 50% si sono rivolti ai SPS o a psichiatri privati. Circa 1 persona su 10 è stata ricoverata in CPC.

4. I Servizi medico-psicologici per minori (SMP)

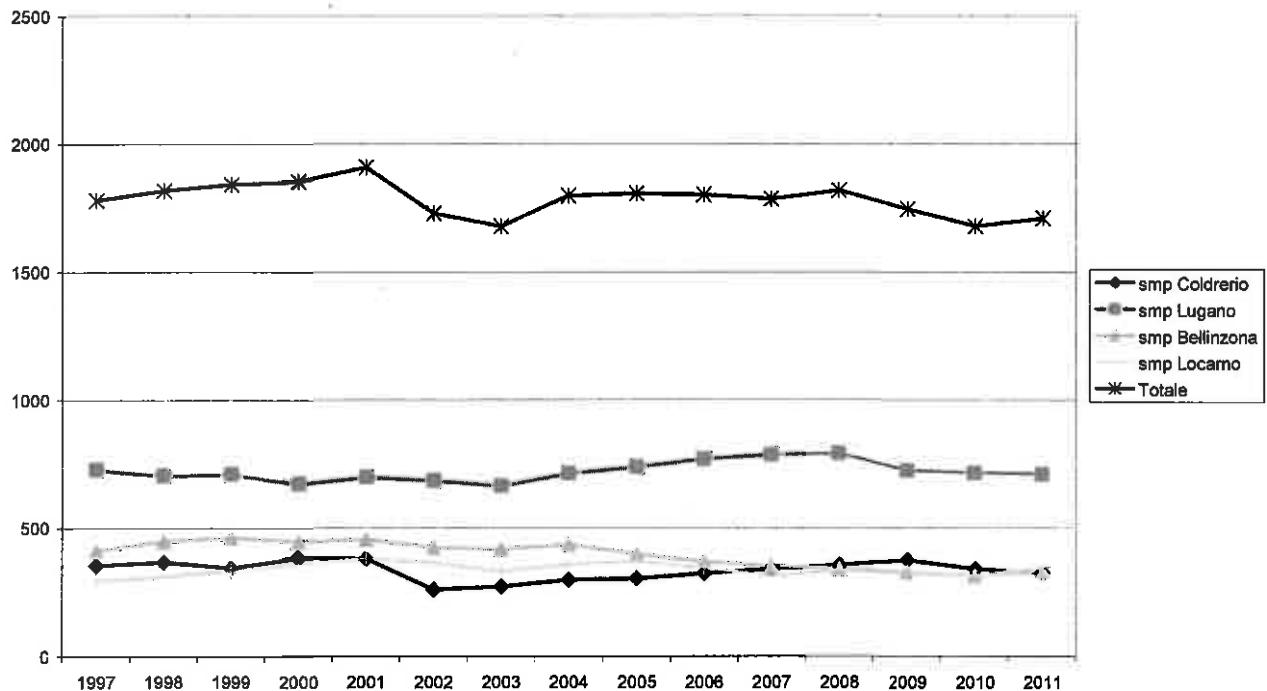
4.1 Persone viste

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 2011 1710 soggetti hanno avuto almeno un contatto con i SMP, di cui 1476 minori, ossia 23.4 minori ogni 1000 minorenni residenti in Ticino

Prendendo in esame l'evoluzione dal 1997 al 2011 delle persone viste dagli SMP si evidenziano percorsi evolutivi diversi per i vari Servizi. Dal 2003 al 2007 il Servizio di Lugano ha registrato un aumento costante, a partire dal 2008 si osserva un'inversione di tendenza passando dai 791 casi del 2008 ai 710 del 2011. Locarno è stato costante nel numero di pazienti subendo soltanto lievi oscillazioni, con una leggera diminuzione nel 2010 e un lieve aumento nel 2011. Il Servizio di Coldrerio, dopo una diminuzione abbastanza marcata tra il 2001 e il 2002 ha avuto una ripresa costante fino al 2009 (372 le persone viste) a seguito della quale c'è stata una diminuzione negli anni seguenti. A Bellinzona il numero di pazienti ha subito delle oscillazioni con un calo lievemente più marcato nel 2010. Osservando il totale dei Servizi si evidenzia a partire dal 2008 un calo del numero complessivo di pazienti dei SMP.

Persone viste dagli SMP: evoluzione 1997-2011



Nel 2011 i casi in corso rappresentano la maggioranza (56.5%) rispetto a quelli nuovi o alle segnalazioni, in particolare a Bellinzona (68.4%) e a Coldrerio (59.1%).

A Coldrerio i minori (fino a 19 anni) rappresentano l'89.5% dei pazienti, ossia 31.6 persone su 1000 di questa fascia d'età del Mendrisiotto.

Nel Servizio di Lugano l'87.2% sono minori, pari a 22.8 minori su 1000 del Luganese.

A Bellinzona la percentuale dei minori è dell'81.3% pari a 18.3 minori su 1000 del Bellinzonese e Valli superiori.

Al Servizio di Locarno l'86.4% sono minori, ossia 24.8 minori su 1000 minori residenti nella regione.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Nel 2011 sono stati soprattutto i ragazzi e le ragazze tra 12 e 19 anni (42.5%) a far capo ai Servizi psichiatrici pubblici per minori. Per quanto riguarda l'età tra 6 e 11 anni, essa rappresenta la seconda fascia in ordine di presenza (35.3%) con una percentuale un po' meno elevata a Bellinzona (25.9%). Seguono poi gli adulti (13.7%), per i quali Lugano Bellinzona e Coldrerio hanno delle percentuali piuttosto simili, mentre si evidenzia una percentuale più alta a Bellinzona. Per quanto riguarda i bambini tra 0 e 5 anni (8.5%), a Bellinzona e Locarno si registrano le percentuali più basse mentre Coldrerio presenta la percentuale più elevata (12.4%).

Tabella 8. SMP: Fasce d'età nel 2011

	SMP Coldrerio		SMP Lugano		SMP Locarno		SMP Bellinzona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0-5 anni	40	12.4%	78	11.0%	18	5.2%	10	3.0%	146	8.5%
6-11 anni	122	37.8%	264	37.2%	131	38.0%	86	25.9%	603	35.3%
12-19 anni	127	39.3%	277	39.0%	149	43.2%	174	52.4%	727	42.5%
Adulti	34	10.5%	91	12.8%	47	13.6%	62	18.7%	234	13.7%
Totale	323	100%	710	100%	345	100%	332	100%	1710	100%

I pazienti che maggiormente entrano contatto con i SMP sono maschi (59%).

4.2 Flussi: modalità di contatto

La fonte di invio principale è la famiglia con un percentuale del 60.4%, con una tendenza ad un continuo aumento rispetto agli anni precedenti. La seconda modalità di contatto, in ordine di importanza, sono le commissioni tutorie con il 9.5%, seguono le auto segnalazioni con il 5.5%.

Le segnalazioni giunte complessivamente dalla scuola e dal Servizio di sostegno pedagogico rappresentano il 7% delle segnalazioni. Per il Servizio di sostegno pedagogico si segnala un aumento rispetto agli anni precedenti dal 2.9% del 2007 al 4% del 2011. Presso il SMP di Locarno le segnalazioni da parte della scuola sono alte rispetto agli altri Servizi e in aumento rispetto al 2010 (12.8% nel 2010, 14.8% nel 2011).

Per quanto riguarda i pazienti inviati dai medici non psichiatri, le segnalazioni hanno subito delle oscillazioni per quanto riguarda i singoli Servizi. Il SMP di Bellinzona ha visto una diminuzione passando dall'8% del 2009 al 5.4% del 2011.

4.3 Trattamenti

Tra coloro che sono stati visti dai Servizi per minori, il 47.6% dei trattamenti sono state delle consultazioni seguite dal 31.8% di psicoterapia individuali e dall'11.6% di psicoterapia madre-bambino, di coppia o familiari.

Per l'11.5% si tratta di consulenze mentre l'8.8% ha effettuato la sola perizia.

Tabella 9. SMP: Trattamento per servizio nel 2011

	SMP Coldrerio		SMP Lugano		SMP Bellinzona		SMP Locarno		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Intervento di crisi	19	5.9	26	3.7	35	10.5	21	6.1	101	5.9
Consultazione	220	68.1	373	52.5	98	29.5	123	35.7	814	47.6
Psicot. individuale	106	32.8	154	21.7	112	33.7	171	49.6	543	31.8
Psicot. madre-bambino, coppia o fam.	32	9.9	51	7.2	38	11.4	78	22.6	199	11.6
Psicot. di gruppo			22	3.1	21	6.3	42	12.2	85	5.0
Trattamento psi. integrato	5	1.5	37	5.2	10	3.0	7	2.0	59	3.5
Trattamento psicosoc.	2	0.6	12	1.7	76	22.9	11	3.2	101	5.9
Consulenza	39	12.1	87	12.3	50	15.1	20	5.8	196	11.5
Aiuto pratico	6	1.9	8	1.1	45	13.6	11	3.2	70	4.1
Solo investigazione	9	2.8	59	8.3	8	2.4	7	2.0	83	4.9
Perizia	38	11.8	81	11.4	6	1.8	25	7.2	150	8.8
Altro / Sconosciuto	18	5.6	43	6.1	19	5.7	45	13.0	125	7.3

La somma in % non è 100%, poiché sono possibili più risposte

4.4 I quadri diagnostici principali

I disturbi maggiormente riscontrati nei SMP nel 2011 sono i disturbi comportamentali ed emozionali (39%); seguono i disturbi nevrotici e da stress (18.4%).

I quadri diagnostici nel 2011 sono stati i seguenti:

Tabella 10. SMP: Diagnosi principali nel 2011

Quadri diagnostici	2011	
	N.	%
Disturbi affettivi	57	3.3
Disturbi nevrotici legati a stress e somatoformi	314	18.4
Disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici	29	1.7
Disturbi di personalità e comportamentali nell'adulto	46	2.7
Disturbi da alterazione globale dello sviluppo psicologico	80	4.7
Disturbi comportamentali e emozionali con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza	667	39.0
Disturbi psi. e problemi non specificati	81	4.7
Altri disturbi psichici	16	1.0
Diagnosi sull'asse 2	48	2.8
Diagnosi sull'asse 3	11	0.6
Diagnosi sull'asse 4, 5 o 6	210	12.3
Nessuna diagnosi	151	8.8
Totale	1710	100

4.5 I Centri psico-educativi

I minorenni ospiti dei Centri psico-educativi sono conteggiati tra i pazienti in cura presso i SMP. Di seguito alcune informazioni riguardanti questa casistica riferite al 2011.

Tabella 11. I Centri Psico-educativi: numero di pazienti

	CPE Stabio*		CPE Lugano		CPE Gerra Piano		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Presenti 1.1.2011	31	88.6	55	77.5	23	63.9	109	76.7
Ammessi nel 2011	4	11.4	16	22.5	13	36.1	33	23.2
Totale	35		71		36		142	
Dimessi nel 2011	3	8.6	18	25.4	12	33.3	33	23.2
Presenti 31.12.2011	32		53		24		109	

* il CPE di Stabio, l'unico avente carattere anche residenziale, ha avuto nel 2011 4 utenti interni

Tra i 33 pazienti ammessi ai CPE nel 2011, il 54.5% proveniva dalla scuola dell'infanzia/asilo nido, il 36.4% dalla scuola regolare e il 9.1% aveva altre provenienze. La destinazione dei 33 dimessi è stata, per il 54.5% un invio alla scuola dell'infanzia, per il 30.4% alla scuola/scuola speciale, per il 3% altri istituti, per il 9.1% il trasferimento a domicilio e per il 3% altre destinazioni non specificate.

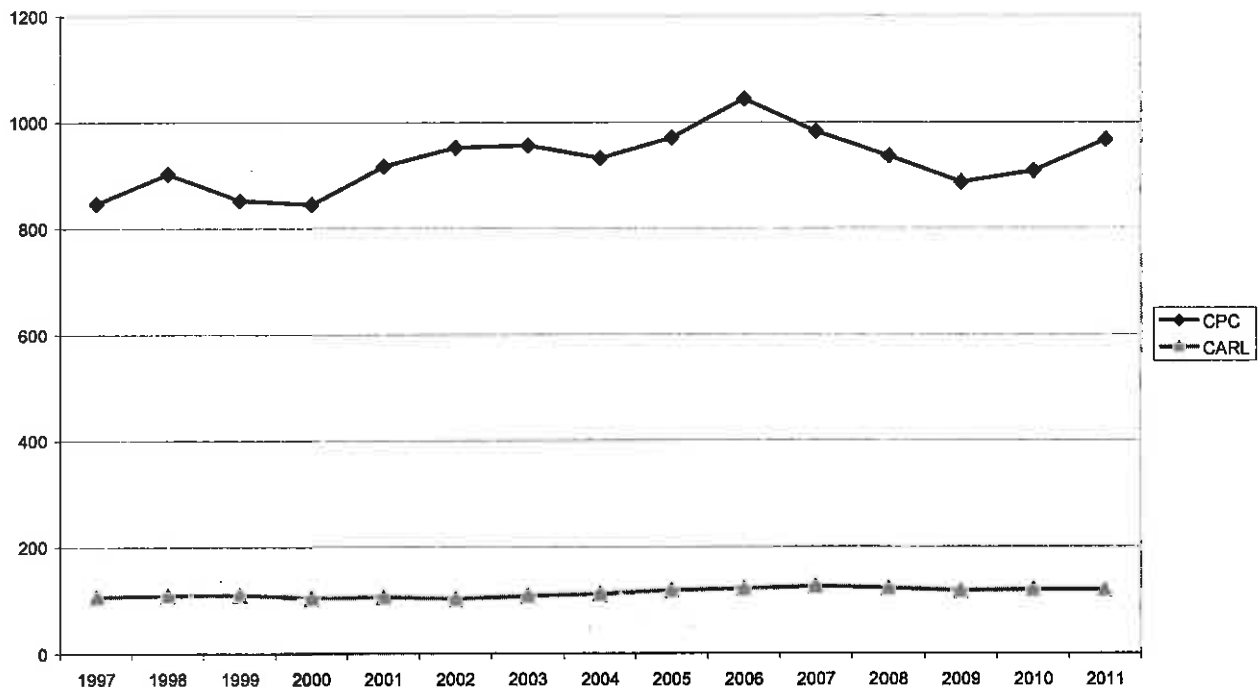
Il Centro di Lugano è quello che presenta il maggior numero di pazienti.

5. La Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)

5.1 Numero di pazienti

nel 2011 hanno avuto almeno un ricovero alla CPC 967 persone, ossia 3.6‰ adulti residenti in Ticino, al CARL 120, ossia 0.4‰ adulti

Persone con almeno un ricovero a Casvegno: evoluzione 1997-2011



Il numero di pazienti visti in Clinica negli ultimi dieci anni ha subito delle oscillazioni e un crescendo del numero di pazienti visti (2001:917; 2002:952; 2003: 956; 2004:932; 2005: 970) raggiungendo dei picchi d'affluenza nel 2006 (1044 pazienti visti) e nel 2007 (982 pazienti visti). A partire dal 2008 il numero di pazienti è diminuito per poi nuovamente aumentare soprattutto nel 2011 (967).

Per quanto riguarda la presenza giornaliera media complessiva dei pazienti in Clinica e degli ospiti CARL si assiste nell'ultimo decennio ad una leggera risalita quasi continua delle presenze al CARL dovuta all'aumento dei posti disponibili mentre alla CPC si è assistito ad una diminuzione (143 presenze nel 2001 e 124 nel 2008). A partire dal 2008 le presenze medie giornaliere dei pazienti della CPC ritornano ad aumentare (2008: 124; 2009: 129; 2010: 139; 2011:140) mentre quelle degli ospiti CARL rimangono abbastanza stabili. Nel 2011 la presenza media giornaliera complessiva per CPC e CARL è stata di 249 persone al giorno.

Riguardo alla durata media della degenza, dopo una diminuzione costante tra gli anni 2000 e 2005 (2000:39; 2005:32) e una successiva risalita a partire dal 2006, il numero medio di giornate per paziente in CPC tende ad aumentare arrivando a 39 giornate nel

2010 e stabilizzandosi a 38 nel 2011. Anche per quanto concerne le giornate degli ospiti CARL si assiste ad un aumento costante a partire dal 2007 (320 giornate) fino al 2009 (338 giornate). Successivamente il numero di giornate è tornato a calare. Nel 2011 il numero medio di giornate di degenza è 328.

5.2 CPC: tendenze 1991-2011

Il Sopraceneri ha nel corso degli anni il tasso minore di ricoverati relativamente alla sua popolazione residente. Dal 2000 si considerano esclusivamente 2 settori (Sottoceneri e Sopraceneri) mentre dal 2001 si sono considerati separatamente i pazienti provenienti da fuori Cantone. Nel 2011 il 59.3% dei pazienti risiede nel Sottoceneri, di questi il 40.8% solo dal luganese, mentre il 34% dal Sopraceneri. I domiciliati fuori Cantone sono il 6.7% del totale.

Tabella 12. CPC: numero di pazienti per settore, evoluzione

	1991 ex ONC	2000	2003	2007	2010	2011
Mendrisiotto	192	533	529	535	550	573
Luganese	391					
Sopraceneri	335	312	362	374	293	329
Fuori Cantone	---		65	73	65	65
Totale	918	845	956	982	908	967

Si osserva che numericamente i casi nuovi sono sempre inferiori rispetto ai casi in corso e la proporzione rimane costante nel corso degli anni.

Tabella 13. CPC: Tipologia degli utenti, evoluzione

	1991 ex ONC		1995		2003		2007		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N	%	N.	%
Nuovi casi	251	27.3	344	40.7	370	38.7	375	38.2	343	37.8	386	39.9
Lungodegenti	198	21.6	15	1.8	18	1.9						
Risegnalazioni	469	51.1	486	57.5	568	59.4	607	61.8	565	62.2	581	60.1
Totale	918	100	845	100	956	100	982	100	908	100	967	100

Il tasso di incidenza, inteso come il numero annuale di nuovi utenti in cura ogni 1000 abitanti, è aumentato fino al 2002 per ridursi leggermente nel 2003 e riprendere a salire fino al 2007 e rimanendo poi stabile fino al 2011.

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

1991 (ex ONC): 0.859‰; 1995: 0.983‰; 2000: 1.105‰; 2003: 1.166‰; 2006: 1.274‰; 2007: 1.154‰; 2011: 1.156‰

5.3 Flussi: segnalazioni e invii

Prendendo in considerazione le entrate nel 2011 si osserva che i pazienti della Clinica sono stati segnalati in modo più rilevante dai medici degli ospedali generali, questa tendenza è aumentata nel corso degli ultimi anni (2009:28.6%; 2010:33.8%; 2011:38.1%), mentre storicamente erano segnalati in prevalenza da medici dei Servizi ambulatoriali SPS/SMP/SPPM. Infatti gli invii da parte dei medici pubblici OSC sono calati (2009:15.4%; 2010:14.2%; 2011:11.7%). Meno frequenti, ma in aumento, sono le segnalazioni degli psichiatri/psicologi privati (11.2% nel 2007 e 16.4% nel 2011). Per quanto riguarda la post-cura nel 2011 il 37.3% dei pazienti dimessi dalla CPC sono stati inviati presso i Servizi psichiatrici ambulatoriali pubblici. Rispetto agli ultimi anni ci sono state diverse oscillazioni, infatti se nel 2008 gli invii verso i servizi pubblici sono stati il 27.6%, nel 2009 si assiste ad un forte aumento con il 41.6% degli invii e ad un'inversione di tendenza nel 2010 (35.6%) stabilizzata anche nel 2011.

Il Sottoceneri e il Sopraceneri inviano pazienti per la post-cura ai medici dei Servizi ambulatoriali SPS/SMP in modo simile così come verso gli psichiatri/psicologi privati. Nella tabella sottostante si può osservare nel dettaglio le varie destinazioni dopo la dimissione dei pazienti ricoverati in Clinica. Nella categoria "Altro" sono raggruppate diverse voci numericamente meno importanti quali le Case per anziani, le Antenne, il Penitenziario Cantonale, il Medico Delegato, altri Organi di Giustizia, i Servizi sociali e così via.

Tabella 14. CPC: invii alla dimissione per settore nel 2011

	Sottoceneri		Sopraceneri		Fuori Cantone		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
SPS/SMP/SPPM/Serv. sociali	267	37.3	178	40.9	9	13.4	454	37.3
Psichiatra, psicologo privati	177	24.7	110	25.3	11	16.4	298	24.5
Medico priv. non psichiatra	61	8.5	41	9.4	4	6.0	106	8.7
Altro	349	48.7	238	54.7	54	80.7	641	52.5

La somma in % non è 100%, poiché sono possibili più risposte

5.4 Alcune caratteristiche della casistica CPC

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti tra i pazienti della Clinica sono la schizofrenia e le sindromi deliranti (28.5%), le sindromi e i disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive (24.2% compreso l'abuso/dipendenza da alcool), le sindromi affettive (16.9%) e i disturbi della personalità e del comportamento (11.6%).

Tabella 15. CPC: diagnosi principale nel 2010 e nel 2011

	2010		2011	
	N.	%	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica	13	1.4	30	3.1
Sindromi e disturbi psichici dovuti all'uso di alcool	113	12.4	118	12.2
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	111	12.2	116	12.0
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	278	30.7	276	28.5
Sindromi affettive	162	17.8	163	16.9
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	59	6.5	85	8.8
Sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzionalità fisiologiche e a fattori somatici	1	0.1	3	0.3
Disturbi della personalità e del comportamento	107	11.8	112	11.6
Ritardo mentale	18	2.0	23	2.4
Altre diagnosi psichiatriche	46	5.1	41	4.2
Totale	908	100	967	100

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Sono più spesso gli uomini ad essere ricoverati in Clinica (56.9%) e, in valori assoluti, le persone tra i 41 e i 64 anni (44.7%). Rispetto alla fascia di età nella popolazione invece continuano ad essere preponderanti le persone tra i 20 e i 40 anni, mentre al di sotto di questa età e sopra i 65 anni le persone ricoverate rappresentano una percentuale nettamente inferiore rispetto alle corrispondenti classi di età della popolazione residente in Ticino. L'età media è di 46.8 anni, ed è più elevata fra i nuovi casi (47.3 anni contro i 46.4 anni delle risegnalazioni).

Il 67.5% delle persone ricoverate in CPC nel 2011 è inoccupato e il 40.6% percepisce una rendita AI. Il 29.4% si occupa di lavori domestici. Coloro che sono a beneficio di una rendita AVS sono il 17.5% mentre un 12.5% sono in assistenza.

Il 14.5% svolge un'attività professionale, principalmente sono operai a diverso livello di specializzazione e agricoltori.

Tabella 16. CPC: Occupazione e rendite nel 2011

	2011	
	N.	%
Lavoro a tempo parziale	52	5.4
Lavoro a tempo pieno	88	9.1
Inoccupato	653	67.5
Svolge lavori domestici	284	29.4
In formazione	35	3.6
Programma di riabilitazione	6	0.6
Rendita AI	393	40.6
Rendita AVS	169	17.5
Altra rendita	22	2.3
Assistenza	121	12.5
Persona sconosciuta (non si conosce nulla sull'occupazione)	5	0.5

La somma in % non è 100%, poiché sono possibili più risposte

5.5 CARL: tendenze 1995-2011

La casistica del CARL è pressoché costante anche se in aumento negli ultimi anni con l'aumento del numero di posti letto. La durata della degenza media per utente è stata di 328 giorni nel 2011; nel caso di congedi o di ricoveri transitori in ospedale generale non viene ammessa un'altra persona se non in caso di dimissione definitiva, che spesso avviene per morte, data l'età degli ospiti.

A partire dal 2010 si è aperta l'Unità abitativa Servizi generali presso il CARL dedicata al "Progetto Giovani" in collaborazione con l'AI destinato a giovani che hanno avuto un primo scompenso psichiatrico acuto e che potrebbero beneficiare di una riabilitazione sociale e professionale.

Nel 2011 il progetto ha seguito 7 ospiti in internato e 4 in esternato.

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Il 57.5% degli ospiti CARL sono di sesso maschile. Per quanto riguarda l'età si osserva una predominanza di persone in età compresa tra i 50 e i 64 anni (43.3%), seguite dagli ospiti tra i 65 e i 79 e quelli tra i 40 e i 49 anni, rispettivamente il 19.2% e il 18.3% del totale degli ospiti CARL 2011.

Tabella 18. CARL: composizione per età degli ospiti CARL

	2011	
	N	%
fino a 39 anni	15	12.5
da 40 a 49 anni	22	18.3
da 50 a 64 anni	52	43.3
da 65 a 79 anni	23	19.2
da 80 anni in poi	8	6.7
Totale	120	100

Tutti gli ospiti del CARL beneficiano di una rendita AI o AVS in base all'età.

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti sono la schizofrenia e le sindromi deliranti (60.0%), seguite dal ritardo mentale (11.7%) e dalle sindromi e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool (8.3%).

La frequenza delle diagnosi nel 2011 è stata la seguente:

Tabella 19. CARL: diagnosi principale nel 2011

	2011	
	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica compresi quelli sintomatici	3	2.5
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcool	10	8.3
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	5	4.2
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	72	60.0
Sindromi affettive	6	5.0
Ritardo mentale	14	11.7
Altre diagnosi	7	5.8
Altri problemi	3	2.5
Totale	120	100

Sintomi psichiatrici e socio affettivi - Grado di autonomia

Le persone che svolgono un'attività lavorativa-occupazionale (Laboratori protetti) con regolarità sono il 54%, di questi il 45.9% lavora fino a 2 ore al giorno, il 24.6% dalle 2 alle 4 ore e il restante 29.5% oltre le 4 ore al giorno. Il 30.1% presenta una compromissione importante della sfera cognitiva mentre per quanto concerne la propria autonomia all'interno dell'unità abitativa e del quotidiano, il 57.5% presenta delle problematiche inerenti la gestione lavoro.

Delle 120 persone ospiti al CARL nel 2011 il 62.5% ha avuto il suo primo ricovero in Clinica psichiatrica almeno 20 anni prima.

6. Considerazioni conclusive

Nel 2011 le persone che si sono rivolte ad una struttura dell'OSC hanno raggiunto la cifra di 8385 utenti: circa tremila persone in più rispetto al 1991 e mille in più rispetto al 2000. Questo incremento è dovuto soprattutto all'utenza dei Servizi ambulatoriali; mentre il numero di ricoveri presso la CPC e il CARL, sono stati negli anni più stabili: da 1080 pazienti nel 1985 a 1087 pazienti nel 2011.

Infatti l'OSC, nel rispetto dei principi innovativi sanciti 30 anni fa dalla LASP, continua a favorire le prestazioni ambulatoriali (SPS) rispetto a quelle stazionarie (CPC). Anche nel proprio interno si è assistito, negli ultimi 4 anni, a un incremento dei pazienti inviati dalla CPC agli ambulatori SPS. Nel 2007 il 32,8% dei pazienti dalla CPC veniva inviato agli SPS, ora sono il 37,3%. Contemporaneamente è calato (dal 15,1% all'11,7%) il flusso di pazienti che dagli ambulatori sono stati inviati alla Clinica.

L'utenza psichiatrica presso i Servizi ambulatoriali è infatti triplicata dal 1985 al 2011 (da 1818 soggetti a 5466), a fronte di un aumento della popolazione cantonale, nello stesso periodo, del 21%. L'incremento dell'utenza ambulatoriale, molto evidente negli anni precedenti, è andato attenuandosi negli ultimi anni, probabilmente a causa dell'aumento della domanda proveniente dalla psichiatria privata.

Il continuo aumento dell'utenza psichiatrica conferma la progressiva importanza dei disturbi mentali sulla salute delle persone; questo aspetto è indirettamente confermato anche dai dati AI sulle richieste di invalidità per motivi psichici. Infatti i beneficiari AI per cause psichiche, che erano 96.000 nel 2006, sono diventati 102.000 nel 2011. Ossia nel 2006 rappresentavano il 38% di tutti i beneficiari AI, ora rappresentano il 43% (OFAS, 2012). Nel 1990 erano il 22% del totale.

Secondo una indagine condotta in Europa (Wittchen, 2011) il 38% della popolazione soffre di un disturbo mentale, questa prevalenza annuale corrisponde a circa 165 milioni di europei. Gli autori non hanno trovato differenze significative rispetto all'indagine condotta nel 2005 (Wittchen, 2005).

Anche la terza inchiesta svizzera sulla salute mentale (Schuler, 2012) non avrebbe constatato una chiara tendenza all'aumento della prevalenza delle malattie psichiche nel paese rispetto all'indagine precedente.

Secondo i dati di questa inchiesta, in Svizzera una persona su sei (17%) soffre di problemi psichiatrici, con alcune differenze regionali: il Ticino e la Regione Lemana, presenterebbero le prevalenze più alte, mentre la Svizzera centrale avrebbe la prevalenza più bassa. Rapportando il dato della prevalenza alla popolazione ticinese si ottiene che quasi 60.000 Ticinesi soffrirebbero di disturbi psichici.

Mentre per quanto riguarda il ricorso alle cure, le persone che si sono fatte curare per disturbi mentali sono aumentati dal 1997 al 2007 dell'1%, passando dal 4 al 5% della popolazione svizzera (Schuler, 2012). Questo dato si accorda con il fatto che ancora oggi quasi i due terzi dei disturbi psichici rimane non trattata (Wittchen et al. 2011).

Infine nel 2009 i ricoveri ospedalieri con diagnosi principale psichiatrica si sono attestati a 78.000. Questo dato corrisponde a 12 ricoveri ogni 1000 Svizzeri. Per gli uomini il problema psichico più frequente è legato al consumo di alcool, mentre per le donne sono le sindromi depressive a occupare il primo posto.

Un aspetto confortante, secondo i risultati di un'indagine condotta in Svizzera (Bondolfi, 2008), è la stabilizzazione della prevalenza nella popolazione dei disordini psichici legati al gioco d'azzardo, nonostante le numerose aperture di case da gioco avvenute all'inizio di questo secolo.

Per quanto riguarda il futuro, se l'attuale fase, improntata sulla stagnazione economica che colpisce in modo particolare l'Europa e che potrebbe avere conseguenze anche per l'economia elvetica e ticinese, dovesse continuare, si assisterebbe a un aumento del disagio psichico nella popolazione, come riscontrato da una indagine specifica (Sareen, 2011), condotta su un ampio campione della popolazione generale americana.

Questa indagine ha evidenziato una relazione tra i bassi livelli di reddito, o le riduzioni di reddito, e un aumento della prevalenza di disturbi mentali, in particolare: depressione, ansia, disturbi legati all'abuso di sostanze psicoattive e tentativi di suicidio. Mentre altre patologie come le fobie e le ossessioni non sembrano risentirne.

Altro aspetto da considerare è l'invecchiamento della popolazione. Dal 1985 al 2010 la popolazione anziana ticinese è aumentata del 58%. Se nel 1985 gli anziani rappresentavano il 15% della popolazione ora sono il 20%. In termini assoluti sono circa 25.000 ultra 64enni in più rispetto al 1985.

Questo comporta un aumento dell'insorgenza delle patologie legate all'età, non solo somatiche, ma anche psichiche, come le depressioni, le demenze tipo Alzheimer e le demenze vascolari. Per esempio la prevalenza della malattia di Alzheimer è stimata al 13% tra gli ultra sessantacinquenni, e aumenta al 40-50% tra gli ultra ottantacinquenni (Alzheimer's Association, 2012). Il fatto che abbia un andamento ingravescente, comporta un aggravio sul sistema sanitario.

Pertanto il continuo invecchiamento della popolazione con le patologie ad esso correlate, la sempre maggiore coscienza delle persone al desiderio di benessere psichico, la presenza di possibili cambiamenti nell'andamento delle malattie, come una maggiore precocità della prima diagnosi di schizofrenia (Nielsen, 2010) o l'insorgenza più precoce della schizofrenia nei giovani consumatori di cannabis (Barnes, 2006), il fatto che tuttora quasi i due terzi dei disturbi psichici non sono curati, sono tutti fattori che richiederanno un sempre più ampio impegno nel campo della psichiatria.

Bibliografia:

- Alzheimer's Association (2012) 2012 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's and Dementia*, 8, 2.
- Barnes T.R., Mutsatsa S.H., Hutton S.B. et al. (2006) Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 188, 237-242.
- Bondolfi G., Jermann F., Ferrero F. et al. (2008) Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117: 236-239.
- Nielsen J., le Quach P., Emborg C. et al. (2010) 10-Year trends in the treatment and outcomes of patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122: 356-366.
- OFAS (2012) Statistiques de la Sécurité sociale. Statistique de l'AI 2011. *Office fédéral des assurances sociales*: Berne.
- Schuler D., Burla L. (2012) La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012. *Observatoire suisse de la santé OBSAM*: Neuchâtel.
- Sareen J., Afifi T.O., McMillan K.A. et al. (2011) Relationship between household income and mental disorders. Findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 4:419-427.
- USTAT (2012) Annuario Statistico Ticinese 2012. *Ufficio di statistica*: Giubiasco.
- Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J et al. (2011) The size and burden of mental disorders and other disorder of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Wittchen H.U., Jacobi F. (2005) Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.

Allegato N. 3 Consuntivi 2011 e 2012, Preventivi 2013 e 2014, Piano finanziario 2015 e 2016 dell'OSC

Dati suddivisi per ogni singolo Servizio:

TUTTA L'OSC (CRB da 245 a 263)												
Gr/dc	C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014 ²⁴	aumento	PF 2015 ²⁵	aumento	PF 2016 ²⁶	
30	53'176'119	1.2%	53'826'109	0.0%	53'806'580	4.6%	56'261'840	0.8%	56'723'187	0.8%	57'188'317	
31	6'944'605	-1.3%	6'853'102	-3.1%	6'637'770	4.0%	6'902'090	1.0%	6'969'300	0.9%	7'030'320	
32												
33	373	10316%	38'863	-45%	21'500	-2%	21'000	0%	21'105	1%	21'263	
34												
35												
36	446'480	-1.0%	442'148	19.9%	530'100	-30.5%	368'300	0.5%	370'142	0.7%	372'918	
37												
38	1'430'812	-27.8%	1'035'562	-0.2%	577'0615	0.3%	5789'000		5789'000		5789'000	
39	1727'859	234.6%	5781'403	-1.8%	66'766'565	3.9%	69'342'230	0.8%	69'872'734	0.8%	70'401'818	
Spese	63'726'248	6.7%	67'977'187	-1.9%	60'995'950	4.2%	63'553'230	0.8%	64'063'734	0.8%	64'612'818	
	Senza il gruppo di conto 39	0.3%	62'195'784	-1.9%	60'995'950	4.2%	63'553'230	0.8%	64'063'734	0.8%	64'612'818	
	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	0.3%	62'195'784	-1.9%	60'995'950	4.2%	63'553'230	0.8%	64'063'734	0.8%	64'612'818	
Uscite	61'998'389	0.3%	62'195'784	-1.9%	60'995'950	4.2%	63'553'230	0.8%	64'063'734	0.8%	64'612'818	
40												
41												
42	105'251	-13.2%	91'376	-1.5%	90'000	7.2%	90'000	0.5%	90'450	0.7%	91'128	
43	26'023'714	0.7%	26'199'551	-5.5%	24'755'000	7.2%	26'545'600	0.5%	26'684'590	0.3%	26'754'974	
44												
45												
46												
47												
48	200'000		200'000				200'000					
49			5725	-17.9%	4700							
Ricavi	26'328'965	0.6%	26'496'552	-6.2%	24'849'700	8.0%	26'835'600	-0.2%	26'775'040	0.3%	26'846'102	
	Senza il gruppo di conto 49	0.6%	26'490'927	-6.2%	24'845'000	8.0%	26'835'600	-0.2%	26'775'040	0.3%	26'846'102	
	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	0.6%	26'490'927	-6.2%	24'845'000	8.0%	26'835'600	-0.2%	26'775'040	0.3%	26'846'102	

24 progetto di preventivo 2014

25 bozza di Piano finanziario non ancora approvata dal Consiglio di Stato

26 bozza di Piano finanziario non ancora approvata dal Consiglio di Stato

CLINICA PSICHIATRICA/CENTRO ABITATIVO MENDRISIO (CRB 246)												
G/Vdc	C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016	
30	36'021'249	-0.2%	35'953'211	-0.4%	35'794'400	3.9%	37'174'850	0.8%	37'479'684	0.8%	37'787'017	
31	6'395'857	-1.5%	6'297'970	-4.2%	6'036'350	3.7%	6'261'500	1.0%	6'325'508	0.9%	6'381'699	
32												
33			36'146	-59%	15'000		15'000	0%	15'075	1%	15'188	
34												
35												
36	446'480	-1.0%	442'148	19.9%	530'100	-30.5%	368'300	0.5%	370'142	0.7%	372'918	
37												
38	1'430'812	-27.6%	1'035'562	-100.0%								
39	499'234	811.5%	4'550'600	-0.7%	4'517'715	0.8%	4'552'020	0.8%	4'552'020		4'552'020	
Spese	44'793'632	7.9%	48'315'637	-2.9%	46'893'565	3.2%	48'371'670	0.8%	48'742'428	0.8%	49'108'842	
	44'294'398	-1.2%	43'765'037	-3.2%	42'375'850	3.4%	43'819'650	0.8%	44'190'408	0.8%	44'556'822	
Uscite	44'294'398	-1.2%	43'765'037	-3.2%	42'375'850	3.4%	43'819'650	0.8%	44'190'408	0.8%	44'556'822	
40												
41												
42	105'251	-13.2%	91'376	-1.5%	80'000		90'000	0.5%	90'450	0.7%	91'128	
43	19'448'919	0.5%	19'551'921	-4.4%	18'696'000	4.0%	19'436'700	0.5%	19'540'145	0.1%	19'556'946	
44												
45												
46												
47												
48	200'000		200'000	-100.0%			200'000	-100.0%				
49					4700							
Ricavi	19'754'170	0.5%	19'843'297	-5.3%	18'790'700	5.0%	19'726'700	-0.5%	19'630'595	0.1%	19'648'074	
	19'754'170	0.5%	19'843'297	-5.3%	18'790'700	5.0%	19'726'700	-0.5%	19'630'595	0.1%	19'648'074	
Entrate	19'754'170	0.5%	19'843'297	-5.3%	18'790'700	5.0%	19'726'700	-0.5%	19'630'595	0.1%	19'648'074	

SERVIZIO PSICO-SOCIALE MENDRISIO (CRB 246)												
Gr/dc		C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	SPESA PER IL PERSONALE	1'283'752	1.1%	1'297'240	-2.2%	1'288'860	-10.4%	1'136'900	0.8%	1'146'223	0.8%	1'155'622
31	SPESA PER BENI E SERVIZI	17'277	-28.4%	12'369	37.5%	17'010	-24.2%	12'900	0.5%	12'966	0.8%	13'062
32	INTERESSI PASSIVI											
33	AMMORTAMENTI	242	-100%			1'000		1'000	0%	1'005	1%	1'013
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.											
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI											
36	CONTRIBUTI CANTONALI											
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI											
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI											
39	ADDEBITI INTERNI	60'485	0.1%	60'570	1.5%	61'450	-2.0%	60'210		60'210		60'210
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'361'756	0.6%	1'370'178	-1.6%	1'348'320	-10.2%	1'211'010	0.8%	1'220'402	0.8%	1'229'906
	Senza il gruppo di conto 39	1'301'270	0.6%	1'309'608	-1.7%	1'286'870	-10.6%	1'150'900	0.8%	1'160'192	0.8%	1'169'696
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'301'270	0.6%	1'309'608	-1.7%	1'286'870	-10.6%	1'150'900	0.8%	1'160'192	0.8%	1'169'696
40	IMPOSTE											
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI											
42	REDDITI DELLA SOSTANZA											
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	815'155	7.2%	874'078	-13.5%	756'000	4.0%	786'000	0.5%	789'930	0.8%	795'854
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.											
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI											
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI											
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE											
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI											
49	ACCREDITI INTERNI			1'200	-100.0%							
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	815'155	7.4%	875'278	-13.6%	756'000	4.0%	786'000	0.5%	789'930	0.8%	795'854
	Senza il gruppo di conto 49	815'155	7.2%	874'078	-13.5%	756'000	4.0%	786'000	0.5%	789'930	0.8%	795'854
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	815'155	7.2%	874'078	-13.5%	756'000	4.0%	786'000	0.5%	789'930	0.8%	795'854

SERVIZIO PSICO-SOCIALE LUGANO (CRB 247)											
GrVdc	C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	3'708'937	1.8%	3'775'572	3.3%	3'898'640	-1.7%	3'930'540	0.8%	3'861'950	0.8%	3'893'618
31	39'282	6.6%	41'889	-20.0%	33'530	2.2%	34'280	0.5%	34'451	0.8%	34'710
32											
33	131	-16%	110	808%	1'000	-50%	500	0%	503	1%	506
34											
35											
36											
37											
38											
39	281'476	0.3%	282'225	0.6%	283'965	-0.9%	281'320	0.8%	281'320	0.8%	281'320
Spese	4'029'927	1.7%	4'099'796	2.9%	4'217'135	-1.7%	4'146'640	0.8%	4'178'224	0.8%	4'210'154
	3'748'350	1.8%	3'817'571	3.0%	3'933'170	-1.7%	3'865'320	0.8%	3'896'904	0.8%	3'928'834
Uscite	3'748'350	1.8%	3'817'571	3.0%	3'933'170	-1.7%	3'865'320	0.8%	3'896'904	0.8%	3'928'834
40											
41											
42											
43	1'589'306	-8.8%	1'448'671	-6.4%	1'356'500	25.5%	1'702'350	0.5%	1'710'862	0.8%	1'723'693
44											
45											
46											
47											
48											
49			900								
Ricavi	1'589'306	-9%	1'449'571	-6%	1'356'500	25%	1'702'350	0%	1'710'862	1%	1'723'693
	1'589'306	-8.8%	1'448'671	-6.4%	1'356'500	25.5%	1'702'350	0.5%	1'710'862	0.8%	1'723'693
Entrate	1'589'306	-9%	1'448'671	-6%	1'356'500	25%	1'702'350	0%	1'710'862	1%	1'723'693

SERVIZIO PSICO-SOCIALE LOCARNO (CRB 248)												
GrVdc		C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	SPESE PER IL PERSONALE	1'431'099	1.9%	1'458'205	0.3%	1'462'270	9.2%	1'597'110	0.8%	1'610'206	0.8%	1'623'410
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	12'399	5.0%	13'025	16.0%	15'110	-19.9%	12'100	0.5%	12'161	0.7%	12'252
32	INTERESSI PASSIVI											
33	AMMORTAMENTI					500		500	0%	503	1%	506
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.											
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI											
36	CONTRIBUTI CANTONALI											
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI											
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI											
39	ADDEBITI INTERNI	69'543	-15.7%	58'615	3.6%	60'750	-3.1%	58'890		58'890		58'890
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'513'041	1.1%	1'529'846	0.6%	1'538'630	8.4%	1'668'600	0.8%	1'681'759	0.8%	1'695'058
	Senza il gruppo di conto 39	1'443'498	1.9%	1'471'230	0.5%	1'477'880	8.9%	1'609'710	0.8%	1'622'869	0.8%	1'636'168
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'443'498	1.9%	1'471'230	0.5%	1'477'880	8.9%	1'609'710	0.8%	1'622'869	0.8%	1'636'168
40	IMPOSTE											
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI											
42	REDDITI DELLA SOSTANZA											
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	570'981	19.4%	681'816	-18.4%	556'500	14.5%	637'450	0.5%	640'637	0.8%	645'442
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.											
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI											
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI											
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE											
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI											
49	ACCREDITI INTERNI											
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	570'981	19.4%	681'816	-18.4%	556'500	14.5%	637'450	0.5%	640'637	0.8%	645'442
	Senza il gruppo di conto 49	570'981	19.4%	681'816	-18.4%	556'500	14.5%	637'450	0.5%	640'637	0.8%	645'442
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	570'981	19.4%	681'816	-18.4%	556'500	14.5%	637'450	0.5%	640'637	0.8%	645'442

SERVIZIO PSICO-SOCIALE BELLINZONA (CRB 249)												
Gr/dc	C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016	
30	1712919	3.8%	1777983	2.0%	1813490	-2.4%	1769510	0.8%	1784020	0.8%	1798649	
31		-18.7%	26414	26.6%	33440	-31.3%	22980	0.5%	23095	0.8%	23268	
32	32478											
33					500		500	0%	503	1%	506	
34												
35												
36												
37												
38												
39	83671	-0.5%	83252	3.1%	85850	-2.5%	83730	0.8%	83730	0.8%	83730	
Spese	1'829'068	3.2%	1'887'649	2.4%	1'933'280	-2.9%	1'876'720	0.8%	1'891'347	0.8%	1'906'153	
	1'745'386	3.4%	1'804'397	2.4%	1'847'430	-2.8%	1'792'990	0.8%	1'807'617	0.8%	1'822'423	
Uscite	1'745'396	3.4%	1'804'397	2.4%	1'847'430	-2.9%	1'792'990	0.8%	1'807'617	0.8%	1'822'423	
40												
41												
42												
43	616679	-2.7%	600'018	2.7%	616'000		616'000	0.5%	619'080	0.8%	623'723	
44												
45												
46												
47												
48												
49			3625									
Ricavi	616'679	-2.1%	603'643	2.0%	616'000		616'000	0.5%	619'080	0.8%	623'723	
	616'679	-2.7%	600'018	2.7%	616'000		616'000	0.5%	619'080	0.8%	623'723	
Entrate	616'679	-2.7%	600'018	2.7%	616'000		616'000	0.5%	619'080	0.8%	623'723	

CENTRI DIURNI (CRB 251)												
GrVdc		C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	SPESE PER IL PERSONALE	680'678	-1.7%	669'186	1.4%	678'570	8.7%	737'480	8.7%	743'527	0.8%	749'624
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	103'280	5.2%	108'659	-4.2%	104'110		105'610	1.4%	106'138	0.8%	106'934
32	INTERESSI PASSIVI											
33	AMMORTAMENTI											
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.											
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI											
36	CONTRIBUTI CANTONALI											
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI											
38	RIVERSAMENTI A FONDI SPECIALI											
39	ADDEBITI INTERNI	226'497	-0.3%	225'863	0.7%	227'350	-0.3%	226'590	-0.3%	226'590		226'590
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'010'454	-0.7%	1'003'708	0.6%	1'010'030	5.9%	1'069'680	0.6%	1'076'255	0.6%	1'083'148
	Senza il gruppo di conto 39	783'957	-0.8%	777'845	0.6%	782'680	7.7%	843'090	0.8%	849'665	0.8%	856'558
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	783'957	-0.8%	777'845	0.6%	782'680	7.7%	843'090	0.8%	849'665	0.8%	856'558
40	IMPOSTE											
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI											
42	REDDITI DELLA SOSTANZA											
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	243	-100.0%			3'000	-66.7%	1'000	0.5%	1'005	0.8%	1'013
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.											
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI											
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI											
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE											
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI											
49	ACCREDITI INTERNI											
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	243	-100%			3'000	-67%	1'000	0%	1'005	1%	1'013
	Senza il gruppo di conto 49	243	-100.0%			3'000	-66.7%	1'000	0.5%	1'005	0.8%	1'013
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	243	-100%			3'000	-67%	1'000	0%	1'005	1%	1'013

SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO COLDRERIO (CRB 266)												
Gr/dc		C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	SPESA PER IL PERSONALE	844'653	18.7%	1'002'625	-0.7%	995'110	4.7%	1'041'400	0.8%	1'049'939	0.8%	1'058'549
31	SPESA PER BENI E SERVIZI	9'182	91.9%	17'623	-41.1%	10'380	53.5%	15'930	0.5%	16'010	0.8%	16'130
32	INTERESSI PASSIVI											
33	AMMORTAMENTI					500						
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.											
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI											
36	CONTRIBUTI CANTONALI											
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI											
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI											
39	ADDEBITI INTERNI	29'857	4.2%	31'087	4.2%	32'400	-7.5%	29'970		29'970		29'970
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	883'691	19.0%	1'051'344	-1.2%	1'038'390	4.7%	1'087'300	0.8%	1'095'919	0.8%	1'104'649
	Senza il gruppo di conto 39	853'834	19.5%	1'020'247	-1.4%	1'005'990	5.1%	1'057'330	0.8%	1'065'949	0.8%	1'074'679
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	853'834	19.5%	1'020'247	-1.4%	1'005'990	5.1%	1'057'330	0.8%	1'065'949	0.8%	1'074'679
40	IMPOSTE											
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI											
42	REDDITI DELLA SOSTANZA											
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	346'157	10.5%	382'500	-9.4%	346'500	2.9%	356'500	0.5%	358'283	0.8%	360'970
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.											
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI											
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI											
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE											
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI											
49	ACCREDITI INTERNI											
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	346'157	10.5%	382'500	-9.4%	346'500	2.9%	356'500	0.5%	358'283	0.8%	360'970
	Senza il gruppo di conto 49	346'157	10.5%	382'500	-9.4%	346'500	2.9%	356'500	0.5%	358'283	0.8%	360'970
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	346'157	10.5%	382'500	-9.4%	346'500	2.9%	356'500	0.5%	358'283	0.8%	360'970

SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO LUGANO (CRB 257)												
GrVdc		C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	SPESA PER IL PERSONALE	1'859'918	5.2%	1'957'024	0.6%	1'968'200	47.8%	2'908'750	0.8%	2'932'602	0.8%	2'956'649
31	SPESA PER BENI E SERVIZI	25'273	-21.6%	19'806	12.0%	22'190	241.4%	75'750	0.5%	76'129	0.8%	76'700
32	INTERESSI PASSIVI											
33	AMMORTAMENTI					500		500	0%	503	1%	506
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.											
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI											
36	CONTRIBUTI CANTONALI											
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI											
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI											
39	ADDEBITI INTERNI	141'984	-0.4%	141'437	1.5%	143'545	-1.5%	141'450		141'450		141'450
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	2'027'155	4.5%	2'118'267	0.8%	2'134'435	46.5%	3'126'450	0.8%	3'150'683	0.8%	3'175'305
	Senza il gruppo di conto 39	1'885'191	4.9%	1'976'830	0.7%	1'990'890	49.9%	2'985'000	0.8%	3'009'233	0.8%	3'033'855
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'885'191	4.9%	1'976'830	0.7%	1'990'890	49.9%	2'985'000	0.8%	3'009'233	0.8%	3'033'855
40	IMPOSTE											
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI											
42	REDDITI DELLA SOSTANZA											
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	691'775	6.1%	733'945	-4.6%	700'500	68.2%	1'178'400	0.5%	1'184'292	0.8%	1'193'174
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.											
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI											
48	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI											
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE											
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI											
49	ACCREDITI INTERNI											
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	691'775	6%	733'945	-5%	700'500	68%	1'178'400	0%	1'184'292	1%	1'193'174
	Senza il gruppo di conto 49	691'775	6.1%	733'945	-4.6%	700'500	68.2%	1'178'400	0.5%	1'184'292	0.8%	1'193'174
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	691'775	6%	733'945	-5%	700'500	68%	1'178'400	0%	1'184'292	1%	1'193'174

SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO LOCARNO (CRB 258)												
Gr/dc		C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	SPESE PER IL PERSONALE	875'781	14.7%	1'004'387	-1.4%	990'510	13.2%	1'121'460	0.8%	1'130'656	0.8%	1'139'927
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	15'941	18.0%	18'818	-2.6%	18'320	-6.9%	17'060	0.5%	17'145	0.8%	17'274
32	INTERESSI PASSIVI											
33	AMMORTAMENTI					500		500	0%	503	1%	506
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.											
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI											
36	CONTRIBUTI CANTONALI											
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI											
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI											
39	ADDEBITI INTERNI	51'254	12.3%	57'568	-6.2%	52'250	-3.7%	50'340		50'340		50'340
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	942'976	14.6%	1'080'773	-1.8%	1'061'580	12.0%	1'189'360	0.8%	1'198'644	0.8%	1'208'048
	Senza il gruppo di conto 39	891'722	14.7%	1'023'205	-1.4%	1'009'330	12.8%	1'139'020	0.8%	1'148'304	0.8%	1'157'708
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	891'722	14.7%	1'023'205	-1.4%	1'009'330	12.8%	1'139'020	0.8%	1'148'304	0.8%	1'157'708
40	IMPOSTE											
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI											
42	REDDITI DELLA SOSTANZA											
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	269'538	11.5%	300'459	-9.6%	271'500	16.1%	315'200	0.5%	316'776	0.8%	319'152
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.											
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI											
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI											
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE											
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI											
49	ACCREDITI INTERNI											
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	269'538	11.5%	300'459	-9.6%	271'500	16.1%	315'200	0.5%	316'776	0.8%	319'152
	Senza il gruppo di conto 49	269'538	11.5%	300'459	-8.6%	271'500	16.1%	315'200	0.5%	316'776	0.8%	319'152
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	269'538	11.5%	300'459	-9.6%	271'500	16.1%	315'200	0.5%	316'776	0.8%	319'152

SERVIZIO MEDICO-PSICOLOGICO BELLINZONA (CRB 259)												
GrVdc	C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016	
30	1'158'012	13.9%	1'318'542	-3.1%	1'277'160	4.5%	1'334'000	0.8%	1'344'939	0.8%	1'355'967	
31	38'017	13.6%	43'183	-22.4%	33'530	17.4%	39'380	0.5%	39'577	0.8%	39'874	
32												
33					500		500	0%	503	1%	506	
34												
35												
36												
37												
38												
39	73'447	1.7%	74'665	1.5%	75'750	-2.4%	73'950		73'950		73'950	
Spese	1'269'476	13.1%	1'436'390	-3.4%	1'386'940	4.4%	1'447'830	0.8%	1'458'968	0.8%	1'470'297	
	Senza il gruppo di conto 39	13.9%	1'361'725	-3.7%	1'311'190	4.8%	1'373'880	0.8%	1'385'018	0.8%	1'396'347	
	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	13.9%	1'361'725	-3.7%	1'311'190	4.8%	1'373'880	0.8%	1'385'018	0.8%	1'396'347	
40												
41												
42												
43	352'715	-2.1%	345'386	0.2%	346'000		346'000	0.5%	347'730	0.8%	350'338	
44												
45												
46												
47												
48												
49												
Ricavi	352'715	-2.1%	345'386	0.2%	346'000		346'000	0.5%	347'730	0.8%	350'338	
	Senza il gruppo di conto 49	-2.1%	345'386	0.2%	346'000		346'000	0.5%	347'730	0.8%	350'338	
	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	-2.1%	345'386	0.2%	346'000		346'000	0.5%	347'730	0.8%	350'338	
Entrate	352'715	-2.1%	345'386	0.2%	346'000		346'000	0.5%	347'730	0.8%	350'338	

CENTRO PSICO-EDUCATIVO STABIO (CRB 261)												
GrVdc	C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016	
30	1'414'218	2.6%	1'451'335	-0.6%	1'442'770	0.3%	1'447'260	0.8%	1'459'128	0.8%	1'471'092	
31	112'499	-0.2%	112'310	20.9%	135'730	-2.7%	132'070	0.5%	132'730	0.8%	133'726	
32												
33			2'607		500		1'000		1'005		1'013	
34												
35												
36												
37												
38												
39	27'087	-8.3%	24'833	4.3%	25'900	1.8%	26'360	1.8%	26'360	0.8%	26'360	
Spese	1'553'904	2.4%	1'591'085	0.9%	1'604'900	0.1%	1'606'690	0.8%	1'619'223	0.8%	1'632'191	
	1'526'717	2.6%	1'566'252	0.8%	1'579'000	0.1%	1'580'330	0.8%	1'592'863	0.8%	1'605'831	
Uscite	1'526'717	2.6%	1'566'252	0.8%	1'579'000	0.1%	1'580'330	0.8%	1'592'863	0.8%	1'605'831	
40												
41												
42												
43	737'553	-22.4%	572'143	-8.9%	521'500	3.8%	541'500	0.5%	544'208	0.8%	548'289	
44												
45												
46												
47												
48												
49												
Ricavi	737'553	-22%	572'143	-9%	521'500	4%	541'500	0%	544'208	1%	548'289	
	737'553	-22.4%	572'143	-8.9%	521'500	3.8%	541'500	0.5%	544'208	0.8%	548'289	
Entrate	737'553	-22%	572'143	-9%	521'500	4%	541'500	0%	544'208	1%	548'289	

CENTRO PSICO-EDUCATIVO LUGANO (CRB 262)												
GrVdc		C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	SPESA PER IL PERSONALE	1'201'162	-0.1%	1'200'011	3.0%	1'235'590	-1.8%	1'213'820	0.8%	1'223'572	0.8%	1'233'605
31	SPESA PER BENI E SERVIZI	89'523	-1.6%	88'072	26.7%	111'570	-3.9%	107'210	0.5%	107'746	0.8%	108'554
32	INTERESSI PASSIVI											
33	AMMORTAMENTI					500		500	0%	503	1%	506
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.											
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI											
36	CONTRIBUTI CANTONALI											
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI											
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI											
39	ADDEBITI INTERNI	179'835	0.9%	181'534	4.3%	189'390	0.1%	189'490	0.1%	189'490		189'490
	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'470'521	-0.1%	1'469'617	4.6%	1'537'050	-1.7%	1'510'820	0.7%	1'521'310	0.7%	1'532'155
	Senza il gruppo di conto 39	1'290'685	-0.2%	1'288'083	4.6%	1'347'660	-2.0%	1'321'330	0.8%	1'331'820	0.8%	1'342'665
	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'290'685	-0.2%	1'288'083	4.6%	1'347'660	-2.0%	1'321'330	0.8%	1'331'820	0.8%	1'342'665
40	IMPOSTE											
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI											
42	REDDITI DELLA SOSTANZA											
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	402'937	26.4%	517'415	-19.6%	416'000	8.2%	450'000	0.5%	452'250	0.8%	455'642
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.											
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI											
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI											
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE											
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI											
49	ACCREDITI INTERNI											
	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	402'937	28.4%	517'415	-19.6%	416'000	8.2%	450'000	0.5%	452'250	0.8%	455'642
	Senza il gruppo di conto 49	402'937	28.4%	517'415	-19.6%	416'000	8.2%	450'000	0.5%	452'250	0.8%	455'642
	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	402'937	28.4%	517'415	-19.6%	416'000	8.2%	450'000	0.5%	452'250	0.8%	455'642
Entrate												

CENTRO PSICO-EDUCATIVO LOCARNO (CRB 263)												
Gr\dc		C2011	aumento	C 2012	aumento	P 2013	aumento	PP 2014	aumento	PF 2015	aumento	PF 2016
30	SPESE PER IL PERSONALE	983'743	-2,3%	960'789	2,1%	981'010	-3,3%	948'960	0,8%	956'741	0,8%	964'587
31	SPESE PER BENI E SERVIZI	53'597	-1,2%	52'965	25,6%	66'500	-1,8%	65'320	0,5%	65'647	0,8%	66'139
32	INTERESSI PASSIVI											
33	AMMORTAMENTI					500		500	0%	503	1%	506
34	PARTEC. SENZA PRECISA DESTINAZ.											
35	RIMBORSI A ENTI PUBBLICI											
36	CONTRIBUTI CANTONALI											
37	RIVERSAMENTO CONTRIB. DA TERZI											
38	VERSAMENTI A FONDI SPECIALI											
39	ADDEBITI INTERNI	3'508	160,6%	9'144	56,4%	14'300	2,7%	14'580		14'680		14'680
Spese	Tutti i Gruppi di conto (da 30 a 39)	1'040'849	-1,7%	1'022'898	3,9%	1'062'310	-3,1%	1'029'460	0,8%	1'037'571	0,8%	1'045'912
	Senza il gruppo di conto 39	1'037'340	-2,3%	1'013'754	3,4%	1'048'010	-3,2%	1'014'780	0,8%	1'022'891	0,8%	1'031'232
Uscite	Senza i Gruppi di conto 37 e 39	1'037'340	-2,3%	1'013'754	3,4%	1'048'010	-3,2%	1'014'780	0,8%	1'022'891	0,8%	1'031'232
40	IMPOSTE											
41	REGALIE, MONOPOLI, CONCESSIONI											
42	REDDITI DELLA SOSTANZA											
43	RIC.P.PRESTAZ., TASSE, MULTE, VENDITE	181'755	5,2%	191'199	-11,6%	169'000	5,6%	178'500	0,5%	179'393	0,8%	180'738
44	PARTEC. A PARTEC. SENZA PREC.DEST.											
45	RIMBORSI DA ENTI PUBBLICI											
46	CONTRIBUTI PER SPESE CORRENTI											
47	CONTRIBUTI DA TERZI DA RIVERSARE											
48	PRELEV. DA FONDI SPECIALI											
49	ACCREDITI INTERNI											
Ricavi	Tutti i Gruppi di conto (da 40 a 49)	181'755	5%	191'199	-12%	169'000	6%	178'500	0%	179'393	1%	180'738
	Senza il gruppo di conto 49	181'755	5,2%	191'199	-11,6%	169'000	5,6%	178'500	0,5%	179'393	0,8%	180'738
Entrate	Senza i Gruppi di conto 47 e 49	181'755	5%	191'199	-12%	169'000	6%	178'500	0%	179'393	1%	180'738

