



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXVII • n. 1 • gennaio - giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)
Massimo Clerici (*Monza*)

Comitato Scientifico:

Claudio Mencacci (*Milano, MI*)
Gianluigi Tomaselli (*Treviglio, BG*)
Giorgio Cerati (*Legnano*)
Emilio Sacchetti (*Brescia*)
Silvio Scarone (*Milano*)
Gian Carlo Cerveri (*Milano*)
Arcadio Erlicher (*Milano*)
Simone Vender (*Varese*)
Antonio Vita (*Brescia*)
Giuseppe Biffi (*Milano*)
Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Gabiella Ba (*Milano*)
Cinzia Bressi (*Milano*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Castiglione delle Stiviere, MN*)
Gianluigi Nobili (*Desenzano, BS*)
Andrea Materzanini (*Iseo, BS*)
Alessandro Grecchi (*Varese*)
Francesco Bartoli (*Monza*)
Lucia Volonteri (*Milano*)
Antonino Calogero (*Castiglione delle Stiviere, MN*)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

3 La posizione della psichiatria nella crisi contemporanea
di Giannelli A.

7 Lettera inviata dal Paŕ President della societ  Italiana di Psichiatria a tutti i soci al termine del suo mandato
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

9 La psichiatria nel modello Lombardo: analisi di organizzazione e destinazione delle risorse
di Cerveri G., Grazia C., Magni G., Campajola P., Cioffi I., Goglio M., Molteni F., Vender S., Mencacci C.

24 La Teleconferenza come mezzo di integrazione delle equipes
di Ballantini M., Tomaselli G.

28 Indagine sui fabbisogni formativi dei Medici Psichiatri
di Marturano A., Caggio F.

38 Interventi precoci e terapie naturali nel disturbo bipolare
di Porcellana M., Morganti C., Florinda S.

47 La condotta tossicomana da Freud ad oggi
di La Moglie A.

NOTE DAI CONVEGNI

52 Il futuro degli SPDC tra continuit  e innovazione
VII Congresso del Coordinamento Nazionale degli SPDC

56 La riabilitazione Psicosociale Oggi: contesti e paradigmi in cambiamento
XI Congresso Nazionale SIRP

RIFLESSIONI

58 Sul parlar da soli
Canto del cigno di uno psichiatra in pensione
di Pittini G.

IN COPERTINA: *Vir temporis acti*
Adolfo Wildt, 1911

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA



La psichiatria nel modello Lombardo: analisi di organizzazione e destinazione delle risorse

*Giancarlo Cerveri**, *Grazia Ceriotti***,
*Giampaolo Magni***, *Pasquale Campajola****,
*Isidoro Cioffi*****, *Marco Goglio*****,
*Franca Molteni*****, *Simone Vender*****,
*Claudio Mencacci**

In letteratura le ricerche sui costi della cura in soggetti affetti da gravi patologie psichiatriche sono in aumento negli ultimi anni. Con sempre maggiore attenzione diversi autori cercano di individuare strumenti affidabili per misurare l'impegno economico connesso al trattamento dei gravi disturbi psichici. Le evidenze sono ancora scarse in quanto in molte ricerche sono selezionati dati provenienti solo da alcune tipologie di cura.

Un elevato numero di ricerche focalizza l'attenzione sui costi dei trattamenti farmacologici, in particolare con analisi costo efficacia nell'utilizzo di antipsicotici di seconda generazione nella pratica clinica. Studi di follow up che valutino il consumo di psicofarmaci e i costi globali associati al trattamento secondo una metodologia naturalistica sono estremamente rari. Ancora più rari studi che effettuino una comparazione tra diversi paesi con organizzazioni sanitarie diverse. In uno studio condotto in Francia, i ricercatori hanno cercato di valutare il costo globale per il trattamento di una patologia come la

schizofrenia confrontando soggetti in trattamento con diversi composti farmacologici (Llorca et al., 2005). Gli autori osservano che secondo stime epidemiologiche solide in Francia circa 300.000 persone risulterebbero affette da tale patologia e approssimativamente circa 150.000 risultano in carico al servizio sanitario pubblico (50%). Di questi il 50% è in trattamento ambulatoriale, mentre il restante 50% è in trattamento ospedaliero parziale o totale. Il costo associato a tale disturbo è prevalentemente un costo ospedaliero e si aggira intorno al 2% di tutti i costi sanitari della repubblica francese. La maggior parte delle poche ricerche disponibili sono condotte sulla patologia schizofrenica, in quanto gravata dai più alti livelli di disabilità e dunque di elevati costi correlati all'assistenza. Confronti tra paesi diversi sono poi poco disponibili per l'eterogeneità dei modelli organizzativi che garantiscono le cure alle persone affette da patologia psichica.

Lo studio EPSILON (Knapp et al., 2002) confronta il profilo di utilizzo dei servizi sanitari ed il costo relativo alla cura di soggetti con schizofrenia in 5 stati UE diversi. I ricercatori hanno osservato che bisogni più elevati, una maggiore severità sintomatologica e ed una più lunga storia psichiatrica sono associati ad un aumento dei costi di cura e assistenza.

Anche in questo studio, come in molte altre ricerche non si ottiene evidenza di una correlazione tra costi per la cura ed esito dei trattamenti. È questo un aspetto di particolare criticità in sistemi sanitari a finanziamento costante o in taluni paesi UE addirittura decrescente. In una ricerca più recente (Salize et al., 2009), partendo dal fatto che i servizi di salute mentale di comunità

possono variare molto nei diversi contesti e così i costi per le cure offerte e auspicabilmente anche gli esiti di tali trattamenti, gli autori hanno analizzato il costo totale per la cura di pazienti con diagnosi di schizofrenia in 6 stati europei per un tempo di un anno. Nella ricerca sono state affrontate 2 questioni:

- Quale è il costo totale di uno specifico servizio di cura per la schizofrenia e come varia nei diversi contesti?
- Quali variabili (cliniche o organizzative) correlano con i costi della cura?

Lo studio è stato condotto secondo una modalità osservazionale naturalistica, i soggetti reclutati risultavano in cura ai servizi per schizofrenia da almeno 3 mesi (età 18-65). Dei 507 soggetti selezionati, 422 al termine del follow up (una capacità di trattenimento allo studio pari a 83% e dunque molto attendibile rispetto ai risultati finali della ricerca). Per tutti i paesi indagati il modello di intervento era psichiatria di comunità. I costi si riferiscono allo standard care con la registrazione di tutti gli interventi effettuati nei 12 mesi e tradotti in PPP (Purchasing power parity) per renderlo confrontabile nei diversi contesti. Sempre nello studio sono state poi registrate le prescrizioni farmacologiche.

I risultati della ricerca mostrano un quadro caratterizzato da disomogenei livelli di variazione. In particolare mentre per gli interventi farmacologici si osserva una condizione di relativa omogeneità in termini di utilizzo e costi in PPP, per quanto riguarda gli altri interventi non farmacologici (Ricovero Ospedaliero, DayHospital, DayCare, Interventi ambulatoriali e trattamenti in strutture protette) le variazioni in termini di disponibilità e costi risultano elevatissimi con differenze di costi anche dell'ordine del 1000%.

Gli autori osservano quanto segue:

- I trattamenti farmacologici rappresentano un elemento determinante della cura e prevedono limitate infrastrutture. Così risultano meno soggetti a limitazioni di utilizzo per scarsità di risorse.
- Una solida evidenza internazionale di efficacia di

questi trattamenti supporta una certa omogeneità di utilizzo in diversi contesti.

- Emerge un'elevata disomogeneità di costi relativa a trattamenti ospedalieri, di Day Hospital e di residenzialità protetta che deriva soprattutto dalla diversa disponibilità di risorse senza una rigorosa valutazione di efficacia o di costi/benefici.

In ambito Lombardo la psichiatria è stata coinvolta nel corso degli ultimi 15 anni da una modificazione organizzativa imposta dalla Legge Regionale 31 del 1997 che ha trasformato le regole di sistema definendo la presenza di erogatori di prestazioni (DSM o strutture private accreditate) e Aziende Sanitarie Locali che acquistano le stesse. Per rendere questo sistema efficace nell'ambito della psichiatria ha emanato specifiche Circolari volte alla definizione e tariffazione di tutte le prestazioni psichiatriche che precedentemente non presentavano specifiche forme di tariffazione (DGR n.VI/37597 del 24/7/98, Circolare 46/SAN del 26 agosto 1998 e Circolare 21/SAN del 22.03.1999).

Nel corso degli anni si è dunque consolidato un sistema coordinato su base Provinciale che coinvolge Aziende Ospedaliere come erogatrici di prestazione ospedaliera tramite il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e ambulatoriali complesse (erogate cioè in una dimensione di collaborazione tra figure professionali diverse ed in collegamento con altri enti o istituzioni ritenute utili al progetto di assistenza o cura) tramite il Centro Psicosociale secondo un modello di psichiatria di comunità.

In aggiunta a tali prestazioni, per soggetti con una condizione patologica particolarmente disabilitante o grave dal punto di vista sintomatologico può essere necessario erogare prestazioni di lungo periodo in strutture protette (Centri Riabilitativi ad elevata o media intensità CRA o CRM o Comunità Protette ad Elevata o media assistenza CPA o CPM)

Tale modello prevede di fatto un'afferenza del cittadino al Dipartimento di Salute Mentale competente per

territorio, il quale può erogare direttamente le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali e residenziali ovvero per quest'ultime inviare il cittadino alle cure presso una struttura accreditata con contratto con il Servizio Sanitario Regionale. Esiste una quota di tali interventi erogati in strutture senza contratto. Tale condizione, marginale per numero rispetto al totale riguarda soggetti già inseriti da lungo tempo e per i quali non è stato possibile avviare programmi di trasferimento o soggetti con particolari esigenze di assistenza come coloro che sono stati dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Nella presente ricerca si cercherà di delineare le attività di assistenza psichiatrica erogate a favore dei residenti della Provincia di Varese, durante l'anno 2012, suddividendole sulla base della tipologia di intervento e dell'area di residenza.

Lo scopo di questo studio è valutare come vengono organizzate le risorse nel sistema regionale Lombardo per la cura delle patologie psichiatriche, si è provveduto, al fine di valutare eventuali variazioni dettate da modelli organizzativi diversi, a suddividere gli utenti in aree territoriali afferenti a diversi Dipartimenti di Salute Mentale che con la legislazione attuale sono incaricati del governo clinico della psichiatria, dunque a cui è affidata la possibilità di indirizzare le modalità di cura del paziente.

Nella presente ricerca si cercherà dunque di approfondire le modalità di utilizzo delle risorse pubbliche utilizzate nella disciplina psichiatrica in funzione della tipologia di intervento utilizzato ed in funzione del numero di utenti a cui tale intervento è indirizzato. Si cercherà infine di valutare se le modalità di utilizzo delle risorse mostrano una tendenza omogenea in aree territoriali contigue o se presentano elevati livelli di variazione.

METODI

Al fine di effettuare una valutazione delle prestazioni psichiatriche si provveduto a suddividere i cittadini residenti nella Provincia di Varese in tre aree territoriali

che fanno riferimento alla competenza territoriale per le prestazioni psichiatriche delle 3 Aziende Ospedaliere della Provincia di Varese.

- DSM dell'Azienda Ospedaliera di Varese: 336.684 (Comuni dei Distretti di Varese, Arcisate, Cittiglio, Luino e Azzate).
- DSM dell'Azienda Ospedaliera di Gallarate: 223.595 (Distretti di Gallarate, Somma L. e Sesto C.).
- DSM dell'Azienda Ospedaliera di Busto A.: 288.424 (Distretti di Saronno, Busto, Castellanza e Tradate).
- Totale Provincia di Varese: 848.703

I dati di attività sono rappresentati dai dati regionali validati relativi ai consumi dei soggetti residenti in Provincia di Varese di età superiore ai 18 anni nel corso del 2012 e che abbiano usufruito di almeno una prestazione psichiatrica tramite i circuiti informativi 46/SAN, SDO per ricoveri psichiatrici e flusso 43/SAN per prestazioni residenziali erogate da soggetti non accreditati con contratto con il SSR.

I dati relativi agli interventi e ai costi sono riferiti come tassi per 1000 abitanti anno e sono riportati per l'intera area della Provincia di Varese e per le singole aree territoriali sopra definite. Per tali aree le prestazioni erogate da struttura pubblica sono quasi completamente provenienti dall'Azienda Ospedaliera di riferimento come sopra definita. Le prestazioni erogate da strutture private sono state effettuate sempre su proposta motivata dello psichiatra del DSM di competenza e validata dal responsabile di Unità Operativa Complessa a garanzia del mantenimento del governo clinico del DSM per quanto attiene alla patologia psichiatrica.

A chi si rivolgono gli interventi

Il tipo di intervento fornito è rivolto a soggetti sofferenti di disagio psichico.

Il tipo di disagio manifestato e l'intensità dello stesso forniranno indicazione allo psichiatra sulla tipologia d'intervento da proporre e sulla scelta della sede ove effettuarlo.

Le Tipologie d'intervento psichiatrico indagate

Nella presente ricerca sono state inserite le seguenti tipologie di prestazioni psichiatriche indipendentemente dalla diagnosi:

1. Interventi complessi ed integrati che necessitano di diverse figure professionali oltre allo psichiatra (infermiere, educatore e assistente sociale) e che si rivolgono a soggetti che presentano bisogni complessi. Tali prestazioni vengono fornite dai Centri Psicossociali. Possono prevedere interventi semiresidenziali, caratterizzati dalla permanenza nella struttura del soggetto per parte della giornata. Qui di seguito verranno indicate come attività ambulatoriali o semiresidenziali 46/SAN.
2. Ricoveri presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, si rivolgono a persone che presentano una condizione acuta e/o urgente. Possono avvenire volontariamente o tramite Trattamento Sanitario Obbligatorio. Qui di seguito verranno indicati come Ricoveri in SPDC.
3. Interventi di tipo residenziale, possono svolgersi in strutture pubbliche o private, sempre su indicazione, concordata con il soggetto, dello psichiatra referente del Centro Psicossociale.

Le attività ambulatoriali specialistiche erogate in altre strutture (visite psichiatriche in strutture ospedaliere pubbliche o private non sono state prese in considerazione dell'esiguità del numero e del fatto che le stesse sono erogate negli specifici servizi dedicati sul territorio lombardo).

RISULTATI

Il quadro di insieme

Nel corso del 2012 è risultato che 8.276 soggetti ha avuto almeno una prestazione psichiatrica erogata dal Servizio Sanitario Regionale. In un'area come quella indagata (la Provincia di Varese) che ha un numero di abitanti di circa 850.000 abitanti indica una prevalenza annuale dell'1%. Secondo stime pubblicate nel 2011 (Wittchen et al) la

sola prevalenza annuale dei disturbi affettivi in Europa è compresa tra il 6-8%, a questa vanno aggiunti soggetti sofferenti di Schizofrenia, Disturbi d'Ansia, Disturbi di Personalità etc.

Il dato ottenuto nella presente ricerca appare molto inferiore a quanto atteso tenendo conto che riguarda tutte le possibili diagnosi. Rispetto alle attuali indicazioni di letteratura, che indicano dati di prevalenza annuale molto superiori, emerge come prima considerazione che una quota consistente di soggetti affetti da patologia psichica, non è rappresentata nel database a cui fa riferimento la presente ricerca. Le motivazioni possono essere diverse, di seguito si prova a fornire alcune ipotesi esplicative:

1. Una quota di soggetti riceve diagnosi e trattamento nel contesto della Medicina Generale non utilizzando i servizi per la salute mentale se non, eventualmente, a scopo consulenziale nella fase diagnostica o in occasione di eventuali recidive.
2. Una quota di questi soggetti riceve prestazioni di tipo specialistico in centri diversi dal Centro Psicossociale, in tal caso la prestazione viene rendicontata sul flusso delle prestazioni specialistiche (come le prestazioni delle altre discipline mediche). In questo caso i soggetti ricevono prestazioni psichiatriche pubbliche ma non risultano nella presente ricerca. Si tratta verosimilmente di soggetti con una gravità sintomatologica limitata all'intervento della specialista psichiatra o in alcuni centri dello psicologo psicoterapeuta. Dal punto di vista della dimensione delle risorse impiegate questa tipologia di intervento resta marginale, per quanto possa risultare di grandissima importanza dal punto di vista clinico per il paziente.
3. Una quota di soggetti sofferenti di patologia psichica ricevono prestazioni in altre strutture pubbliche (ambulatori di neurologia, consultori, servizi per le dipendenze etc.).
4. Una quota di soggetti riceve cure tramite l'intervento di specialisti privati.
5. Una quota non si cura

Di fatto possiamo supporre con buona approssimazione che il soggetti intercettati dai servizi siano espressione di una condizione patologica forse più grave e verosimilmente più disabilitante, tale da necessitare con maggiore frequenza interventi di natura multiprofessionale di tipo infermieristico, educativo e sociale erogati nel CPS in coordinamento con gli interventi specialistici.

Nel *grafico 1* sono state riportati il numero di soggetti in trattamento per ogni singola tipologia di trattamento come definita nella sezione metodi della presente ricerca in percentuale sul totale e contestualmente sono stati riportati i costi sostenuti dall'Azienda Sanitaria Locale per la singola tipologia di prestazione. Il primo dato rilevante che si osserva è che la spesa è distribuita in modo non uniforme nelle diverse tipologie di prestazione. In particolare la residenzialità (ricoveri in Comunità Psichiatrica o Centro Riabilitativo), pur essendo rivolta al 6% della popolazione assorbe circa il 60% dell'intera spesa sostenuta per la diagnosi e la cura dei soggetti affetti da patologia psichica.

Altro dato che colpisce è che l'intero costo per gli interventi su acuti (SPDC) e per la cura e la prevenzione di recidive sul territorio è nell'ordine del 30%. Esiste cioè

un rapporto globale tra diagnosi e cure da una parte e riabilitazione assistenza dall'altra che è circa 30%/70%.

Le prestazioni ambulatoriali e semiresidenziali

Le prestazioni ambulatoriali e semiresidenziali sono espressione centrale dell'organizzazione della psichiatria secondo un modello di comunità, in cui il soggetto sofferente di patologia psichiatrica resta incluso nel suo contesto sociorelazionale di origine e ivi viene fornita la cura e l'assistenza frutto dell'integrazione, quando necessario, del lavoro di figure professionali diverse come psichiatra, psicologo, infermiere professionale, educatore e assistente sociale. Come già osservato nel *grafico 1* questa tipologia di attività si suddivide in due macroaree. La prima che è composta dall'attività erogata dai CPS è svolta integralmente da strutture pubbliche, coinvolge il 100% dei pazienti presi in carico e consuma circa il 14% delle risorse totali, mentre l'attività semiresidenziale, erogata sia da strutture pubbliche (la maggioranza) che private si rivolge ad un gruppo di persone più selezionato secondo criteri di gravità clinica e di necessità di interventi riabilitativi. È un gruppo che rappresenta circa il 5% della popolazione globale in cura al DSM in cui risultano più

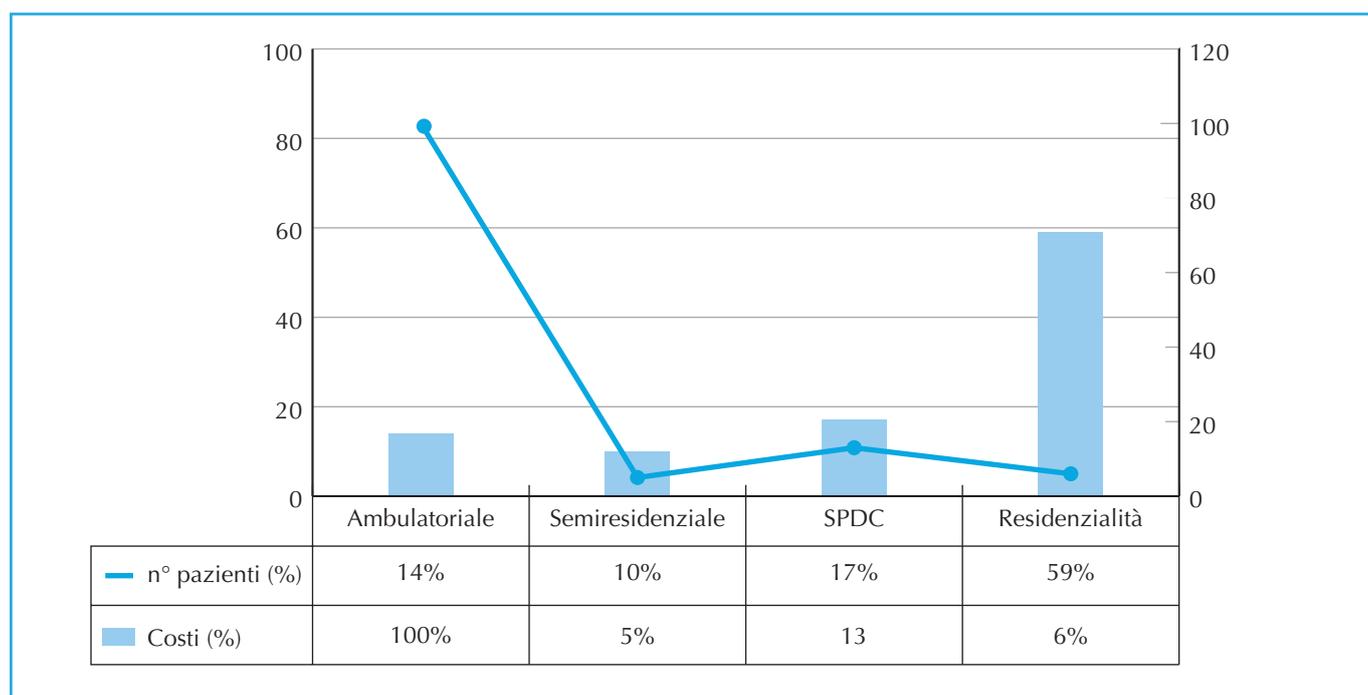


Grafico 1 - Costi e Numero di soggetti in percentuale sul totale per tipologia di prestazione ASL Varese anno 2012

rappresentati soggetti con disturbi psicotici e disturbi di personalità. Questo tipo di intervento assorbe circa un decimo del totale delle risorse disponibili. In *tabella 1* sono riportati i numeri delle prestazioni effettuate nel corso del 2012 da cui si evince che quasi la metà degli interventi sono prestazioni tipicamente sanitarie (Visita colloquio e somministrazione farmaci), mentre circa il 30% del totale sono semiresidenzialità. Emerge cioè che la psichiatria di comunità è fortemente concentrata su prestazioni eminentemente sanitarie o prestazioni complesse di tipo semiresidenziale. Il numero di interventi di carattere riabilitativo o risocializzante nel CPS è presente in modo poco marcato, un dato che potrebbe essere espressione di un'organizzazione del lavoro che fa prevalere risorse sanitarie in CPS e concentra attività risocializzanti e riabilitative nei Centri Diurni. In alternativa questo dato potrebbe indicare una carenza di risorse disponibili ad attività riabilitative nel contesto del Centro Psicosociale.

Le prestazioni Residenziali

Come abbiamo osservato nel *grafico 1* le prestazioni di tipo residenziale, rivolte ai pazienti più gravosi dal punto di vista clinico e assistenziale, sono rivolte ad un

Tabella 1 - Prestazioni ambulatoriali e semiresidenziali anno 2012 ASL Varese

	Numero	% sul totale
1 - Visita colloquio	43.587	36%
10 - Gruppo di familiari	513	0%
11- Riunioni interne alle UOP incentrate sui casi	3.547	3%
12 - Riunioni con strutture sanitarie/altri enti	2.283	2%
13 - Riunioni cin persone/gruppi non istituzionali	330	0%
14 - Intervento individuale sulle abilità di base, interpersonali e sociali	1.689	1%
15 - Gruppo sulle abilità di base, interpersonali e sociali	264	0%
16 - Intervento individuale di risocializzazione	2.050	2%
17 - Gruppo di risocializzazione	2.610	2%
18 - gruppo di attività espressive	553	0%
19 - Gruppo di attività corporea	1.056	1%
2- Somministrazione diretta di farmaci	13.404	11%
20 - Inserimento lavorativo	172	0%
21 - Supporto alle attività quotidiane	1.435	1%
22 - Supporto sociale	2.581	2%
23 - Semiresidenzialità < 4 ore	4.228	4%
24 - Semiresidenzialità > 4 ore	28.395	24%
60 - Intervento domiciliare	7.191	6%
8 - Colloquio con i familiari	3.357	3%
9 - Intervento psicoeducativo	331	0%
Toatale prestazioni	119.576	100%

numero limitato di soggetti (circa il 5% del totale delle persone in cura) ma assorbono quasi il 60% delle risorse a destinate nella programmazione sanitaria all'area della psichiatria. Il totale di soggetti che hanno ricevuto nel corso del 2012 almeno 1 prestazione residenziale è 479.

È questa un'area di grande attenzione per diverse motivazioni. La Regione Lombardia ha normato in diverse occasioni il tema della residenzialità proponendo modificazioni organizzative e di accreditamento al fine di imporre, alle strutture accreditate con contratto dei vincoli organizzativi e strutturali definiti e con lo scopo di ridurre la tendenza al prolungamento eccessivo del

Tabella 2 - Prestazioni residenziali ASL Varese anno 2012

	Soggetti	gg	Costi
Convenzione totale	79%	77%	85%
Strutture Convenzionate (pubbliche o private) su proposta DSM	73%	71%	77%
Strutture convenzionate (pubbliche o private) OPG o misura alternativa alla detenzione	2%	2%	2%
Strutture Convenzionate (pubbliche o private) Ex OP di Fascia A	4%	4%	6%
Privato totale	21%	23%	15%
Strutture private su proposta dei DSM	9%	10%	7%
Strutture private OPG o misura alternativa alla detenzione	3%	3%	3%
Strutture private Ex OP di Fascia A	9%	10%	5%
Totale	100%	100%	100%

ricovero tramite modalità di riduzione della retta giornaliera (Circolare regionale 28 SAN del 2004 e Circolare regionale 49/SAN del 08.11.05 e DGR n. VIII/422 I del 28/02/2007 “Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della DGR n. VII/17513 del 17/05/2004”). Tali strutture sono sia pubbliche che private, molte di queste sono sorte in seguito all’attuazione della Legge Regionale 31 del 1997 sopra menzionata (parificazione soggetti erogatori pubblici e privati) ed in alcuni casi hanno risposto all’esigenza di dimettere dagli Ospedali Psichiatrici ancora operativi le ultime persone ancora ricoverate e ritenute a giudizio clinico non dimissibili a domicilio. Pertanto alcune di queste strutture hanno ancora ricoverati soggetti provenienti da ciò che un tempo era chiamato il manicomio. Questo punto risulta rilevante in quanto queste persone presentano delle specificità amministrative tuttora vigenti che rendono di fatto a totale carico del servizio sanitario tutti gli oneri di ricovero anche quando questi vengano trasferiti in Strutture SocioAssistenziali per anziani (RSA).

In *tabella 2* vengono descritti in modo dettagliato le ripartizioni (in termini di soggetti trattati, giorni di ricovero erogati e costi) ed in termini di tipologia di struttura

residenziale utilizzata. Possiamo osservare quanto segue:

- La maggior parte dei soggetti ricoverati circa 80% e circa 85% dei costi è sostenuto per strutture residenziali accreditate con contratto, lasciando intendere che esiste un buon grado di risposta nelle strutture accreditate con contratto rispetto ai bisogni espressi dai cittadini sofferenti di patologia psichica. Permangono però circa il 20% dei soggetti che per motivi diversi necessitano forme di assistenza o trattamento che vengono erogate da strutture private, site in Regione Lombardia o in altra regione.
- Un numero consistente di soggetti in strutture private (quasi la metà) è rappresentato da soggetti provenienti dall’Ospedale Psichiatrico di Varese, gli stessi sono stati trasferiti nel corso degli anni, in quanto ritenuto più appropriato per ragioni cliniche, in RSA ma parte della spesa, in ottemperanza alla vigenti indicazioni regionali è ancora in carico ai costi previsti per la disciplina psichiatrica.
- Circa il 5% dell’intera popolazione di soggetti che nel corso del 2012 ha usufruito di ricoveri residenziali proveniva dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario o risultava ricoverato su disposizione dell’autorità giudiziaria in

quanto autore di reato. Tale popolazione risulta divisa in due gruppi numericamente sovrapponibili, una parte è ricoverata presso strutture residenziali accreditate con contratto ed una parte in strutture private. Risulta in questo caso molto più frequente l'utilizzo di strutture private. Si può ipotizzare che questo sia espressione di scelte clinico-organizzative volte o ad allontanare il soggetto da un contesto ritenuto troppo stimolante o per utilizzare strutture che possano garantire in modo più efficiente la sorveglianza.

Nella *tabella 3* sono riportati i dati relativi ai 378 soggetti che hanno ricevuto trattamento residenziale in strutture accreditate con contratto (per i soggetti ricoverati in strutture private non erano disponibili in modo utilizzabile per l'analisi tali dati).

Dalla lettura della tabella emerge che i soggetti ricoverati sono in prevalenza di sesso maschile, con un'età media di circa 48 anni. Nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti affetti da psicosi (66% del totale), Disturbi Affettivi (7,5%) e Disturbi di Personalità (15%).

In sintesi possiamo osservare che l'utilizzo di risorse di tipo residenziale è rivolto ad un gruppo di soggetti verosimilmente in una fase di malattia cronica, prevalentemente Psicosi, Disturbi di Personalità o verosimilmente Dist. Bipolare. Permane rilevante per quanto in fase di decrescita la quota proveniente dalla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Varese, rilevante e apparentemente in crescita la quota di soggetti inseriti in Comunità Psichiatrica autori di reato, provenienti da Ospedale Psichiatrico Giudiziario o ricoverati per disposizione del giudice.

Ricoveri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

Come già osservato nel *grafico 1* i ricoveri in SPDC, che rappresentano l'area dell'urgenza in psichiatria, utilizzano il 17% delle risorse disponibili e coinvolgono un numero limitato di utenti (circa il 13% del totale). Nel *grafico 2* si osserva che psicosi, disturbi affettivi e di personalità giustificano circa 80% del totale dei ricoveri. Nel *grafico 3* infine sono riportati i dati relativi alla tendenza a ricoveri ripetuti nel corso dell'anno suddivisi per diagnosi. Tale

Tabella 3 - Descrizione di diagnosi e genere di soggetti ricoverati in strutture residenziali accreditate con contratto ASL Varese anno 2012

Diagnosi	Maschi (%)	Femmine (%)	Età Media
Non riportata	1 (33%)	2 (66%)	38,4
Disturbi Mentali Organici	1 (100%)	0 (0%)	46,0
Disturbi correlati a abuso/dipendenza	4 (66%)	2 (33%)	40,5
Psicosi	180 (70%)	77 (30%)	46,5
Disturbi dell'umore	10 (35%)	18 (65%)	48,8
Disturbi d'Ansia	5 (62%)	3 (38%)	42,6
Disturbi comportamentali associati a patologie fisiche	2 (13%)	13 (86%)	34,2
Disturbi di personalità	28 (49%)	29 (51%)	40,5
Ritardo Mentale	5 (62%)	3 (38%)	56,1
Altro	1 (50%)	1 (50%)	45,3
Totale	231 (61%)	147 (39%)	48,0

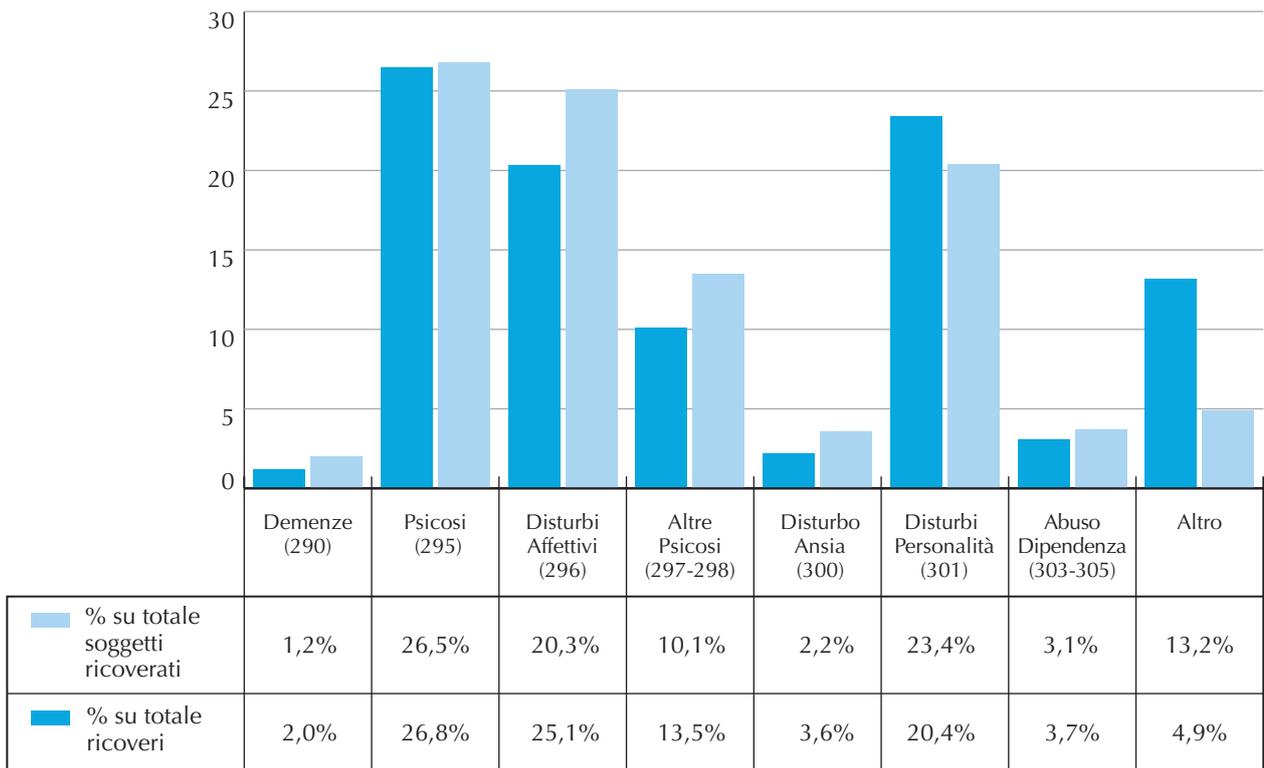


Grafico 2 - Diagnosi e ricoveri in SPDC

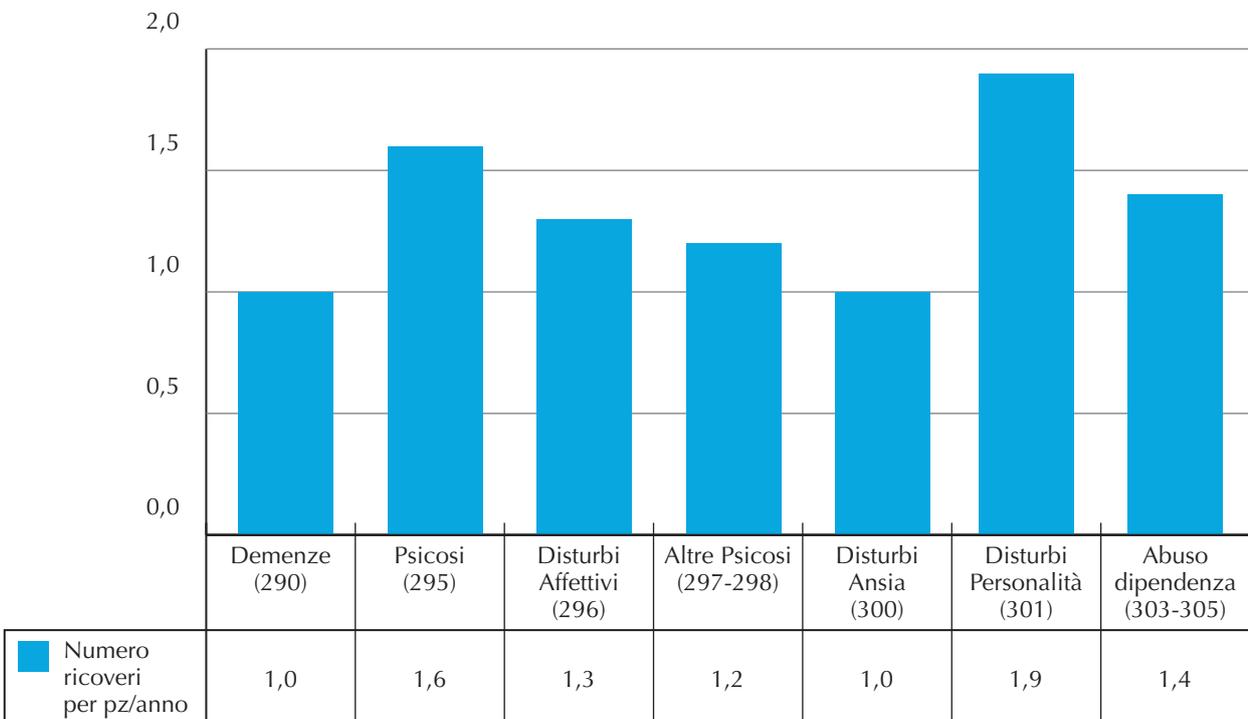


Grafico 3 - Diagnosi e frequenza di ricovero

dato fornisce indicazioni su quali diagnosi presentano una maggiore tendenza alla recidiva. Tale dato può essere utile al fine di effettuare una programmazione più attenta nell'integrazione con il CPS al fine di avviare progetti di cura caratterizzati da maggiori livelli di aderenza. In particolare soggetti sofferenti di Psicosi e Disturbi di Personalità sono quelli a maggior rischio di ripetere il ricovero in SPDC durante l'anno.

L'analisi in aree territoriali contigue: è possibile definire costi standard in psichiatria?

Le analisi relative a prestazioni e costi sono state suddivise per area territoriale. In particolare, come già precisato nell'introduzione, nella Provincia di Varese insistono 3 Dipartimenti di Salute Mentale che sono titolari del governo clinico della salute mentale. Al fine di valutare se esiste omogeneità nelle scelte organizzative e se eventuali difformità producono diversificazione dei costi si è provveduto ad analizzare i dati precedentemente riportati suddivisi per le tre aree territoriali già definite precedentemente.

Le tre aree territoriali non sono risultano omogenee come popolazione. Esistono poi differenze in termini

di urbanizzazione e dispersione della popolazione. Presentano però ampie somiglianze essendo comunque aree contigue. Le analisi successive sono state condotte tutte definendo tassi di intervento e spesa. La presente analisi non riporta i riferimenti che rendano riconoscibili le tre aree, in quanto scopo dello studio è valutare il significato di eventuali differenze emerse e non stabilire gradienti di efficienza organizzativa. Pertanto i risultati non saranno attribuibili a specifiche aree selezionate (identificate nella trattazione successiva come DSM 1, DSM 2, DSM 3).

I dati relativi all'attività ambulatoriale e semiresidenziale

Nel grafico 4 sono mostrati i dati relativi al numero di soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale nel corso dell'anno ed il numero di prestazioni erogate rispetto al numero di abitanti. Sono dati molto generali ma che in qualche modo definiscono la penetrazione dei servizi nel territorio. Precedentemente si è osservato come solo un numero limitato di soggetti, rispetto a quanto atteso dai dati epidemiologici, venga trattato nei Servizi di Salute Mentale. Una maggiore penetranza potrebbe dunque essere un indicatore di efficienza dei

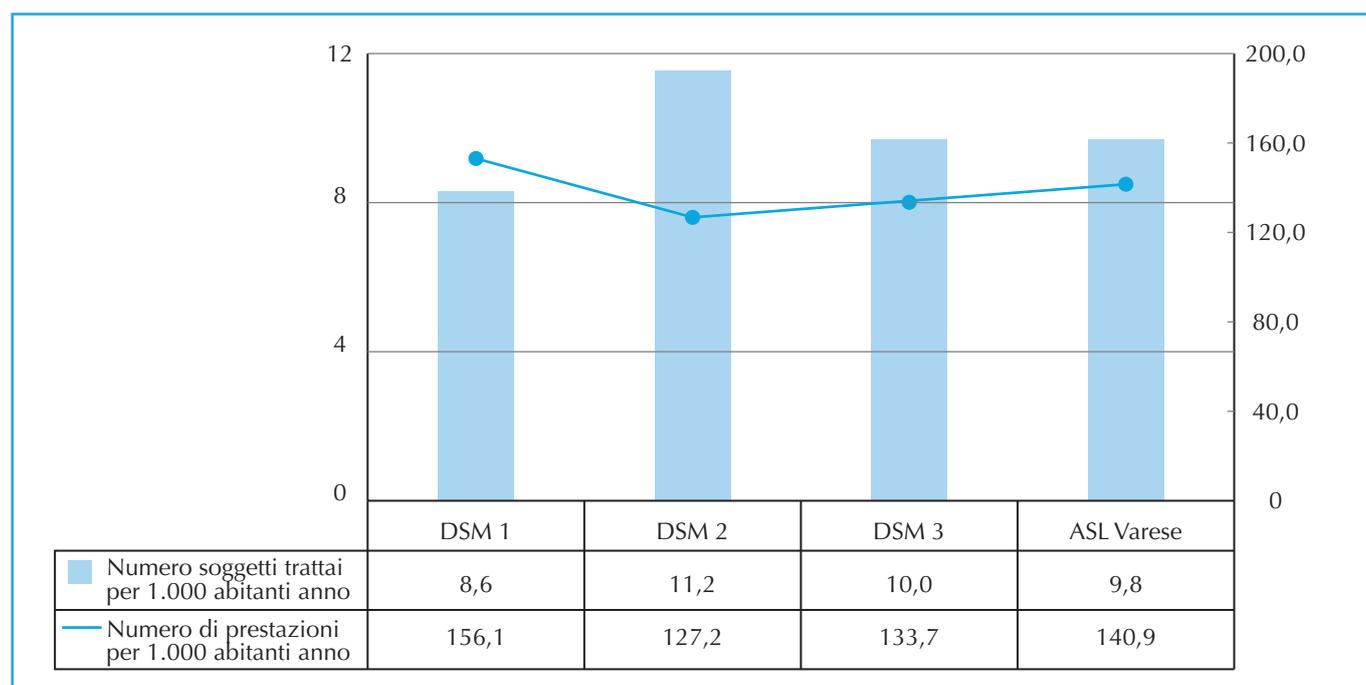


Grafico 4 - Numero soggetti con almeno una prestazione ambulatoriale o semiresidenziale nel corso 2012 e numero prestazioni: tassi per 1000 residenti

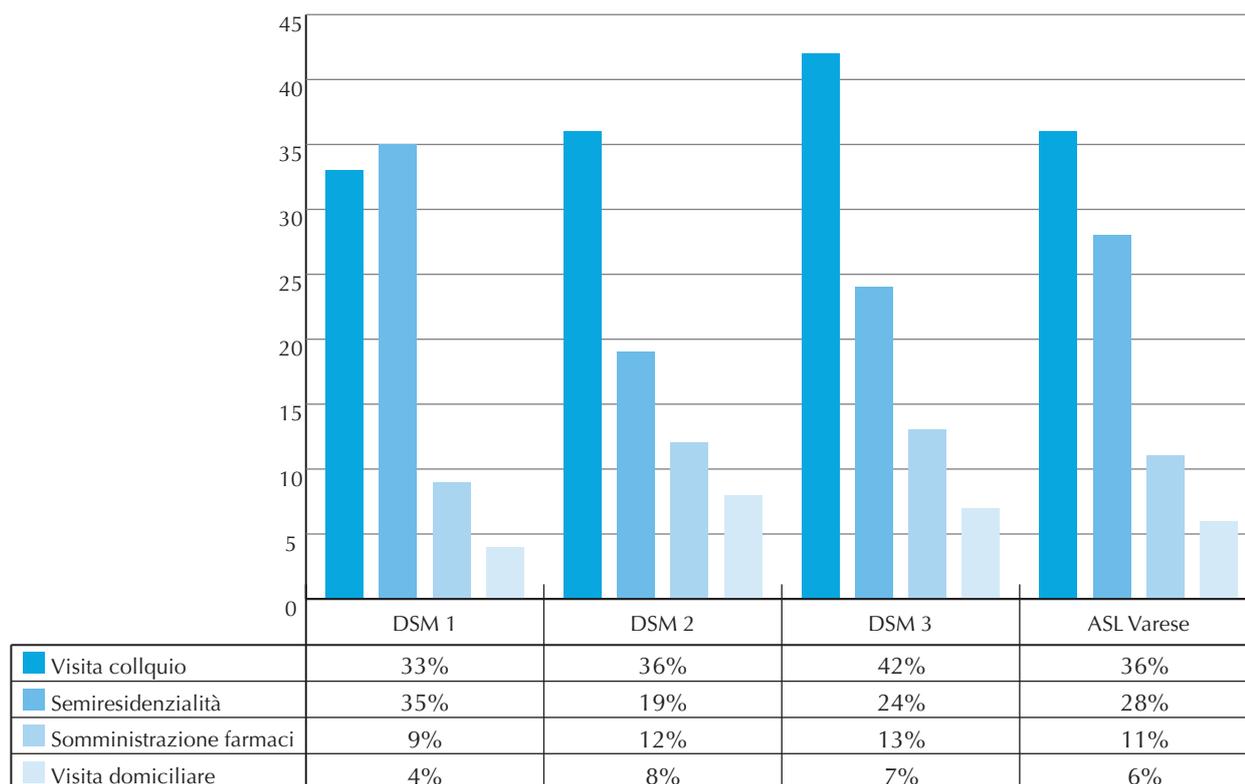


Grafico 5 - Tipologia di prestazione maggiormente erogate nei diversi DSM

servizi. Dal *grafico 4* emerge una certa varianza nelle tre aree territoriali di poco superiore al 10% sia per quanto riguarda il tasso di soggetti trattati che per le prestazioni erogate. In conclusione si può affermare che esiste un certo grado di omogeneità nell'erogazione di queste prestazioni. Tale grado di omogeneità risente verosimilmente di un'attività programmatica relativa all'apertura di centri territoriali per la salute mentale in modo omogeneo sul territorio nazionale e dunque a ciò corrisponde una certa omogeneità di intervento. Nel *grafico 5* vengono riportati i tassi relativi ad alcune prestazioni. È immediatamente visibile come i modelli organizzativi siano diversi nelle tre aree dipartimentali con un prevalere di attività semiresidenziali nel DSM 1, un prevalere dell'utilizzo del colloquio nel DSM 3 ed un utilizzo maggiore di altre attività (segnatamente riabilitative e risocializzanti) nel DSM 2.

È di particolare rilevanza la variazione nei tre DSM del rapporto tra utilizzo di interventi ambulatoriali e

semiresidenziali. Questi ultimi, che verosimilmente presentano una distribuzione meno omogenea sul territorio risultano, come si osserva nel *grafico 6* in una maggiore variabilità nelle diverse aree, portando a differenze di spesa per tale tipologia di intervento che arrivano a quasi il 50% in aree territoriali contigue.

I dati relativi all'attività di ricovero presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Come riportato nel *grafico 7* si osserva un sufficiente grado di omogeneità nella prestazioni di ricovero. Tali prestazioni sono erogate da strutture con disponibilità di posti letto determinate secondo analisi del bisogno effettuate nel corso del tempo e che non presentano significative variazioni. L'analisi presente è stata effettuata sui dati di consumo, dunque è riferito alla singola area territoriale il ricovero ad un suo residente anche se tale prestazione viene erogata altrove. In sintesi possiamo però confermare che l'utilizzo del servizio psichiatrico di diagnosi e cura mantiene un

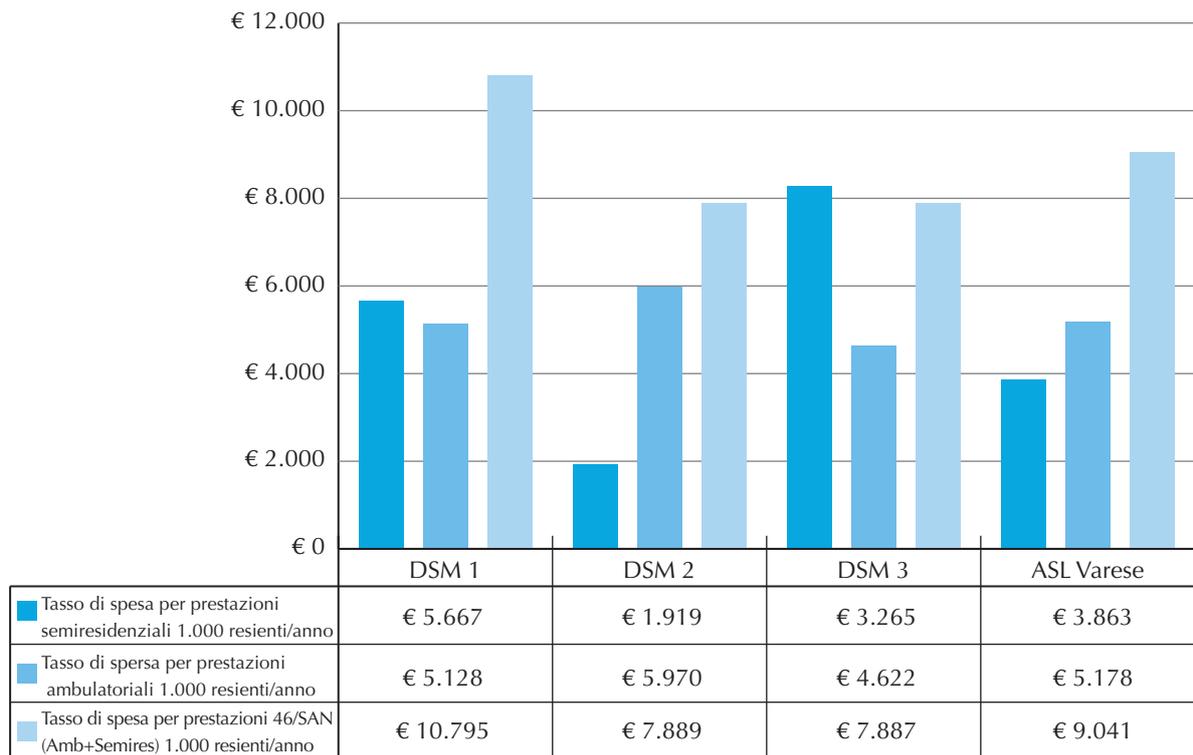


Grafico 6 - Costo per 1.000 abitanti anno per prestazioni ambulatoriali, semiresidenziali e totale anno 2012

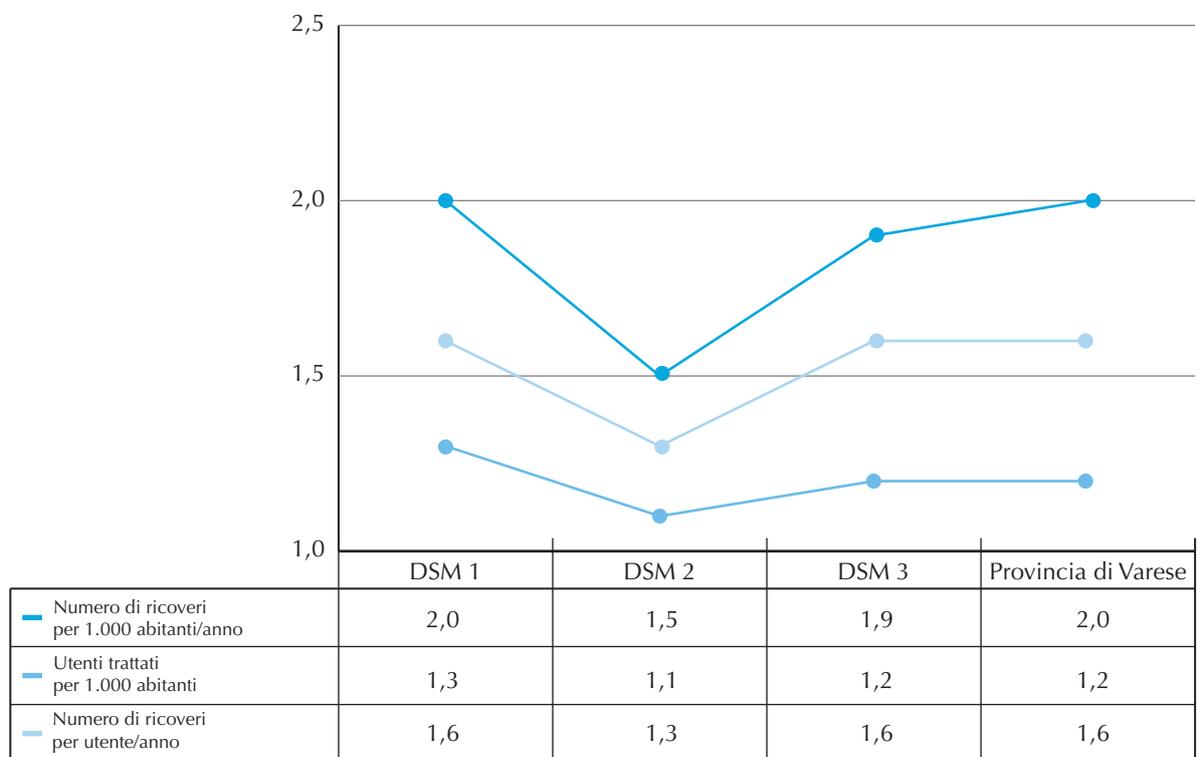


Grafico 7 - Dati relativi a ricoveri in SPDC ASL Varese anno 2012

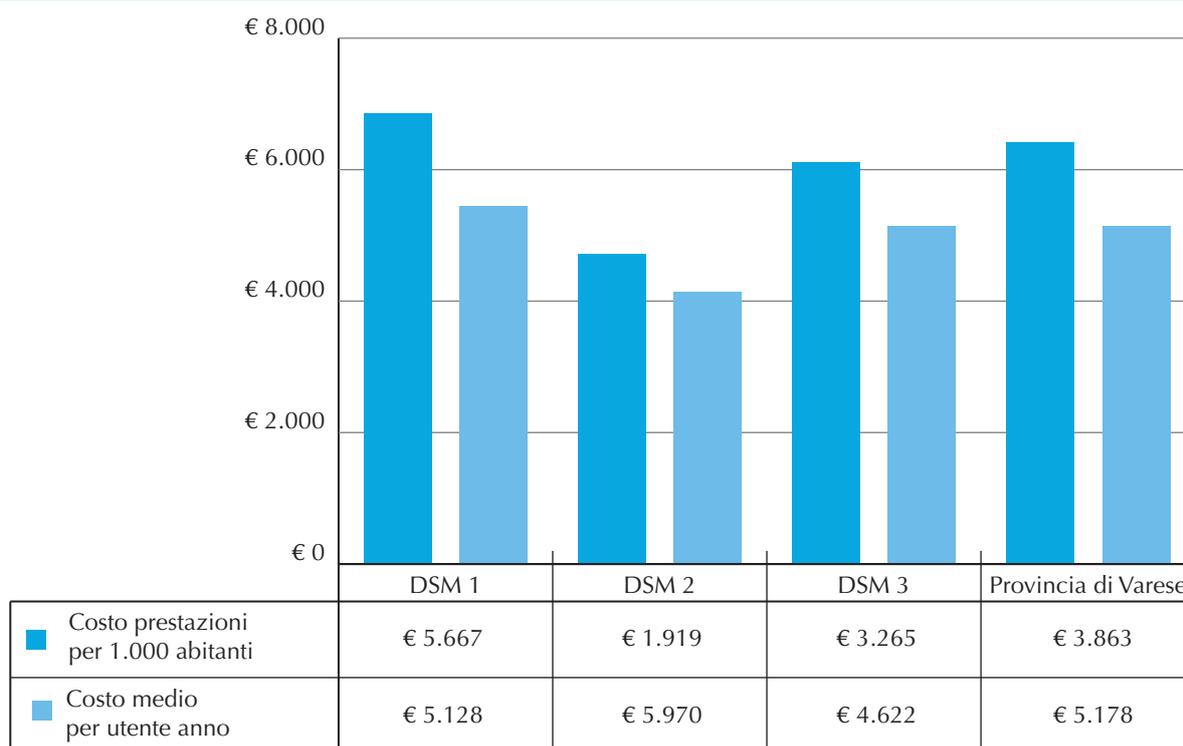


Grafico 8 - Costo per 1.000 abitanti e utente anno 2012 ASL Venezia

sufficiente grado di omogeneità nelle tre aree valutate. Tutto ciò si osserva nel *grafico 8* ove sono riportati costi per 1000 abitanti e per utente annuo. Il primo dà un'indicazione di prevalenza il secondo delinea con più chiarezza la tendenza alla ripetizione di ricoveri durante l'anno (un soggetto ricoverato più volte risulterà come un costo maggiore). In sintesi si osserva un costo sufficientemente omogeneo nei tre contesti territoriali. Le differenze riscontrate possono essere attribuite almeno in parte alla tendenza ad una ripetizione dei ricoveri per alcuni soggetti segnale di una più complessa gestione del caso.

I dati relativi alle prestazioni residenziali

Per tale tipo di analisi non sono stati presi in considerazione i soggetti dimessi dall'Ospedale Psichiatrico di Varese, che a causa di scelte organizzative risultano tutti residenti nella stessa area territoriale e dunque avrebbero portato ad una lettura falsata dei dati di utilizzo della risorsa residenziale.

Per quanto riguarda queste prestazioni, come si

osserva nel *grafico 9*, i costi sostenuti per tale tipologia di prestazione variano molto (oltre il 50% tra un'area territoriale ed una contigua). Tale variazione non trova giustificazione nel fatto che possano esserci soggetti di maggiore complessità gestionale, infatti i costi per utente sono sostanzialmente sovrapponibili. Ciò che cambia è il numero di soggetti che sono inviati ad interventi residenziali nelle diverse aree (*Grafico 10*). Tali divergenze non possono essere attribuibili solo ad una diversa disponibilità di strutture in quanto la maggior parte dei posti letto sono di tipo privato e dunque disponibili al ricovero indipendentemente dalla provenienza del soggetto. Tali variazioni sono dunque da attribuire più a modelli organizzativi diversi o a condizioni socio-ambientali diverse che premono verso l'utilizzo di tale risorsa in modo più o meno intenso nelle diverse aree. Tale questione appare di grande rilevanza in quanto come abbiamo osservato nel *grafico 1* la maggior parte delle risorse del sistema vengono utilizzate per un numero limitato di soggetti ricoverati in strutture residenziali.

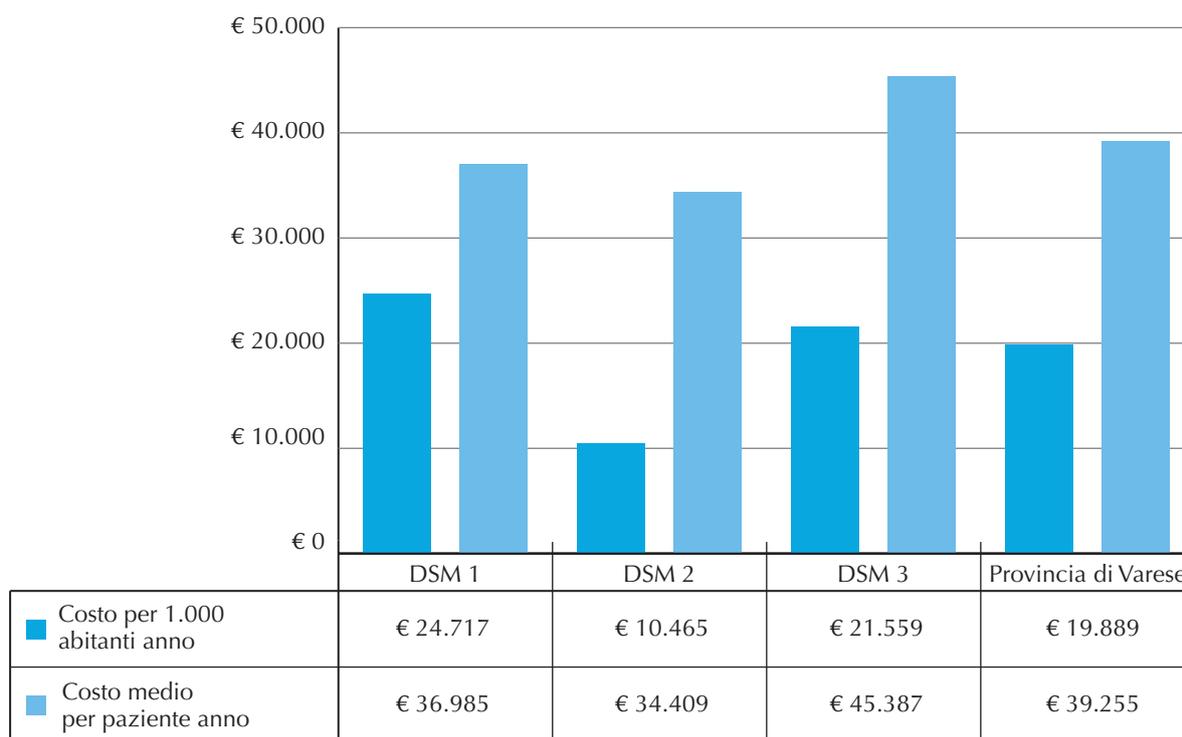


Grafico 9 - Costo per prestazioni residenziali per 1.000 abitanti anno e per paziente in cura

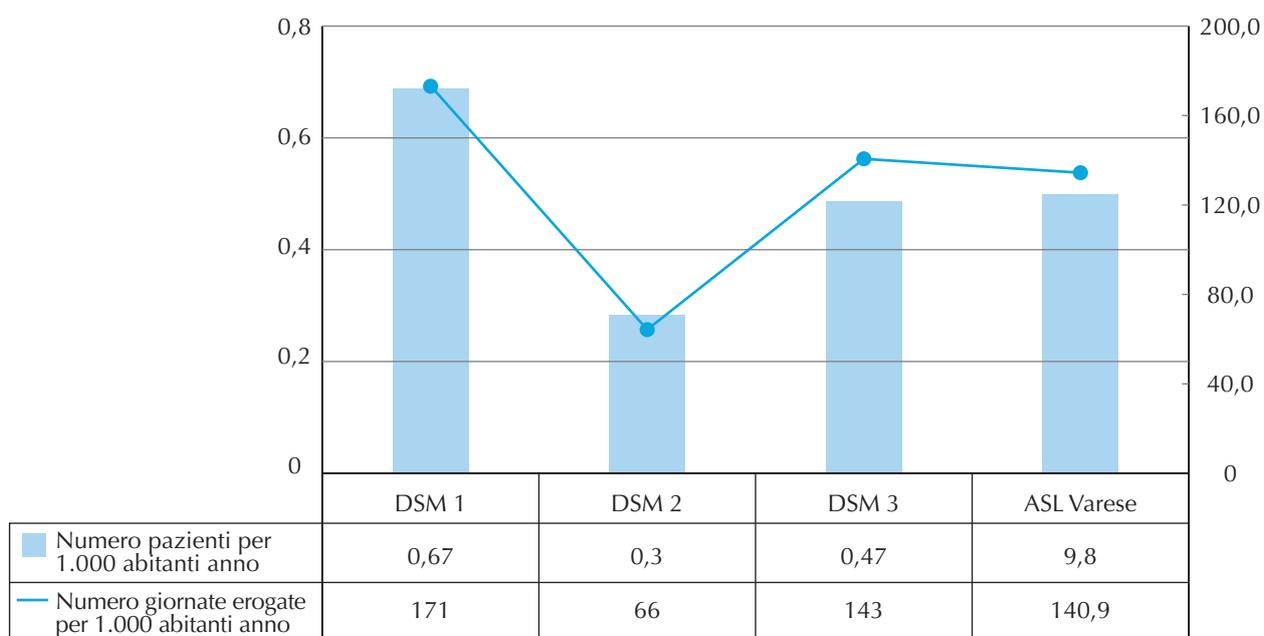


Grafico 10 - Numero pazienti e numero giornate per residenzialità psichiatrica, tasso per 1.000 abitanti anno ASL Varese anno 2012

Appare dunque prioritario comprendere in modo più chiaro le motivazioni cliniche e socioambientali che spingono a ricoveri in strutture residenziali psichiatriche, in quanto possono modificare in modo significativo la disponibilità di risorse per altri tipi di interventi in una sistema a risorse definite.

CONCLUSIONI

La presente analisi ha in sé numerose limitazioni. È uno studio effettuato su database che presentano uno scopo diverso dalla ricerca che è quello di definire le attività e la remunerazione delle prestazioni psichiatriche. È un'analisi dei processi di cura ma non definisce una valutazione degli esiti, che non era possibile con i dati a disposizione.

D'altra parte fornisce alcune interessanti indicazioni.

Innanzitutto si osserva un rapporto 30/70 nella destinazione risorse tra gestione urgenza e psichiatria clinica da una parte e riabilitazione e gestione della cronicità dall'altra. Inoltre si osserva, in congruenza con altre discipline mediche, che un numero limitato di soggetti, verosimilmente affetti da condizioni particolarmente disabilitanti del disturbo assorbono una notevole quantità di risorse (5% dei soggetti in strutture residenziali consumano il 60% del budget totale).

Infine emerge una grande difficoltà nella definizione di possibili costi standard per la psichiatria soprattutto per quanto concerne le attività riabilitative e di ricovero in comunità protetta. Si è infatti osservata una variazione notevolissima tra aree territoriali contigue che non sembra trovare valide giustificazioni di ordine clinico o organizzativo. Tale aspetto rappresenta un elemento che necessita di ulteriori approfondimenti in quanto incide notevolmente sulle politiche sanitarie relative alla psichiatria in merito alle risorse attribuite.

* *Dipartimento di Neuroscienze AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano*

** *Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo ASL Varese*

*** *DSM AO Sant'Antonio Abate di Gallarate*

**** *DSM AO Busto Arsizio*

***** *Università Insubria e DSM AO di Circolo di Varese*

BIBLIOGRAFIA

1. Knapp M., Novick D., Genkeer L., Curran C.M., McDaid D., SOHO Study Group 2003, *Financing health care in Europe: context for the Schizophrenia Outpatients Health Outcome Study*. Acta Psychiatr. Scand. 2002 416, 30-40.
2. Llorca P.M., Miadi-Fargier H., Lançon C., Jasso Mosqueda G., Casadebaig F., Philippe A., Guillon P., Mehnert A., Omnès L.F., Chicoye A., Durand-Zaleski I., *Cost-effectiveness analysis of schizophrenic patient care settings: impact of an atypical antipsychotic under long-acting injection formulation*. Encephale. 2005 Mar-Apr;31(2):235-46.
3. Salize H.J., McCabe R., Bullenkamp J., Hansson L., Lauber C., Martinez-Leal R., Reinhard I., Rössler W., Svensson B., Torres-Gonzalez F., van den Brink R., Wiersma D., Priebe S., *Cost of treatment of schizophrenia in six European countries*. Schizophrenia research, 2009 Jun;111(1-3):70-7
4. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., Van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.C., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio: I. Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi