

Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008

Allegati:

- N. 1 L'intervento psichiatrico**
- N. 2 Bilancio della pianificazione
sociopsichiatrica 1998-2001 (2004)**
- N. 3 Valutazione dell'evoluzione della
casistica sociopsichiatrica 1991-2002**

INDICE

	Pag.
Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008	
Introduzione	1
Prima parte: ambiti prioritari di intervento	4
A. Psichiatria e età adolescenziale	5
- Introduzione	5
- Alcuni aspetti della cultura adolescenziale odierna	5
- Che cosa vediamo sul piano psicologico e psichiatrico	5
- Ruolo della psichiatria	7
- I Servizi medico-psicologici	7
- La presa a carico attuale del disagio adolescenziale	8
B. Psichiatria e lavoro	10
- L'importanza del lavoro nella società odierna	10
- Le modifiche dell'organizzazione del lavoro	10
- Le conseguenze sulla salute mentale	13
C. Psichiatria e nuovi orientamenti nelle politica a favore degli anziani	14
- Rafforzamento della rete sociale e sanitaria	14
- Mantenimento della salute	15
- La differenziazione degli stili di invecchiamento	15
Seconda parte: schede programmatiche	17
Sintesi	18
1. Diritti dei pazienti	19
2. Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)	21
3. Trasformazione dell'OSC in Unità Amministrativa Autonoma (UAA)	23
4. Giovani e disagio psichico	24
5. Psichiatria, OSC ed ambito lavorativo	26
6. La presa a carico degli anziani	28
7. Centri di competenza nell'OSC	30
8. Collaborazione con altri enti	33
9. Le dipendenze da sostanze	35
10. Centri diurni OSC	37
11. Formazione OSC	38
12. Sedi dell'OSC	40
13. Mantenimento e promozione della qualità delle cure	42
Terza parte: allegati	44
1. L'intervento psichiatrico.	45
2. Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001 (2004).	51
3. Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica 1991-2003.	61

ABBREVIAZIONI

AI	Assicurazione per l'invalidità
AMTiTox	Approccio multidisciplinare ticinese per le dipendenze
ATTE	Associazione ticinese della terza età
AVS	Assicurazione per la vecchiaia ed i superstiti
CAN-Teams	Child abused and neglected teams
CARL	Centro abitativo, ricreativo e di lavoro
CD	Centro diurno
CDR	Centro documentazione e ricerca
CPC	Clinica psichiatrica cantonale
CPE	Centro psico-educativo
CPSC	Consiglio psico-sociale cantonale
CRN	Clinica di riabilitazione di Novaggio
CRS	Croce rossa svizzera
CSI	Centro sistemi informativi
CTA	Centro terapeutico per adolescenti
CTR	Commissione tutoria regionale
DECS	Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport
DFE	Dipartimento delle finanze e dell'economia
DI	Dipartimento delle istituzioni
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
EduQua	Certificato svizzero di qualità per istituzioni di formazione continua
EOC	Ente ospedaliero cantonale
EOLAB	Dipartimento di medicina di laboratorio dell'EOC
FMH	Federazione dei medici svizzeri
FTAM	Federazione ticinese assicurazione malattia (ora santésuisse Ticino)
H+	H+ Gli ospedali svizzeri (ex VESKA)
IOSI	Istituto oncologico della svizzera italiana
LAMal	Legge sull'assicurazione contro le malattie
LASP	Legge assistenza sociopsichiatrica
LAVI	Legge federale sull'aiuto alle vittime
LFam	Legge per le famiglie
LISPI	Legge integrazione sociale e professionale invalidi
MeTiTox	Medici ticinesi attivi nella lotta contro le tossicomanie
OBV	Ospedale Beata Vergine, Mendrisio
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONC	Ospedale neuropsichiatrico cantonale
ORL	Ospedale regionale di Lugano
OSC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
PAO	Pronta accoglienza e osservazione
PCT	Penitenziario del cantone Ticino
POP	Gruppo di lavoro pediatria - ostetricia e psichiatria
SACD	Servizio di assistenza e cura a domicilio
SIPSIG	Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica
SMP	Servizio medico-psicologico
SPS	Servizio psico-sociale
SPPM	Servizio di psichiatria e di psicologia medica
SUPSI	Scuola universitaria professionale della svizzera italiana
SVPC	Associazione svizzera dei primari psichiatri
UAA	Unità amministrativa autonoma
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
UIR	Unità di intervento regionale
USI	Università della svizzera italiana
USS	Ufficio del servizio sociale
UTR	Unità terapeutica riabilitativa

Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008

Introduzione

La revisione della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) del 2 febbraio 1999 ed il relativo Regolamento d'applicazione dell'11 aprile 2000, hanno confermato i principi di base della presa a carico dei pazienti psichiatrici nel Cantone Ticino già contenuti nella LASP del 1983.

In particolare è stata ribadita l'organizzazione territoriale dei Settori, ciò che garantisce la coerenza dell'intervento delle singole Unità Terapeutiche Riabilitative (UTR) nel rispetto della continuità delle cure del paziente (art. 7, cpv. 3 LASP).

La presentazione della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale avviene con un certo ritardo perché il Consiglio psico-sociale cantonale (CPSC) ha ritenuto opportuno attendere le indicazioni concernenti la psichiatria, in particolar modo quella pubblica rappresentata dall'OSC, scaturite dal progetto di revisione dei compiti dello Stato. Per l'OSC questo progetto ipotizza la sua trasformazione in Unità amministrativa autonoma (UAA) in virtù del Messaggio no. 5167 del 16.10.2001 tuttora pendente in Gran Consiglio.

Dal punto di vista formale, per la prima volta, il presente rapporto di Pianificazione sociopsichiatrica 2005-2008 in virtù dell'art. 13 LASP, si articola in schede tematiche.

E' importante ricordare che questo documento pianificatorio è il primo elaborato dal Consiglio psico-sociale cantonale (CPSC) allargato a rappresentanti della psichiatria privata e della Fondazione Svizzera Pro Mente Sana (art. 12 LASP).

Benché esistano già Pianificazioni settoriali per la CPC (LAMal, attualmente al vaglio del Gran Consiglio), il CARL e i Centri Diurni (AI), si ritiene necessario presentare una pianificazione specifica per la sociopsichiatrica. I motivi sono da ricercare nell'esigenza di coordinamento e del lavoro di rete previsti dalla LASP per tutte le sue unità stazionarie, semistazionarie e ambulatoriali. Inoltre questo strumento favorisce la chiara definizione delle priorità nell'ambito della continuità delle cure e della presa a carico.

Ambiti prioritari di intervento della pianificazione 2005-2008

La salute mentale non è semplicemente l'assenza di malattia mentale ma descrive la capacità degli individui e dei gruppi di interagire tra di loro e con il proprio ambiente in modo da promuovere il benessere soggettivo, uno sviluppo ed utilizzo ottimale delle capacità mentali ed il raggiungimento di obiettivi individuali e collettivi.

La salute mentale della popolazione può essere considerata lo specchio del funzionamento della società. Numerosi studi internazionali mostrano come il 25-30% della popolazione necessiterebbe di un trattamento ambulatoriale o ospedaliero a seguito di disturbi psichici. Una parte di questi evolvono verso una cronicità ed una incapacità lavorativa e di guadagno permanente. I costi aumentano, in particolare nel settore dell'assicurazione invalidità.

D'altra parte una buona parte dei disturbi psichici appaiono più precocemente di quanto avveniva in passato e quindi le misure di depistaggio precoce da parte degli specialisti assumono una grande importanza.

Gli strumenti terapeutici della psichiatria contribuiscono al miglioramento della salute mentale. Non si può però delegare unicamente alla psichiatria la promozione della salute mentale. La prevenzione, gli interventi precoci, la riabilitazione e il reinserimento sociale necessitano di una rete di intervento che si basa sul contributo degli "specialisti" (servizi ed istituti sociali, scuola, lavoro, medici di famiglia, case per anziani, ecc.), dei pazienti e dei familiari. L'obiettivo è quello di evitare una medicalizzazione generalizzata delle situazioni di disagio. E' chiaro che in certi campi la medicina, in questo caso la psichiatria, ha un importante ruolo nella promozione del benessere della popolazione, tuttavia questo compito non può essere attribuito solo a questa disciplina, ma deve coinvolgere altri determinanti.

Anche per raggiungere questo obiettivo si ritiene necessario verificare la proposta di una modifica operativa ed organizzativa all'interno dell'OSC istituendo dei Centri di competenza come indicato nelle Linee Direttive 2004-07 del Consiglio di Stato. Negli ultimi vent'anni il modello di intervento settoriale ha contribuito alla diminuzione dei posti letto in Clinica psichiatrica, alla diminuzione della durata della degenza media e allo sviluppo dei servizi ambulatoriali sul territorio. Ora, all'interno di questo modello ed in ambiti precisamente definiti, l'OSC intende promuovere dei centri di competenza che permettano di offrire competenze specifiche. Questa verifica potrebbe concludersi con la proposta di una revisione della LASP. In pratica, si vuole approfondire se per alcuni compiti non sia opportuno proporre servizi intersettoriali specializzati che coordinano l'attività a livello cantonale. Sono stati individuati, oltre al Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM) che opera già in questo senso, alcuni compiti per i quali si potrebbe rivedere il modello di presa a carico, ad esempio gli interventi nel campo delle dipendenze, degli anziani e dei Centri psico-educativi (CPE).

Il CPSC ha ritenuto necessario rivedere la struttura della Pianificazione 2005-2008 che è diversa rispetto alle precedenti. Essa suddivide in tre parti principali i suoi contenuti:

- La prima parte presenta tre ambiti di intervento ritenuti prioritari, che saranno quindi maggiormente approfonditi:
 - A. psichiatria ed età adolescenziale,
 - B. psichiatria e lavoro,
 - C. psichiatria e nuovi orientamenti nella politica a favore degli anziani.
- Nella seconda parte vengono presentate le schede programmatiche legate agli interventi che il CPSC ritiene importanti per garantire un'adeguata presa a carico terapeutica e per favorire la prevenzione in ambito psichiatrico per la popolazione del nostro Cantone. Per facilitare la lettura, è stata inserita una sintesi delle principali proposte operative.

- La terza parte contiene i seguenti allegati:
1. Un commento al rapporto intitolato: "Situation actuelle et développement à venir de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse" presentato nel 2002 da una Commissione composta dai rappresentanti delle Istituzioni universitarie di psichiatria degli adulti, dei bambini e degli adolescenti e della medicina psico-sociale.
 2. Il bilancio della pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001 (2004).
 3. La valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica 1991-2003.

Questi tre testi permettono un approfondimento dei due capitoli precedenti ed hanno fatto da sfondo al lavoro di questi anni del CPSC.

Prima parte

Ambiti di intervento prioritari:

A: Psichiatria e età adolescenziale

B: Psichiatria e lavoro

C: Psichiatria e nuovi orientamenti nella politica a favore degli anziani

A. Psichiatria ed età adolescenziale

Introduzione

Le difficoltà che possono sorgere nell'età adolescenziale sono prima di tutto oggetto di interventi e di sostegno nella scuola, della politica giovanile (cantonale e comunale) e della politica familiare; in casi rari richiedono un intervento della giustizia cantonale. Anche la psichiatria ha un suo ruolo in queste politiche.

La psichiatria opera con interventi mirati, individuali o di rete, con lo scopo di contribuire alla comprensione dei fenomeni individuali e sociali dell'adolescenza, sotto il profilo psicologico e psicopatologico (quando è il caso).

Propone inoltre strumenti per la cura degli aspetti psicologici, per la presa a carico degli aspetti reattivi e conflittuali, e per la prevenzione della loro manifestazione.

Alcuni aspetti della cultura adolescenziale odierna

Una politica sanitaria rivolta all'adolescenza deve fare i conti con una realtà che muta con grande velocità, ossia diversificata, e molto differente rispetto a quella che in questo campo s'incontrava anche solo venti anni fa.

Ci troviamo nell'epoca del multiculturalismo: non si tratta solo della coesistenza di culture diverse, in parziale osmosi, sullo stesso territorio, oppure sul piano internazionale. Si tratta invece anche della coesistenza di sotto-culture differenti, che hanno a che fare, per esempio, con classi di età, con il sesso, con i gruppi religiosi, ecc.

La coesistenza, ma anche il conflitto di queste differenti sotto-culture contribuiscono alla dinamica della società in cui viviamo. L'aspetto interessante del multiculturalismo odierno è che travalica i confini nazionali. La cultura giovanile, per esempio, si differenzia spesso ampiamente da quella degli adulti nei vari paesi, ma è sensibilmente simile nel mondo. I giovani che viaggiano ritrovano quasi dappertutto gli stessi simboli, la stessa musica, gli stessi cibi, gli stessi modi di vivere e di riconoscersi.

Premessa del multiculturalismo è la difficoltà d'identificare comportamenti obbligatori, comuni all'intera compagine sociale. È come se esistessero molte verità, tutte più o meno equivalenti. Quest'evoluzione è stata facilitata dalla crisi e dalla trasformazione delle agenzie sociali che mediavano l'autorità tra i giovani (famiglia, scuola, politica, movimenti religiosi, ideali, ecc.), che non sono state sostituite da agenzie cui il giovane possa riconoscere autorevolezza.

Che cosa vediamo sul piano psicologico e psichiatrico

Tuttavia, al di là di incertezze, di conflitti, di possibilità evolutive future, siamo anche di fronte ad adolescenti con più informazione, margini di libertà superiori come pure con disponibilità materiali maggiori.

Culture familiari

Si formano culture familiari inadeguate e chiuse socialmente, caratterizzate da violenza, incesto, manipolazione dei figli, con fenomeni un tempo nascosti, oggi sempre più in evi-

denza. La cultura familiare diventa centrale, e rende difficile l'integrazione, o almeno una certa osmosi con l'ambiente circostante. L'altra faccia della medaglia sono i giovani violenti in famiglia, ribelli, contestatari e incontrollabili – di fronte a famiglie smarrite, se non addirittura atterrite. Situazioni presenti anche nel passato, tuttavia oggi queste sotto-culture familiari sono più visibili e, per fortuna, sono meno tollerate.

Adolescenti "in rottura"

Notiamo il formarsi di gruppi giovanili con leaders negativi, a volte addirittura sostenuti dai familiari consenzienti. Favoriti dalla diminuzione del controllo sociale, trovano la loro integrazione nelle violenze scolastiche, nelle violenze sociali, nei vandalismi, nei furti più o meno importanti, nelle minacce e nelle vie di fatto, ecc. Spesso il leader negativo è una personalità patologica, cui dev'essere offerto un aiuto. Ma ne soffrono le famiglie, la scuola, e in genere anche l'ambiente giovanile. L'esperienza ci dice che se si riesce ad intervenire subito, la grande maggioranza dei giovani non commette più reati. Contrastare chiaramente certi comportamenti, anche tramite l'intervento della magistratura penale, è importante e serve a fare chiarezza.

Uso annichilativo del tempo e del denaro

La mancanza di stimolazione sociale facilita un uso annichilativo del tempo, grazie anche alla presenza di strumenti che lo permettono, come i videogiochi, la televisione, internet. Anche il denaro può essere uno strumento d'annichilazione della personalità, nel gioco d'azzardo. Questo corrisponde ad un importante aumento del tempo libero, cui non fa riscontro una necessità di tipo economico. Vi è pure una minore capacità degli adulti di gestire il tempo dei loro figli, essi stessi a volte preda di questi meccanismi di annullamento.

Uso ricreativo di sostanze

L'uso ricreativo (voluttuario) delle sostanze che provocano alterazioni dello stato di coscienza è un fatto sempre più evidente, diffuso, ed accettato nella cultura giovanile. C'è una certa minoranza che finirà per sviluppare un uso compulsivo, ma la maggioranza riesce a mantenere il controllo sul suo consumo, riconoscendone per tempo il pericolo.

Chi passa all'uso compulsivo, quindi a un annullamento psichico e probabilmente anche fisico, mostra spesso una patologia che l'accompagna: in genere, ha cominciato con un uso mal controllato dell'alcool e del tabacco. Il primo è pericoloso nel periodo dell'adolescenza, per la diminuzione di autocritica che comporta. Il secondo causa problemi di salute che si manifesteranno solo molti anni dopo.

Incertezze scolastiche

L'allungarsi del periodo scolastico, il sempre maggiore impegno richiesto dal curriculum scolastico, un orientamento limitato di tipo ricreativo, l'amore della sfida, un influsso poco adeguato della famiglia, la presenza di leaders negativi creano problemi a molti allievi, che si ritrovano demotivati di fronte alle esigenze e ai sacrifici che lo studio esige. Ma ci sono anche allievi ribelli, violenti, "casseurs", che seminano la paura tra compagni e docenti.

Incertezze riguardo il futuro

Le carriere scolastiche spesso non corrispondono a certezze sul piano del lavoro: il giovane sa che la sua mancanza d'esperienza lo rende inizialmente fragile nel mondo del lavoro, e soggetto ad incertezza, a delusioni e a precarietà. L'alta competitività del mondo del lavoro non permette sempre di affrontare le difficoltà dell'inizio della vita lavorativa in un modo abbastanza sereno.

La psichiatria opera anche nel quadro di una politica giovanile che sappia creare un consenso sociale sulle differenze accettabili. Solo questa definizione permette l'emarginazione dei comportamenti dannosi ai singoli e alla società.

Spesso i guai vengono da mancanza di conoscenza, da preconcetti, da esclusivismi da ambo le parti: il malessere giovanile è un tentativo di recuperare il senso della vita in un modo a volte unilaterale, con metodi spesso mutuati da esempi negativi, che richiede dalla famiglia, dalla scuola, dall'apprendistato, strumenti creativi, aperti anche alla diversità.

Ruolo della psichiatria

La psichiatria è chiamata a collaborare con le agenzie formali e non formali della società per migliorare l'integrazione. È chiamata anche a mediare tra queste istanze, e ad insistere sulla loro responsabilizzazione nel processo di socializzazione dei giovani. Tra questi gruppi sociali vale qui la pena di considerare nel suo insieme la variegata nebulosa delle società giovanili.

Il modello bio-psico-sociale dell'essere umano, utilizzato nella psichiatria, colloca la psichiatria stessa in un punto ideale d'incontro tra l'aspetto biologico ed ereditario, l'aspetto relazionale degli esseri umani e l'aspetto emotivo e cognitivo che fa di ognuno di noi un essere che riflette, ed è consapevole di sé: della sua vita, dei suoi valori, delle sue responsabilità.

La psichiatria e la psicologia medica si occupano di chi si ammala, o di chi non riesce ad affrontare, per fragilità propria o per altre ragioni, le difficoltà che incontra nella scuola o nell'ambiente in cui vive, oppure di chi è vittima di meccanismi cui non è in grado d'opporvi. Questi giovani spesso finiscono coll'essere individuati da una delle agenzie sociali (famiglia, scuola, datore di lavoro), che ricorrerà allo psichiatra per avere un parere sugli strumenti riparativi e reintegrativi che potrebbero essergli utili.

In questo campo, l'OSC dispone di Servizi medico-psicologici organizzati territorialmente che si occupano della prevenzione, della consulenza e della presa a carico medico specialistica che, per la loro natura multidisciplinare e per il genere di utenze delle quali si occupano, costituiscono un servizio di base dello Stato.

I Servizi medico-psicologici

I Servizi medico-psicologici del Cantone sono stati creati sulla base della Legge maternità ed infanzia. In seguito, sono stati integrati nell'OSC, nel quadro di servizi specializzati regionalizzati, incaricati della presa a carico di bambini e d'adolescenti in difficoltà psicologica o psichiatrica. L'aumento della sensibilità sociale ha portato a maggiori richieste nei confronti dei servizi: richieste di pareri, di perizie, di prese a carico, di collaborazione consultiva, ecc.

Ciò comporta la collaborazione coordinata di specialisti psichiatri, psicologi e psicoterapeuti, educatori, assistenti sociali, che, su segnalazione delle famiglie, della scuola, degli Istituti, delle Commissioni tutorie regionali (CTR) e della Magistratura, o anche del singolo adolescente, cercano di elaborare un piano terapeutico e educativo per rispondere ad una situazione di disagio.

Il Servizio medico psicologico deve lavorare in rete con altri enti: per attivare risorse e per passare progressivamente da un intervento centrato sugli aspetti medico-psichiatrici, ad un intervento di sostegno socio-educativo e riabilitativo.

Più particolare è il ruolo del Centro psico-educativo (CPE). Si tratta di un'istituzione semi-stazionaria, per ragazzi che soffrono di disturbi psichici gravi. Il CPE lavora in stretta collaborazione con psichiatri dell'infanzia, con pediatri e con la Scuola speciale.

La presa a carico attuale del disagio adolescenziale

Adolescenti in fuga e in rivolta, con problemi d'integrazione

Ci sono circostanze acute, in cui bisogna collocare un adolescente in pericolo, o in fuga, o in rottura con la sua famiglia, in attesa di stabilire una modalità ragionata d'intervento. Si tratta di un collocamento di 2-3 settimane al massimo, che termina con una soluzione a lunga scadenza. Per i bambini, c'è il Centro di Pronta Accoglienza e Osservazione (PAO). Per gli adolescenti, attualmente non ci sono apposite strutture. Un collocamento alla CPC per ragioni non psichiatriche è ampiamente disfunzionale per l'adolescente, ed anche per la Clinica stessa.

Spesso si tratta di giovani violenti, non tollerati nelle scuole e anche nelle famiglie. Per ora manca un'istituzione che accolga questi giovani in fuga e in rottura, privi però di rilevanti problemi psichiatrici, e che dia loro la possibilità di una rieducazione emotiva e sociale, seguendoli anche sul piano scolastico e sul piano della formazione professionale, a medio e lungo termine.

Stati d'agitazione psicomotoria

Nei casi di agitazione psicomotoria grave, e nei casi di malattia acuta con agitazione degli adolescenti, oggi si ricorre alla Clinica psichiatrica cantonale, o alla Clinica psichiatrica Viarnetto.

Cura e riabilitazione di psicosi giovanili

Attualmente non disponiamo di un luogo di cura per adolescenti malati dove sia garantito un intervento medico, psicologico ed educativo su periodi lunghi. Per il futuro è ipotizzabile la creazione di un luogo capace di accogliere questi casi, fortunatamente abbastanza contenuti numericamente.

I casi non estremi

Abbiamo descritto sopra i casi estremi. Ci sono però situazioni meno gravi e meno conflittuali. Questi casi già oggi vengono affrontati attraverso collocamenti presso: i foyers della Fondazione Amilcare, che sono esclusivamente educativi, dove sono ospitati adolescenti fino ai 18 anni. Il collocamento in questi foyers è importante per casi in cui l'aspetto familiare conflittuale è primario, o nei casi in cui le circostanze sociali dell'adolescente richieda-

no un intervento intensivo. Il collocamento nei foyers della Fondazione Amilcare richiede un consenso da parte dell'adolescente.

Il Sostegno pedagogico del DECS da sempre segue casi che spesso sono curati anche dai servizi ambulatoriali SMP, oppure dal CPE.

Nella scheda no. 4 si troveranno le proposte operative per la presa a carico in questo campo.

B. Psichiatria e lavoro

L'importanza del lavoro nella società odierna

Nella nostra società occidentale, ed in modo particolare a partire dalla seconda metà del Novecento, il lavoro è "intimamente connesso all'essere, alla morale e all'immagine di sé dell'individuo". Infatti nella cultura occidentale il lavoro è diventato la principale fonte di rilievo e il parametro con cui misurare il valore dell'uomo e delle sue attività. Si possono in questo contesto evidenziare alcune funzioni del lavoro che sono strettamente collegate ad aspetti psicologici individuali e sociali e che ci aiutano in parte a comprendere l'importanza assunta dal lavoro (C. Illés, T. Abel, 2002).

Il lavoro rappresenta una fonte di reddito

Il lavoro salariato rappresenta per la maggior parte delle persone la base per assicurare l'esistenza materiale, una delle condizioni essenziali per la salute mentale. Disporre di proprie risorse finanziarie affidabili significa sicurezza, possibilità di agire ed autonomia.

Il lavoro permette e facilita i contatti sociali

L'esercizio di un'attività lavorativa è una importante funzione di integrazione sociale. La partecipazione al processo lavorativo rafforza il legame con uno spazio sociale ben definito e valorizza l'attività lavorativa, soprattutto se basata su una formazione professionale. Per molte persone il posto di lavoro è una delle poche fonti continue di relazioni sociali. Avere un lavoro è in molti casi il presupposto per sviluppare una rete di relazioni e un senso di appartenenza sociale, presupposti importanti per la salute mentale.

Il lavoro contribuisce alla creazione dell'identità individuale e sociale

Nella nostra società poter lavorare è un bisogno umano centrale. Per la salute mentale questo implica che il lavoro abbia un senso, cioè venga vissuto come gratificante, rispondente ai propri bisogni e ben accettato. Inoltre le proprie competenze sono utilizzate in modo produttivo e corrispondono alle aspettative.

Quanto più questo si verifica tanto più il lavoro diventa una fonte di soddisfazione e di autorealizzazione e quindi ha una funzione stabilizzante sulla salute mentale.

È implicito in questo atteggiamento un'elevata aspettativa rispetto ad un lavoro salariato regolato e regolare. Disporre di un lavoro pagato ed essere in grado di rispondere alle richieste ad esso legate aumenta la probabilità di sentirsi parte attiva e riconosciuta della società. In questo il grado di riconoscimento sociale per il lavoro svolto gioca un ruolo, favorisce infatti un'immagine positiva di sé stesso che è nuovamente un presupposto per la salute mentale.

Le modifiche dell'organizzazione del lavoro

Nel corso dell'ultimo decennio vi è stato un profondo cambiamento nel modo di lavorare tanto da porre interrogativi di fondo sugli impatti positivi per la salute mentale descritti sopra.

Il dato più significativo è l'aumento della precarietà, della discontinuità, della flessibilità, dell'informalità all'interno di una società come la nostra in cui la piena occupazione e la garanzia di un posto di lavoro duraturo erano un punto di partenza, non di arrivo.

È ormai chiara la tendenza che si va delineando nei paesi sviluppati di una "multiattività" nomade che fino ad oggi era piuttosto una caratteristica soprattutto del lavoro femminile. Si tratta di una variante che si sta rapidamente espandendo nelle nostre società, nelle quali il lavoro, inteso come attività a tempo pieno, attraente, altamente qualificata e ben pagata, va scomparendo. Ciò che nei periodi buoni si integra e si rafforza a vicenda (piena occupazione, pensioni sicure, alto gettito fiscale, margini di manovra da parte della politica statale) si sta indebolendo sempre di più: l'attività lavorativa diventa precaria, i fondamenti dello stato sociale sono meno sicuri, vi sono meno risorse per finanziare la crescente domanda di pubblica assistenza.

La conseguenza è l'aumento del numero dei rapporti di lavoro deregolamentati e flessibilizzati. La società del lavoro si trasforma quindi più rapidamente in società del rischio, la quale sfugge a qualsiasi previsione sia per quanto riguarda l'individuo e il suo modo di vivere, sia per quanto riguarda lo Stato e la politica.

U. Beck descrivendo tutti questi mutamenti afferma: "Una cosa comunque è chiara: uno stato di insicurezza endemica sarà l'elemento distintivo che in futuro caratterizzerà la vita e le basi di sussistenza della maggioranza degli esseri umani, anche di quel ceto medio all'apparenza ancora benestante".

Nel recente studio (2002) sulla salute mentale in Svizzera di T. Abel si cerca di approfondire le conseguenze dal punto di vista psichiatrico e psicologico di questi profondi mutamenti in atto.

Queste conseguenze si possono analizzare sullo sfondo di quattro dimensioni:

1. Le condizioni quadro generali sul posto di lavoro

Tre aspetti sono particolarmente importanti:

- La possibilità di esprimersi, la possibilità di prendere parte alle decisioni e la libertà di progettazione nei processi decisionali che potrebbero stimolare la creatività, la motivazione, l'impegno e la soddisfazione generale sono ostacolati o completamente bloccati dalla forte gerarchizzazione, dalla delocalizzazione e concentrazione delle competenze decisionali lontano dal luogo di produzione, dalla competizione e dall'antagonismo esasperati all'interno delle aziende. La gestione dell'antagonismo richiede molte energie psichiche.
- La precarizzazione delle condizioni di lavoro che si concretizza nella richiesta di sempre maggiore flessibilità dell'impiego, l'estendersi dei lavori a tempo parziale, la richiesta di ore di lavoro straordinario.
- Lo smantellamento delle gratifiche porta ad una conseguente diminuzione degli stipendi, delle prestazioni sociali ed alla diminuzione della valutazione del valore dei lavoratori. Quest'ultimo punto emerge soprattutto nei casi di licenziamento in seguito a misure di razionalizzazione dove la trasparenza rispetto ai piani sociali è spesso assente. La discrepanza fra le prestazioni fornite ed il loro riconoscimento economico ed emozionale da parte del datore di lavoro porta spesso a gravi crisi emozionali.

2. *Il clima di lavoro e le forme di collaborazione*

La mancanza di trasparenza nel momento della presa di decisioni importanti, la continua rivalità e concorrenza, i conflitti fra colleghi e con i superiori, l'assenza di interesse nei confronti di problemi personali (nascita di un figlio, malattia o morte di un familiare) hanno effetti negativi sulla salute mentale.

Il mobbing in particolare ha gravi conseguenze sull'individuo ma anche su tutto il gruppo di lavoro.

3. *Peggioramenti delle condizioni di lavoro dovuti a fattori sociali ed economici*

Numerosi sono i peggioramenti evidenziabili.

- Accelerazione ed intensificazione del processo lavorativo legate ai nuovi modelli economici, in cui rientrano misure di razionalizzazione, breve durata degli obiettivi stabiliti e dei piani strategici, accresciuta pressione produttiva con drastiche riduzioni del tempo a disposizione. Le conseguenze sono aumento dello stress lavorativo, riduzione delle fasi di ricupero delle energie, fenomeni di stanchezza eccessiva.
- Aumento della flessibilità: diffusione di mandati di lavoro di breve durata legati a progetti singoli, necessità di frequenti cambiamenti di posto di lavoro, pressione continua a riqualificarsi rapidamente.
- Aumentata richiesta di prestazioni: dovuta in parte ai fattori sopra descritti ed in parte a bisogni aumentati di qualifiche associate spesso a richieste di ore supplementari non retribuite.
- Crescente insicurezza del posto di lavoro: la paura della perdita del lavoro è molto diffusa ed è legata non tanto a reali problemi economici ma è spesso conseguenza del peggioramento delle condizioni di lavoro e la conseguente sensazione di non essere più all'altezza di rispondere alle richieste sul posto di lavoro.
- Emarginazione dal posto di lavoro: si trova soprattutto nelle persone anziane, ammalate, con problemi psichici ed in persone con diminuzione delle funzioni cognitive.
- Diminuzione della solidarietà, peggioramento del clima di lavoro: l'aumentata concorrenza ed insicurezza del posto di lavoro portano ad una diminuzione della solidarietà. La diminuzione della durata dei rapporti di lavoro e la conseguente aumentata fluttuazione del personale rende più difficile la costruzione di rapporti sociali tra i colleghi di lavoro.

4. *Coscienza di salute e misure di promozione della salute sul posto di lavoro*

In un momento di peggioramento delle condizioni generali di lavoro si constata una grossa impreparazione ed incapacità di datori di lavoro e responsabili del personale di fronte alla sofferenza psichica dei collaboratori.

Le conseguenze sulla salute mentale

Sembrano esserci sufficienti motivi per affermare che le profonde modifiche dell'organizzazione del lavoro attuale possono avere importanti conseguenze sulla salute mentale delle persone coinvolte in modo più o meno diretto in questa riorganizzazione.

Gli esperti svizzeri interpellati da Illés ed Abel (2002) segnalano come possibili conseguenze dei fattori stressanti sopra descritti: paure esistenziali, il sentimento cronico di essere sottoposti a richieste eccessive con una conseguente diminuzione della fiducia in sé stessi, una stanchezza cronica, come pure una insufficiente possibilità di prevedere e pianificare l'organizzazione della propria esistenza. Da tutto questo deriverebbe una elevata vulnerabilità nei confronti di malattie fisiche e psichiche (ad esempio: depressioni o dipendenza da sostanze).

Uno studio svolto a Ginevra (Dayer, 2000) indica che il ricorso a cure psichiatriche è aumentato in modo parallelo all'insicurezza dell'impiego e della disoccupazione. L'aumento è notevole soprattutto fra la popolazione giovanile (110% fra il 1991 ed il 1996). Nello stesso periodo le ospedalizzazioni psichiatriche sono aumentate dall'8 al 10%. Fra i motivi dell'ospedalizzazione i problemi del lavoro e della formazione sono segnalati nel 15% dei casi. Nel suo studio sui determinanti eco-socio-economici della salute concernente il Canton Ticino (2000) G. Domenighetti sottolinea l'importanza della classe sociale nell'insorgenza di problemi della salute anche per quelli legati all'ambiente lavorativo. Lo studio svolto fra il 1995 ed il 1997 (anni con un tasso di disoccupazione oscillante fra il 4.2 ed il 6.7%) indica che la paura di perdere il lavoro è diffusa fra tutta la popolazione, ma in modo differente. Nella classe sociale più bassa una persona su due (51.7%) ha paura di perdere il posto di lavoro contro il 20.5% della classe superiore. Tutti gli indicatori analizzati mostrano inoltre una differenza fra le persone che hanno paura di perdere il lavoro e le persone che non hanno questa paura. Infatti le prime mostrano l'incidenza più alta di malesseri psichici medi o gravi, disturbi fisici gravi e disturbi del sonno.

Nel lavoro della Conferenza romanda e ticinese degli uffici cantonali della protezione dei lavoratori (E. Conne-Perréard, 2001) si analizzano gli effetti di condizioni di lavoro sfavorevoli sulla salute dei lavoratori e le conseguenze economiche. Per quanto attiene alle conseguenze per la salute mentale nelle conclusioni si sottolinea come esistano dei legami di causalità fra "tensione sul lavoro" e salute mentale. Vi sono anche argomenti sufficienti per contraddire coloro che suggeriscono che i danni alla salute mentale sono in effetti la causa della valutazione negativa delle proprie condizioni di lavoro da parte del soggetto e non il contrario.

Altri lavori utilizzano un approccio di tipo narrativo per avvicinarsi meglio alla realtà delle persone coinvolte dai mutamenti nel mondo del lavoro (C. Dejours, 1998; R. Sennet, 1999; A e R. Gilioli, 2001).

Si parla di donne e uomini sottoposti a forme di stress, di ansia e di depressione (e spesso sofferenti di malattie fisiche derivanti da questi stati psichici) con il comune denominatore di una condizione interiore d'incertezza e di paura per il futuro, dovuta alla trasformazione che la società sta vivendo nel percorso dal modello industriale-locale a quello postindustriale-globale.

È una trasformazione sociale che assume talvolta i connotati di una vera "mutazione antropologica". L'approccio psicopatologico di C. Dejours (direttore del laboratorio di psicologia del lavoro a Parigi) invita ad una riflessione che non sia unicamente di tipo economico.

Le proposte operative in questi ambiti sono contenute nella scheda no. 5

C. Psichiatria e nuovi orientamenti nella politica a favore degli anziani

Le Linee direttive del Consiglio di Stato prevedono nuovi orientamenti nella politica a favore degli anziani. Negli ultimi anni, molti progressi sono stati fatti per assicurare un reddito soddisfacente e disporre di una rete di servizi estesa su tutto il territorio cantonale.

L'allungamento della vita dovuto alle migliori condizioni di vita e di salute, deve essere considerato come successo e come sfida.

Un successo, perché gli anziani vivono meglio e più a lungo.

Una sfida, perché occorre dare a chi entra nell'anzianità i mezzi per sviluppare dei progetti di vita.

In questa prospettiva, il DSS ha definito gli obiettivi da raggiungere:

- la partecipazione degli anziani alla società civile e il riconoscimento del loro apporto;
- una politica sociale equilibrata che tenga conto dei bisogni e delle risorse degli anziani;
- un'accresciuta speranza di vita, ma soprattutto la possibilità di viverla in buona salute;
- L'incoraggiamento dell'impegno sociale nei giovani, negli adulti e negli anziani, allo scopo di creare una rete di solidarietà tra generazioni.

Il principio guida che ispira i progetti per la realizzazione di questi obiettivi è quello adottato dalle Nazioni Unite nell'anno internazionale delle persone anziane: il rispetto della dignità dovuto ad ogni persona qualunque sia l'età, il sesso, la razza o l'handicap.

Rafforzamento della rete sociale e sanitaria

Uno degli obiettivi più importanti è sicuramente la promozione dell'autonomia.

La grande maggioranza degli anziani vive in modo autonomo e a casa propria. Spesso sono loro ad assumere impegni importanti verso altri anziani o membri della propria famiglia. L'autonomia è preziosa per gli anziani perché importante fattore di benessere, di voglia di vivere, di più facile integrazione nella società. Preziosa, anche per l'intera collettività perché permette di non disperdere le risorse accumulate in conoscenze e in esperienza di vita.

Come preservarla?

- Va intensificato il programma di prevenzione medico-sociale, per salvaguardare la salute.
- Vanno mantenute e migliorate le assicurazioni sociali, per prevenire il bisogno.
- Va incoraggiata una vera e propria "carriera sociale" per quegli anziani che desiderano mettere a disposizione della società il loro tempo e la loro esperienza.

Il mantenimento dell'autonomia è anche una misura preventiva importante per far fronte agli abusi e maltrattamenti.

Centrali a tale fine sono l'ascolto, l'informazione, la formazione, la verifica della qualità delle cure e lo sviluppo dei servizi.

Un numero sempre maggiore di persone raggiungerà un'età avanzata. Alcune di loro dovranno far fronte ad un periodo più o meno lungo di relativa o totale dipendenza.

La priorità va data ai servizi destinati a coloro che si trovano in stato di accresciuta vulnerabilità dovuta alla diminuzione di risorse personali.

Il Consiglio psico-sociale ha preso atto dei progetti previsti dal Dipartimento della sanità e della socialità e li sostiene. In particolare:

- l'implementazione del nuovo progetto di assistenza e cura a domicilio, servizio che ha come scopo l'aiuto diretto alle persone ma anche alle famiglie che si occupano di un anziano dipendente, un impegno a volte gravoso e poco riconosciuto;
- la promozione dell'aiuto finanziario individuale per facilitare la permanenza a domicilio, dare insomma una reale possibilità di scelta del luogo di vita;
- la garanzia di mezzi sufficienti in personale formato agli istituti e ai servizi sul territorio, favorendo nello stesso tempo il volontariato per tutte le attività che non necessitano di un approccio professionale.

Lo scopo è quello di offrire una vasta gamma di servizi diversificati per rispondere ai bisogni individuali di ogni persona.

Mantenimento della salute

Vecchiaia e malattia non sono necessariamente sinonimi, anche se il rischio di malattie degenerative aumenta con l'età.

Le possibilità di ritardare e curare le disfunzioni organiche e mantenere le facoltà mentali sono in continuo progresso e ciò è dovuto alle migliori condizioni di vita nel periodo precedente al pensionamento ma anche alle moderne cure preventive che aiutano a mantenere l'autonomia sempre più a lungo.

Si va verso il rafforzamento dei servizi di cura a domicilio. Servizi che devono essere profondamente inseriti nel tessuto sociale, rispettare i modi di vita, fungere da antenne per far emergere i bisogni e rispondere con cure adeguate all'evoluzione della società e rispettose delle risorse individuali e locali.

La differenziazione degli stili di invecchiamento

Ci sono molti modi di invecchiare.

Un primo fattore da considerare è quello genetico che sembra essere almeno in parte responsabile della differente longevità dei due sessi e di varie popolazioni e che certamente opera a livello familiare ed individuale (G. Pieretti, 1992). Un secondo fattore riguarda il livello educativo e culturale: la possibilità di mantenere fino in età avanzata la propria efficienza intellettuale è correlata all'esercizio continuativo a cui essa viene sottoposta.

Un altro fattore riguarda le variabili socio-economiche tipiche (stato civile, situazione di convivenza, livello del reddito, ecc.) che incidono sulle modalità di realizzazione del processo di invecchiamento. La vita degli anziani è notevolmente più penosa per chi ha risorse scarse, è costretto ad abbandonare la propria abitazione e a sopravvivere in istituti spesso in condizioni di isolamento e inattività.

Il problema della malattia

La malattia incide anche in rapporto al vissuto soggettivo di chi ne è colpito. Tale vissuto varia notevolmente da individuo ad individuo e può assumere l'aspetto della negazione, della sopportazione, della contrapposizione, della speranza o della rassegnazione e ciò anche indipendentemente dalla gravità dell'evento patologico. Un problema particolarmente

delicato è rappresentato dalle malattie mentali in età senile e soprattutto dalle varie forme di demenza. Affrontare questo problema è compito arduo, tuttavia ciò che deve guidare le politiche assistenziali nei confronti di questi anziani è il non considerare questi malati come incurabili e pertanto solo assistibili o addirittura contenibili e isolabili.

In questo campo, l'OSC vede la necessità di migliorare gli strumenti che ha già a disposizione. In particolare tramite la creazione del servizio clinico di psico-geriatria (SIPSIG) dedicato sia ad anziani con problemi di disorientamento, sia ad anziani con molteplici patologie, tra le quali una di rilevanza psichiatria. Inoltre tramite la collaborazione più stretta con case per anziani interessate ad offrire prestazioni di psico-geriatria.

Benessere psichico

L'analisi dei diversi determinanti fisici, psicologici e sociali indica tre fattori centrali, per il benessere psichico in età avanzata:

- Sentimento di controllo della propria vita e di autostima delle proprie capacità di memoria.
- Rete di relazioni sociali.
- Costituzione fisica e stile di vita salutare.

Un intervento medico-psico-sociale diversificato, che tenga conto delle esigenze individuali della persona anziana, della particolare polipatologia che spesso l'affligge, e delle esigenze di una corretta presa a carico, può migliorare la qualità di vita.

Le proposte operative in questi ambiti sono contenute nella scheda no. 6.

Seconda parte

Schede programmatiche:

- N. 1 Diritti dei pazienti
- N. 2 Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)
- N. 3 Trasformazione dell'OSC in Unità Amministrativa Autonoma (UAA)
- N. 4 Giovani e disagio psichico
- N. 5 Psichiatria, OSC ed ambito lavorativo
- N. 6 La presa a carico degli anziani
- N. 7 Centri di competenza nell'OSC
- N. 8 Collaborazione con altri enti
- N. 9 Le dipendenze da sostanze
- N. 10 Centri diurni OSC
- N. 11 Formazione OSC
- N. 12 Sedi dell'OSC
- N. 13 Mantenimento e promozione della qualità delle cure

Sintesi: Le principali proposte operative contenute nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008

Questa parte contiene 13 schede programmatiche.

Sinteticamente le principali proposte operative sono le seguenti:

1. Vegliare affinché la revisione del diritto di tutela a livello federale non comporti un regresso rispetto ai diritti dei pazienti ora previsti dalla LASP; qualora fosse necessario chiedere una riserva in favore del diritto cantonale.
2. Trasformare il CARL in Fondazione di diritto pubblico (Messaggio no. 5599 del 26 novembre 2004).
3. Trasformare l'OSC in Unità amministrativa autonoma (UAA) in virtù del Messaggio no. 5167 del 17 ottobre 2001.
4. Ridurre da 4 a 2 del numero dei capiservizio SMP (1 Sottoceneri, 1 Sopraceneri) e commutazione delle due unità in capiclinica.
5. Unificare il coordinamento medico dei CPE con un solo medico capoclinica responsabile dei tre Centri (Stabio, Lugano e Minusio) coadiuvato da tre coordinatori pedagogici, uno per sede.
6. Predisporre dei protocolli di intervento con i servizi principalmente coinvolti nella presa a carico del disagio giovanile.
7. Istituire Centri di competenza all'interno dell'OSC (anziani, psichiatria assicurativa, psicopatologia del lavoro, ecc.).
8. Incrementare la collaborazione con l'EOC anche in nuovi ambiti (crisi d'emergenza, disturbi alimentari, disagio giovanile) nonché con il Penitenziario cantonale. Inoltre si intende intensificare la collaborazione con la Fondazione Sirio per gli aspetti abitativi e con l'Ufficio AI per le questioni peritali.
9. Svolgere un'indagine sulla soddisfazione dei pazienti, degli invianti e del personale dei servizi psico-sociali tramite il Centro di documentazione e ricerca OSC.
10. Ridurre da 4 a 2 il numero dei capiservizi SPS (1 Sottoceneri, 1 Sopraceneri) e commutare le due unità in capiclinica.
11. Ampliare i giorni di apertura dei Centri Diurni prevedendo anche la possibilità di accoglienza nei fine settimana.
12. Adottare un sistema di gestione della qualità per la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) con relativa certificazione.
13. Garantire la gestione del progetto AMTiTox (Approccio multidisciplinare ticinese per le dipendenze) istituito dall'Ufficio del medico cantonale nel quadro delle dipendenze.
14. Ottenere la certificazione EduQua per il Servizio delle cure OSC e mantenere il livello di riconoscimento ottenuto dall'OSC da parte della FMH e dal Canton Ticino.
15. Concludere i lavori di ristrutturazione a Casvegno e rivedere alcune sedi OSC sul territorio.

Diritti dei pazienti

Il progetto di revisione del diritto di tutela e la legislazione sociopsichiatrica ticinese

Da un profilo generale si può senz'altro valutare positivamente il progetto di revisione del diritto di tutela a livello federale. Istituisce varie e differenziate forme di curatela rispettose del principio di proporzionalità nonché autorità di protezione degli adulti aventi caratteristiche giudiziarie. Per quanto attiene al campo medico e psichiatrico, il progetto è animato dal positivo intento di incrementare l'autonomia del paziente istituendo il "mandato precauzionale", costituito mediante atto pubblico e registrato presso un Servizio centrale, il "mandato relativo alle cure mediche" e le "direttive anticipate dal paziente"; è inoltre creata una base legale formale per le terapie coatte (art. 427 e 428) e per la prima volta vengono proposte norme particolari concernenti il "soggiorno in un istituto d'accoglienza o di cura" e relative all'obbligatorietà di un contratto di assistenza scritto (art. 437), alla contenzione (cui sono poste condizioni materiali e formali rigorose: art. 438 seg.), e alla vigilanza sui singoli istituti (art. 442). Tuttavia, la dottrina che si è occupata specificamente degli aspetti del progetto relativi alla psichiatria ha sollevato precise e pertinenti critiche relative sia all'insicurezza giuridica ingenerata dalla complessità, e soprattutto dalla possibilità di sovrapposizione, dei summenzionati strumenti, sia alla sostituzione del criterio vigente della capacità di discernimento (art. 16 CCS) con quello della capacità di comprendere la necessità del trattamento (art. 429 del progetto, ciò che potrebbe permettere al medico capo del reparto psichiatrico di evincere l'opposizione ad una terapia di un paziente semplicemente considerandola espressione dell'incapacità di quest'ultimo di apprezzare quanto gli viene proposto) nonché all'opinabile classificazione dei pazienti in funzione dell'infermità da cui sono affetti (psichica o somatica), del modo di ammissione (volontario o coatto) o del carattere dell'istituzione (ospedale o istituto di accoglienza).

In sostanza, il progetto, nel momento stesso in cui istituisce strumenti suscettibili di salvaguardare l'autonomia della persona quando è (ancora) capace di discernimento, e sembra quindi voler abbattere le barriere che discriminano e stigmatizzano il paziente psichiatrico, propone, quasi surrettiziamente, in alcuni capoversi apparentemente marginali, disposizioni particolari suscettibili di eludere totalmente il progresso che avrebbe potuto essere compiuto: un esempio tipico è rappresentato dall'art. 428 cpv. 3, che testualmente prevede per la "cura di disturbi psichici" che si deve tenere conto della volontà anticipatamente espressa dal paziente solo "nel limite del possibile". Inoltre, appare veramente insostenibile la regolamentazione della contenzione solo per gli istituti di accoglienza, nonché l'istituzione di organismi di sorveglianza solo per questi ultimi. Infine, il diritto di ricorso deve essere riconosciuto in modo omogeneo e non in funzione delle applicazioni o delle categorie di istituti in cui il paziente è ospitato.

La contenzione fisica e l'isolamento quali misure estreme e la cui applicazione va attentamente monitorata

In merito al rispetto e alla tutela dei diritti dei pazienti psichiatrici, del tutto in sintonia con quanto previsto e voluto dalla e con la LASP, il CPSC, nel giugno 2004, ha proposto e otte-

nuto la creazione in CPC di una Commissione ad hoc (la Commissione Contenzione) con un preciso mandato che prevede in particolare:

- la quantificazione costante, reparto per reparto, del ricorso alla contenzione fisica, comprensiva di variabili quali il quando, il come, per quanto tempo, il numero di operatori presenti, ecc.;
- l'attenta e regolare verifica in tutti i reparti di concrete situazioni di contenzione, al fine di confrontare tutte le équipes in modo critico e autocritico con quanto e come fatto e sul ricorso a possibili alternative;
- l'approfondimento della conoscenza di realtà analoghe a quelle della CPC e in cui si è riusciti a rinunciare alla contenzione fisica.

Proposte operative

L'eventuale adozione della legislazione federale del diritto di tutela comporterebbe un sicuro regresso rispetto al sistema istituito dalla LASP: pertanto è opportuno che il Cantone Ticino mantenga anche, oltre la fase della procedura di consultazione, perlomeno la rivendicazione dell'introduzione di una riserva in favore del diritto cantonale.

Per quanto concerne la Commissione contenzione, a circa un anno dalla sua istituzione in CPC, il CPSC ne ha valutato molto positivamente l'operato tanto da auspicarne la creazione di analoghe in tutte le realtà istituzionali del Cantone (cliniche, case per anziani) confrontate con il problema di un eventuale contenimento fisico o isolamento ambientale di pazienti in situazione di disagio psichiatrico.

Scheda N. 2

Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)

Con il modello di presa a carico collaudato e sperimentato nel corso dei quasi dieci anni dalla sua costituzione, il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) conferma il contesto demedicalizzato e la sua origine di luogo dove gli ospiti "cronici" trovano sicurezza ed equilibrio, senso di appartenenza, ma soprattutto condizioni di vita adeguate ai loro bisogni.

Il CARL vuole in sintesi assicurare ai propri ospiti uno spazio di riconoscimento dove poter ritrovare un ruolo e la propria identità sociale nonché la dovuta considerazione per tutti quegli aspetti di sofferenza e disagio derivanti da ogni situazione emotiva instabile.

Gli interventi di ristrutturazione previsti per gli stabili riservati al CARL e approvati anche nelle Pianificazioni AI per i periodi 2001-2003 e 2004-2006, permetteranno di avere a disposizione una struttura abitativa (121 posti letto) e una adibita al lavoro (117 posti) di qualità tale da soddisfare tutta la gamma di esigenze di questa particolare fascia di cronici, persone per le quali non sono realizzabili alternative oggettivamente praticabili sul territorio di provenienza.

Configurazione della futura zona abitativa

- Nuova Pineta (utilizzo previsto da autunno 2005)
Come deciso, in questo stabile sarà trasferita l'attuale casistica, prevalentemente geriatrica, presente in Villa Margherita e Oleandro (46 ospiti).
L'effettivo letti sarà completato da utenti con le medesime caratteristiche attualmente presenti nei reparti della CPC.
- Nuova Villa Alta
Questa unità dall'autunno 2002 accoglie gli ospiti provenienti dalla Ginestra.
La sua ristrutturazione in appartamenti (6) permette di assicurare modelli di presa a carico più impegnativi e maggiormente differenziati, ampliando nel contempo anche il tipo d'offerta mirato al rientro sul territorio. In questo contesto si inserisce il progetto sviluppato in collaborazione con la CPC e con l'Ufficio AI per l'osservazione sociale e professionale di giovani al primo scompensamento psicotico.
- I Servizi generali
Con la chiusura dell'attuale cucina dopo la costruzione della nuova, gli spazi al pianoterra dei servizi generali verranno trasformati in laboratori protetti per trasferirvi due laboratori che attualmente non hanno ancora una logistica adeguata alle esigenze, mentre al primo piano (appartamento ex-suore) verranno inseriti 11 letti precedentemente previsti al Centro sociale, soluzione poi abbandonata poiché al Centro Sociale non vi è l'ascensore. Con queste trasformazioni si potranno ritenere conclusi i lavori di ristrutturazione del CARL. In attesa di poter usufruire degli spazi attribuiti al CARL nel padiglione dei Servizi generali, si aumenterebbero temporaneamente i posti letto a disposizione negli altri stabili, Pineta in particolare. A fine 2005, il CARL potrà accogliere 115 ospiti.

Riepilogo posti-letto a disposizione

<u>Situazione attuale</u>		<u>Situazione conclusiva</u>	
<i>Unità abitativa</i>	<i>Letti</i>	<i>Unità abitativa</i>	<i>Letti</i>
Villa Margherita	47	Nuova Pineta	51
Villa Alta	30	Nuova Villa Alta	30
Villa Ortensia	28	Villa Ortensia	29
Centro sociale		Servizi generali	11
Totale	105	Totale	121

Il Settore lavorativo

Questo settore raggruppa tutti i laboratori protetti, gli spazi e le opportunità di lavoro e di occupazione presenti a Casvegno.

Al settore lavorativo fanno capo, oltre gli ospiti del CARL, gli utenti della CPC e, come avviene da tempo, un numero non indifferente di persone che vivono all'esterno.

La componente lavoro ha pure marcato un passo importante, infatti con la costruzione della nuova officina, inaugurata a fine dicembre 2000, è stata raggruppata la quasi totalità dei laboratori protetti disseminati nel Quartiere.

L'entrata in funzione di questa nuova costruzione ha finalmente permesso di separare in modo chiaro la zona lavorativa da quella abitativa, rispondendo in modo più confacente alle esigenze dell'utenza.

I Laboratori protetti hanno accolto nel 2003 507 utenti, 66 provenienti dalle Unità abitative del CARL, 331 dalla CPC per brevi riabilitazioni e 110 dal territorio.

Proposta operativa

A dieci anni dall'apertura del CARL, che nel 1994 sancì la separazione dell'allora Ospedale neuropsichiatrico cantonale nella Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e nel CARL appunto, il Consiglio di Stato ha proposto di conferire a quest'ultimo istituto una maggiore autonomia rispetto all'Amministrazione cantonale con la creazione di una Fondazione di diritto pubblico.

Per i contenuti della proposta, si rinvia al Messaggio no. 5599 del 26 novembre 2004 attualmente in discussione in Parlamento.

Scheda N. 3

Trasformazione dell'OSC in Unità Amministrativa Autonoma (UAA)

L'Organizzazione sociopsichiatrica attualmente è un Servizio della Divisione della salute pubblica del Dipartimento della sanità e della socialità. In quanto Servizio dello Stato è sottoposto a tutte le regole vigenti nell'Amministrazione pubblica. Queste regole sono talvolta troppo rigide per un'organizzazione che fornisce prestazioni sanitarie e che si occupa di formazione per specialisti in salute mentale (medici, infermieri e psicologi in particolare).

L'OSC ha già avviato uno studio di fattibilità della sua trasformazione in UAA con la collaborazione dell'Unità di contrattualizzazione della Sezione sanitaria del Dipartimento della sanità e della socialità.

Nel contempo, con la collaborazione del Centro sistemi informativi (CSI), ha svolto uno studio di fattibilità sull'introduzione della contabilità analitica (SAP) e del controlling in relazione al programma di cartella di cura informatizzata già sviluppato negli anni scorsi. Il progetto è stato approvato ed il nuovo sistema informativo OSC dovrebbe essere implementato il 1° gennaio 2006, dopodiché seguirà la necessaria fase di verifica fino al 2007.

Proposta operativa

Sulla base del Messaggio no. 5167 del 17 ottobre 2001, tuttora pendente in Gran Consiglio, si intende promuovere la trasformazione dell'OSC in UAA. Questa trasformazione presuppone l'elaborazione di un mandato di prestazione fra il Consiglio di Stato e l'OSC, che dovrà definire i seguenti elementi:

- obiettivo del contratto;
- prestazioni stabilite (volume di attività e qualità delle prestazioni secondo gli obiettivi);
- organizzazione della struttura sussidiata;
- entità e modalità del finanziamento da parte del Cantone;
- condizioni esecutive del mandato (durata, scadenza, informazioni, ecc.);
- disposizioni finali (interruzioni, litigi, ecc.).

Gli aspetti tecnici più importanti sono i seguenti:

- definizione qualitativa e quantitativa delle prestazioni;
- disponibilità di una contabilità analitica armonizzata per determinare i costi delle singole prestazioni;
- benchmarking con enti analoghi.

Per principio si possono distinguere le fasi principali di realizzazione:

- definizione dei compiti, dei livelli di quantità e di qualità nonché degli indicatori, dei sistemi di controlling;
- prima introduzione con normativa transitoria;
- introduzione consolidata.

Scheda N. 4

Giovani e disagio psichico

Negli ultimi anni è aumentata una nuova casistica adolescenziale grave non affrontabile ambulatorialmente né con i tradizionali strumenti psico-sociali né tanto meno con interventi psicoterapeutici individuali o familiari. In questi casi difficili sono indicati degli interventi di rete, a volte d'urgenza e/o coattivi, che coinvolgono più strutture e servizi. Sovente sono coinvolte anche le Commissioni tutorie e la Magistratura dei minorenni.

La patologia presentata dagli adolescenti non è inquadrabile con precisione nella nosografia psichiatrica tradizionale. Se già normalmente si ritiene che il disagio adolescenziale sia estremamente variegato, difficile da definire con precisione anche perché corrisponde a uno stato oggettivamente precario, instabile e in permanente evoluzione, nei casi di gravi scompensi il disagio è complesso e richiede sovente un intervento urgente.

L'accoglienza di questi giovani avviene presso i foyers della Fondazione Amilcare e a volte presso la CPC. La situazione non è ideale, perché i foyers accolgono una casistica più "leggera", mentre la CPC mette a contatto i giovani con una casistica più grave.

La possibilità di effettuare collocamenti coatti deve essere approfondita considerando i seguenti parametri:

- Il collocamento, anche se avviene in maniera coatta, richiede un intervento di rete che coinvolge vari servizi e autorità.
- Il collocamento deve avvenire in un'istituzione che garantisca la presa a carico urgente ed eventualmente prolungata. Deve essere garantita, cioè, l'accoglienza immediata, la valutazione, l'osservazione e nel caso fosse indicato, anche la diretta presa a carico con un progetto a più lunga scadenza.

Proposte operative

- Il disagio psicologico giovanile si manifesta anche nella fascia di età inferiore ai 15 anni. Questi casi coinvolgono direttamente anche la scuola media che negli ultimi anni ha dedicato al problema un'ampia riflessione. Per questi giovani bisogna individuare misure idonee, ad esempio rafforzando le strutture scolastiche e psico-sociali esistenti, migliorando la collaborazione tra di loro, al fine di mantenere il più possibile il giovane inserito nella realtà ambientale familiare. Tramite il caposervizio di un SMP, l'OSC collaborerà al gruppo di lavoro interdipartimentale (DECS, DSS e DI) incaricato di elaborare le proposte di scenari per rispondere a questo bisogno emergente.
- E' necessario un miglior coordinamento degli interventi dei diversi servizi. E' importante poter disporre di protocolli di intervento.

I servizi principalmente coinvolti dovrebbero essere:

- I SMP per i casi in cui è possibile un intervento ambulatoriale;
- I foyers della Fondazione Amilcare per le casistiche meno complesse e dove è possibile elaborare ambulatoriamente un progetto volontario di collocamento;
- La CPC per le casistiche di scompenso psichiatrico in senso stretto, eventualmente come "appoggio transitorio" in caso di grave difficoltà nella gestione della casistica presso le strutture indicate precedentemente.
- La costituzione di una struttura adeguata dovrebbe concretizzarsi in base a uno studio concernente la logistica e la gestione, nello specifico per definire al meglio il progetto terapeutico e gli operatori preposti per la sua realizzazione. Questo progetto rientra nelle competenze dell'Ufficio giovani, maternità ed infanzia ma i SMP saranno coinvolti da subito nella sua realizzazione. Anche in questo ambito sarà necessario redigere dei protocolli di collaborazione fra gli enti collocanti (CTR, UIR, USS, SMP, ecc.).

Oltre a quanto previsto per la casistica adolescenziale grave e per i casi problematici a scuola, i SMP si propongono di:

- Incrementare ulteriormente l'attività di consulenza presso i reparti di pediatria degli ospedali EOC (in particolare per gli ospedali di Lugano e Mendrisio) che in taluni casi possono assumere la funzione di clinica per casi acuti con problemi pedopsichiatrici, così come già accade all'ORL per la presa a carico di giovani sofferenti di disturbi alimentari.
- Assumere nuovi compiti che potrebbero essere attribuiti sulla base della nuova Legge per le famiglie (Lfam), ed il relativo regolamento d'applicazione in fase di preparazione, per i quali è prevedibile la necessità di una maggiore collaborazione fra l'Ufficio del servizio sociale (USS) e i SMP nei casi di collocamento extra-familiari e nelle valutazioni socio-familiari e psicologiche.
- Rivedere il proprio organico per migliorare il lavoro di rete diminuendo da 4 a 2 i capiservizio (1 Sottoceneri, 1 Sopraceneri) ed incrementando le capacità operative commutando la funzione dei due ex-capiservizio in capiclinica.
- Procedere ad una riorganizzazione funzionale dei tre CPE. L'OSC prevede di unificare la direzione dei tre CPE attribuendola ad un solo medico capoclinica, trasformando così queste strutture in servizi intersettoriali. Il medico responsabile sarà coadiuvato in ogni sede da un coordinatore pedagogico.

Scheda N. 5

Psichiatria, OSC ed ambito lavorativo

La maggior parte della popolazione adulta passa gran parte del proprio tempo lavorando e cercando spesso nel lavoro oltre ad una fonte di reddito anche una propria identità individuale e sociale ed un senso da dare alla propria esistenza. I profondi mutamenti nell'organizzazione del lavoro, in parte già attuati ed in parte ancora da realizzare, hanno conseguenze evidenti sulla salute di moltissime persone sia a livello psichico che fisico.

La psichiatria in Ticino, come in Svizzera ed altrove, sembra essere in ritardo rispetto a questi importanti cambiamenti. Già ora si sa che una parte dei pazienti seguiti dalle istituzioni psichiatriche è composta di disoccupati o invalidi e che molte persone presentano gravi forme di disagio fisico e psicologico legate alle modifiche dell'organizzazione del lavoro.

Gli interventi auspicabili possono concretizzarsi a differenti livelli:

1. Livello politico

La psichiatria ha come compito principale la cura delle persone sofferenti a causa di un disagio psicologico o di una malattia psichiatrica. Suo compito è però anche quello di segnalare tempestivamente ai politici ed alla società fenomeni rilevanti per la salute mentale che sono strettamente legati al contesto politico, sociale ed economico evitando così di medicalizzare eccessivamente problematiche sociali.

Gli interventi auspicati a livello politico sono i seguenti:

- *Sensibilizzazione sull'importanza dei determinanti socioeconomici della salute*
Numerosi studi hanno evidenziato l'influenza dei determinanti socioeconomici della salute mentale. È necessario che queste conoscenze, in particolare quelle legate alle conseguenze dei mutamenti in corso nell'organizzazione del lavoro, siano portate a conoscenza della popolazione e dei partner sociali attraverso campagne di sensibilizzazione ed informazione.
- *Collaborazione con altri enti ed istituzioni*
La collaborazione con altri enti ed istituzioni (datori di lavoro, sindacati, assicurazioni sociali) è indispensabile per il successo di questi interventi. Attraverso un lavoro in comune si potranno individuare le problematiche rilevanti ed elaborare risposte adeguate.
- *Promozione di interventi preventivi*
Nell'ambito lavorativo esiste da anni un'attenzione agli aspetti preventivi soprattutto per quanto attiene agli incidenti ed alle malattie somatiche. Scarsa o assente è la prevenzione dei disturbi psichici. È indispensabile promuovere nei prossimi anni interventi di questo tipo a livello nazionale, coinvolgendo non solo il mondo del lavoro ma in modo particolare anche le scuole (scuole secondarie, SUPSI, università).

2. Livello clinico

Una parte dell'attività clinica in psichiatria è costituita da interventi che si occupano delle conseguenze sulla salute mentale di problemi che trovano origine nel mondo del lavoro. Gli interventi da attuare concernono soprattutto la necessità di un approfondimento dal punto di vista clinico che permetta una migliore conoscenza di questo fenomeno per poter proporre nuove modalità d'azione.

➤ *Creazione di un "Laboratorio" sulla psicopatologia del lavoro*

L'esperienza di altri paesi evidenzia l'importanza dello studio dal punto di vista anche psicopatologico dei fenomeni legati alla sofferenza psichica dovuta ai mutamenti dell'organizzazione del lavoro. Una maggiore attenzione a questi aspetti presuppone l'esistenza di uno spazio (il "laboratorio") in cui le testimonianze, i dati clinici e le ipotesi possano essere raccolti, discussi ed elaborati da parte di specialisti della salute mentale assieme ad economisti, sociologi e altre figure coinvolte in questo ambito.

➤ *Interventi di consulenza nell'ambito lavorativo*

Spesso si può constatare l'assenza di conoscenza delle conseguenze del lavoro sulla salute mentale fra i lavoratori ed i loro datori di lavoro. È opportuno sviluppare un'attività di "consulenza" sul posto di lavoro, mirata a sensibilizzare e ad informare gli interessati sia su aspetti di tipo preventivo sia sui problemi psico-sociali legati al reinserimento dopo assenza dal lavoro per problemi psichici. Particolare attenzione occorrerà riservare al rafforzamento della protezione della sfera privata.

➤ *Collaborazione con medici di famiglia*

La maggior parte delle persone che presentano problemi di salute legati all'attività professionale si rivolge al medico di famiglia segnalando spesso dapprima dei sintomi somatici. È importante sviluppare la collaborazione con i medici rafforzando i servizi che già svolgono un ruolo d'integrazione degli aspetti psichiatrici e psicologici nella medicina.

3. *Livello formativo*

Occorrerà sviluppare in collaborazione con altri enti della scuola e del mondo del lavoro progetti formativi differenziati a seconda dell'ambito in cui si opera. Due possono essere i progetti da attuare:

➤ *Sviluppare un programma di formazione interdisciplinare per operatori del settore sociale, sanitario e del mondo del lavoro sul tema "salute e lavoro".*

Un lavoro interdisciplinare è indispensabile in questo ambito. Il gruppo di studio del DSS e della SUPSI "Salute e lavoro" ha elaborato un progetto di formazione di quattro giornate (nel 2002-03) che potrebbe essere un punto di riferimento e di verifica per la realizzazione di formazioni più approfondite, quali ad esempio un "Master".

➤ *Sensibilizzazione e formazione dei responsabili del personale sulla relazione lavoro e salute mentale.*

Accanto all'attività di consulenza clinica indicata sopra è auspicabile una formazione all'interno del posto di lavoro mirata a fornire strumenti di tipo preventivo.

4. *Livello di ricerca*

È importante integrare nella raccolta dati dell'OSC, già in corso, un maggior numero di informazioni sulla situazione professionale. La possibilità di disporre di maggiori informazioni circa la situazione lavorativa, in particolare su eventuali fattori di rischio per la salute mentale segnalati dalle persone interessate, fornirebbe spunti interessanti da mettere in relazione con gli aspetti clinici.

Scheda N. 6

La presa a carico degli anziani

I Servizi ambulatoriali e stazionari dell'OSC partecipano alla valutazione geriatrica della situazione delle persone anziane e contribuiscono a chiarire problemi individuali, fattori di rischio e le risorse psico-sociali degli anziani stessi.

È stato istituito un Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG), che dispone di un reparto specifico presso la CPC, per le persone anziane con una patologia acuta.

Il Servizio interviene, su richiesta, anche presso le Case per Anziani (attualmente nel Mendrisiotto ed in parte nel Luganese), assicurando la consulenza medico-specialistica, al fine di prevenire un'ospedalizzazione o per garantire la continuazione delle cure dopo una degenza presso il reparto stazionario della CPC.

In questa attività sul territorio, il SIPSIG è coadiuvato dagli operatori dei Servizi ambulatoriali per adulti dell'OSC e collabora con gli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC).

La struttura, gli spazi e le attrezzatureI Servizi offerti

Il SIPSIG dispone complessivamente di 17 posti letto. Per poter fornire un servizio mirato e qualificato il Servizio è suddiviso in:

- un reparto specializzato per le patologie di carattere confusionale e/o demenziale con conseguenti disturbi comportamentali (8 posti).

Il reparto è caratterizzato da un maggior controllo, e funziona a porte prevalentemente chiuse, dato il rischio di fuga ed aggressività collegato allo stato confusionale degli ospiti. La patologia degli anziani è spesso complessa e polivalente, e le loro condizioni generali sono di regola compromesse da un deterioramento non solamente 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. In collaborazione con la famiglia o con le case per anziani si applicano procedimenti terapeutici rivolti sia alla cura della sintomatologia sia alla riduzione della sofferenza, al mantenimento o al recupero delle abilità residuali. L'équipe quotidianamente interviene nella terapia e nella riabilitazione cognitiva e comportamentale. Appena possibile i pazienti sono inoltre coinvolti nelle attività culturali, sociali e ricreative, inserite in un programma di riabilitazione, effettuato presso il reparto stesso o negli spazi gestiti dal Servizio di socioterapia.

- un reparto di patologie psichiatriche della persona anziana, soggette al miglioramento (9 posti).

Il reparto è specializzato nell'esplorazione diagnostica e nel trattamento riabilitativo delle patologie psichiatriche tipiche della persona anziana. Il percorso terapeutico, che inizia con la diagnostica somatica e psicologica, si avvale degli interventi strumentali, di laboratorio e psichiatrici. Il piano terapeutico individualizzato di regola include anche un trattamento farmacologico, mirato al miglioramento dei disturbi psichici ed internistici. In seguito il paziente si inserisce in un percorso riabilitativo personalizzato, affidato a personale adeguatamente formato.

Questo percorso mira soprattutto al mantenimento e se possibile anche allo sviluppo e al recupero delle abilità residuali.

I gruppi di sostegno rivolti ai familiari sono integrati nell'attività terapeutica di reparto. Quando la situazione lo permette i familiari 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 a quelle domiciliari. Il reinserimento del paziente nella realtà di riferimento precedente alla degenza è favorito dagli incontri e dalla collaborazione con i medici di base, con gli specialisti (sia privati, sia dei nostri servizi sul territorio) e con gli operatori di case o altre strutture per anziani.

Il servizio di cucina risponde alle necessità dietetiche su indicazione medica. Il Servizio di Socioterapia assume i compiti non solamente di ergoterapia ma anche di animazione sociale, culturale e ricreativa. Inoltre, per le necessità di riabilitazione funzionale corporea, il Servizio si avvale di una regolare consulenza e presenza (tre volte la settimana) di un fisioterapista diplomato di Mendrisio.

Proposte operative

L'invecchiamento della popolazione pone nuove sfide a chi si occupa di promozione della salute mentale. Da un lato, prioritario rimane l'intervento preventivo a differenti livelli (assistenti sociali, medici, case anziani, SACD, ecc.); dall'altro sempre maggiore importanza assume la necessità di una diagnosi precisa e precoce che permetta delle cure adeguate agli anziani che presentano disturbi psichici.

Va quindi potenziato l'intervento di rete in questo ambito, anche grazie alla creazione di un Centro di competenza OSC sugli aspetti psicogeriatrici clinici, che opera con letti nella Clinica psichiatrica, ed ambulatorialmente sul territorio per il tramite dei Servizi psicosociali e del Servizio di psichiatria e psicologia medica per quanto concerne la psichiatria di liaison.

In futuro sarà necessario anche un maggior investimento del SIPSIG nella didattica riguardante la psico-geriatria e la psichiatria di liaison nonché nella rete di assistenza nel campo, oggi ancora lacunosa.

Centri di competenza nell'OSC

Il modello della psichiatria di settore ha favorito negli ultimi 20 anni la diminuzione dei posti letto in Clinica psichiatrica ed uno sviluppo dei servizi sul territorio. L'obiettivo principale è migliorare la presa a carico dei pazienti e di conseguenza favorirne la cura e la reintegrazione sociale. Con lo scopo di rafforzare e valorizzare la collaborazione con gli operatori e le strutture presenti sul territorio (rete) nel campo della riabilitazione e reinserimento sociale l'OSC intende rivedere anche l'organico dei SPS, diminuendo da 4 a 2 i capiservizio (Sopraceneri e Sottoceneri) e aumentando le capacità operative commutando la funzione dei due ex capiservizio in capiclinica. L'OSC, all'interno di questo modello, vuole anche promuovere la creazione di "**Centri di competenza**" che permettano di offrire competenze specifiche in differenti ambiti: preventivi, clinici, riabilitativi e di formazione e ricerca.

➤ *Centro di competenza della psichiatria di liaison*

La creazione ed il rafforzamento del Servizio di psichiatria e di psicologia medica ha portato a rafforzare gli interventi nel campo della medicina di liaison, favorendo l'integrazione degli aspetti somatici e psichiatrici/psicologici. Ha sviluppato una formazione alla relazione tra curante e pazienti per medici assistenti e personale curante.

➤ *Centro di competenza per il gioco d'azzardo eccessivo*

L'esistenza di tre Casinò sul territorio del Cantone, oltre al Casinò di Campione, ha portato allo sviluppo, nell'OSC, di un gruppo d'Interesse per il Gioco Problematico, che si occupa di prevenzione, di diagnosi precoce, di terapia dei problemi collegati con il gioco patologico. Uno specialista formato si trova in tre dei quattro ambulatori SPS del Cantone. Il gruppo garantisce supervisioni, apprendimento, bibliografia e intervento di consulenza. Esso collabora strettamente con la psichiatria e la psicoterapia privata.

➤ *Centro d'interesse per i disturbi dell'ansia e ossessivi-compulsivi*

I disturbi d'ansia ed ossessivi-compulsivi mostrano una prevalenza massiccia nella popolazione e sono fonte di sempre più numerosi casi di invalidità: ne conosciamo inoltre la comorbilità elevata con i disturbi depressivi, che vieppiù si dirigono ad essere i disturbi con la maggiore prevalenza nel nostro emisfero. Un gruppo di competenza promosso dall'OSC si muove da anni in questa direzione, garantendo supervisioni, apprendimento, bibliografia e intervento di consulenza. Esso collabora strettamente con la psichiatria e la psicoterapia privata.

➤ *Centro di competenza per le dipendenze da sostanze*

Le persone con problemi di dipendenza da sostanze richiedono spesso anche un trattamento psichiatrico (problema della cosiddetta "doppia diagnosi"). Nel quadro dell'orientamento della Confederazione in questa direzione e in collaborazione con tutte le Istituzioni pubbliche e private che si occupano di tossicodipendenti, l'OSC, grazie ad un medico capo-clinica, per tre anni svilupperà un progetto di animazione, informazione e formazione di medici di base, farmacisti, operatori sociali ed educativi che si occupano di tossicodipendenti in ambulatorio (AMTiTox).

- *Centro di competenza per gli studi di qualità e per gli studi epidemiologici in psichiatria*
Il Centro di documentazione e ricerca, in collaborazione con la Direzione, è impegnato da anni in studi di verifica della qualità e in studi epidemiologici sulla casistica psichiatrica dell'OSC, di cui alcuni sono stati riportati in pubblicazioni specialistiche. Questo tipo di studi ha un'utilità anche in relazione alla pianificazione delle strutture di presa a carico e alla loro attività. Vi è da anni una stretta collaborazione con la Società svizzera di epidemiologia psichiatrica.

Ci sono poi anche altri Centri di competenza che l'OSC intende sviluppare:

- *Centro d'interesse per la prevenzione, la diagnosi e la cura dei disturbi psichici degli anziani*
L'invecchiamento della popolazione pone delle nuove sfide a chi si occupa della promozione della salute mentale. (cfr. Introduzione C e Scheda no. 6)
- *Sviluppo di un Centro di competenza in psichiatria assicurativa*
Nelle Linee direttive 2004-2007 il Consiglio di Stato (obiettivo 8, scheda no. 4) ha deciso di affrontare il problema dell'aumento delle rendite per invalidità psichica con un approccio più globale e quindi con una buona collaborazione fra i diversi enti e servizi che operano in Ticino. Per raggiungere questo obiettivo è necessaria una buona collaborazione del corpo medico perché ciò favorisce l'accelerazione e la semplificazione dell'attività svolta dall'Ufficio AI del Canton Ticino. In quest'ottica, l'OSC ha già siglato una convenzione che garantisce all'Ufficio AI il raggiungimento dei suoi obiettivi e nel contempo permette all'OSC stesso di migliorare qualitativamente e quantitativamente la formazione dei suoi medici. Il secondo passo dovrebbe essere l'istituzione di un Centro di competenza per la medicina assicurativa che garantisca unità di dottrina e di valutazione per tutte le perizie psichiatriche. Questo centro potrebbe avere statuto privato ma senza scopo di lucro. L'OSC parteciperà attivamente a questo progetto.
- *Sviluppo di un laboratorio/unità di psicopatologia del lavoro*
I mutamenti dell'organizzazione del mondo del lavoro degli ultimi anni hanno evidenziato un aumento della sofferenza psichica con un maggior ricorso a cure psichiatriche o mediche. La creazione di un Laboratorio di psicopatologia del lavoro è uno strumento per meglio analizzare le caratteristiche di questi disturbi e attuare degli interventi preventivi sul posto di lavoro, curativi e di reinserimento sociale.
- *Sviluppo del Centro di competenza in materia d'insegnamento agli adulti*
Già oggi l'OSC s'impegna nella formazione FMH, SUPSI, post-accademica degli psicologi e psicoterapeuti, per la Scuola superiore per le cure infermieristiche, per la Scuola superiore per la formazione sanitaria, ecc. È quindi utile approfondire le tecniche d'insegnamento rivolte agli adulti, al fine di diversificare, migliorare e approfondire le competenze didattiche di chi s'impegna in quest'insegnamento, nel quadro dell'ottenimento di una certificazione EduQua.
- *Psichiatria transculturale*
La presenza nel nostro Cantone di persone straniere che presentano marcati problemi di sradicamento socio-culturale o che sono vittime dirette o indirette di ricordi o esperienze traumatiche di guerra esige da parte dell'OSC la definizione di un intervento

mirato di presa a carico in rete, in collaborazione con tutte le altre strutture o enti coinvolti, segnatamente la Croce Rossa, Soccorso Operaio Svizzero e May Day. Particolare attenzione dovrà essere data ai problemi di comprensione linguistica e all'impiego di mediatori culturali.

Scheda N. 8

Collaborazione con altri entiCollaborazione con la psichiatria privata

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

- centri di alta specializzazione;
- insegnamento e supervisione per l'OSC e per la formazione FMH;
- rapporti di collaborazione con medici psichiatri specialisti;
- ricerche epidemiologiche, in particolare per le istituzioni cliniche;
- elaborazione dei concetti di cura.

Inoltre, anche nell'ottica dell'introduzione dei mandati di prestazione per tutte le strutture psichiatriche stazionarie riconosciute nella Pianificazione LAMal, i diversi istituti psichiatrici stazionari dovranno collaborare fra loro in modo da assicurare una presa a carico appropriata di pazienti che necessitano di cure acute. Va ricordata in questo ambito la ripartizione pubblico-privato nel Cantone dei letti in psichiatria stazionaria acuta.

Collaborazione con l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

- Nel 2000 il Consiglio di Stato ha formalmente istituito il Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM), che è la risposta al fabbisogno psichiatrico e psicologico degli Ospedali dell'EOC. Per il momento gli sforzi per la collaborazione EOC-OSC si sono concentrati sull'Ospedale regionale di Lugano, sull'Istituto oncologico della Svizzera italiana (IOSI) e la Clinica di Riabilitazione di Novaggio (CRN). A dipendenza delle risorse disponibili, si può prevedere l'estensione a tutti gli Ospedali EOC. In ogni caso, le collaborazioni già in atto prima dell'istituzione del SPPM sono state mantenute nelle altre regioni tramite gli SPS.
- Sono confermate le convenzioni fra l'OBV e l'OSC che garantiscono la medicina interna a pazienti/utenti delle strutture stazionarie OSC a Casvegno e quelle con EOLAB per le analisi di laboratorio. Dopo un primo periodo di rodaggio, queste collaborazioni si sono intensificate con un elevato grado di soddisfazione per entrambi i partner e garantendo una gestione efficace dei costi. In questo quadro sarà pure da inserire la collaborazione tra il Servizio di psichiatria geriatrica OSC, i Servizi psico-sociali e gli ospedali dell'EOC per migliorare la presa a carico dei pazienti anziani che necessitano di assistenza psichiatrica.
- Inoltre l'OSC e l'OBV hanno presentato alla Direzione dell'EOC un progetto per la creazione di otto letti specializzati per la presa a carico di problematiche collegate a disturbi alimentari degli adulti. A dipendenza delle decisioni dell'EOC si valuterà la formulazione della collaborazione. Questo nucleo avrebbe anche la possibilità di presa a carico ambulatoriale. Il SMP, a sua volta, collabora con il reparto di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano, per la presa a carico clinica di problematiche collegate a disturbi alimentari nell'infanzia e nella prima adolescenza.
- Spesso il disagio psichico si manifesta attraverso delle crisi impreviste e richiede interventi di urgenza per i quali non necessariamente è indicato il ricovero in strutture sta-

zionarie psichiatriche. La creazione all'interno dell'EOC di 4-6 letti, suddivisi territorialmente, per le urgenze psichiatriche con degenza massima di 7 giorni, con lo scopo di approfondire la valutazione del quadro clinico da parte di operatori del SPPM, permetterebbe una migliore presa a carico dei pazienti e nel contempo uno sfruttamento adeguato delle sinergie fra i due enti pubblici.

Assistenza psichiatrica in ambito penale

L'assistenza psichiatrica in ambito penale subirà nei prossimi anni un cambiamento sostanziale con l'apertura del nuovo carcere giudiziario (60 posti).

Tenuto conto dell'importante cambiamento in atto, andranno riesaminate le competenze e le modalità dell'assistenza psichiatrica al PCT.

Aiuto alle vittime

Fino a quando non verrà decisa una riorganizzazione delle Unità di intervento regionali (UIR) della LAVI, l'OSC continuerà a mettere a disposizione delle 4 unità, coordinate dal Delegato alle vittime, due operatori di picchetto per ogni unità. Ad ogni UIR l'OSC garantirà l'attribuzione di un dipendente del SMP e uno proveniente dal SPS.

Fondazione Sirio

Negli ultimi anni è emerso il problema dell'abitazione di utenti OSC dopo la dimissione dalla Clinica o di altre persone seguite dai servizi ambulatoriali. La Fondazione Sirio, che nel frattempo ha ceduto alla Fondazione Dragonato la gestione dell'omonimo istituto bellinzonese, si è messa a disposizione per trovare una soluzione a questo nuovo bisogno che non è stato ripreso da nessuna pianificazione. Si ipotizza l'acquisto di uno stabile nel Luganese, regione con la maggior densità di popolazione, che verrà amministrato dalla Fondazione stessa. Per quanto concerne invece la presa a carico socio-educativa e terapeutica, la nuova istituzione farà capo in primo luogo alle risorse dei Servizi psico-sociali OSC, così come agli altri enti e servizi presenti sul territorio. Il progetto non prevede la garanzia dell'abitazione a lungo termine, ma di inserire questa prestazione nel quadro di un processo di autonomizzazione dell'utenza che la porti al rientro al domicilio o verso degli appartamenti protetti, offerta quest'ultima da sempre garantita dalla Fondazione Sirio.

Scheda N. 9

Le dipendenze da sostanze

Le persone con problemi di dipendenza da sostanze richiedono spesso anche un trattamento psichiatrico (problema della cosiddetta “doppia diagnosi”). È un dato rilevato in Europa e anche in Svizzera dove la Confederazione ha individuato tre livelli di presa a carico medica di questi casi.

- il primo livello prevede una presa a carico da parte del medico di base;
- il secondo livello prevede una presa a carico da parte del medico di base, coadiuvato all'esterno dallo psichiatra;
- il terzo livello prevede una presa a carico da parte del medico di base, per quanto riguarda l'aspetto somatico, e del medico psichiatra, per quanto riguarda l'aspetto psichico.

Sottolineiamo che si tratta, qui, di presa a carico medica. In realtà, la presa a carico dei tossicodipendenti è multidisciplinare, non solo medica. È quindi utile sottolineare la necessità di collaborazione tra medico somatico di base, psichiatra, psicoterapeuta, infermiere, educatore, assistente sociale, farmacista. La rilevanza degli aspetti sociali e culturali richiede, infatti, una stretta collaborazione con altre strutture nel campo delle dipendenze soprattutto per quanto attiene a prevenzione, diagnosi precoce e reinserimento sociale.

Proposte operative

- Il progetto AMTiTox
L'Ufficio del medico cantonale ha istituito il progetto AMTiTox (approccio multidisciplinare ticinese per le dipendenze). In questo progetto, grazie alla Confederazione (40%) e al Cantone (60%), l'OSC mette a disposizione per tre anni un medico psichiatra capoclinica (e capo-progetto) che animerà e contribuirà a formare i gruppi locali composti di un farmacista, uno psichiatra OSC, un rappresentante delle antenne e un medico somatico. Si tratta di approfondire quanto ottenuto grazie al progetto precedente, MeTiTox. Tutto questo si strutturerà in un progetto di centro di competenza specifico. Il medico capo-progetto (OSC) sarà anche responsabile del progetto di presa a carico intra-ospedaliera dei tossicodipendenti ospedalizzati alla Clinica psichiatrica cantonale.
- Istituzioni ambulatoriali e stazionarie per tossicodipendenti
L'OSC continuerà ad occuparsi della presa a carico psichiatrica di persone dipendenti da sostanze e - assieme agli Ospedali dell'EOC e delle Cliniche private - della disintossicazione acuta. Il coordinamento delle misure sociali ed educative rimarrà però compito degli altri Enti attivi sul territorio. L'OSC è disponibile, previa valutazione delle risorse necessarie, ad assumere eventuali nuovi compiti che potrebbero esserle attribuite nell'ambito del “Piano cantonale degli interventi in materia di tossicomanie” e sulla base dei risultati di AMTiTox.

➤ Istituzioni ambulatoriali e stazionarie per alcooldipendenti

Per quanto riguarda la presa a carico delle persone dipendenti da alcool, l'OSC continuerà ad occuparsi della presa a carico psichiatrica e – assieme agli ospedali dell'EOC e alle Cliniche private – della disintossicazione fisica. Il coordinamento delle misure sociali ed educative, svolto da Ingrado – Centro di cura dell'alcoolismo - è supportato dalla presa a carico psichiatrica dei servizi OSC.

Inoltre l'OSC continuerà a garantire regolari momenti di incontro a livello regionale tra i rispettivi operatori.

Per il tramite del Centro documentazione e ricerca sarà inoltre effettuata un'inchiesta sulle esigenze di miglioramento della collaborazione tra l'OSC e Ingrado (consultori e Centro Residenziale), al fine di sviluppare delle procedure di collaborazione ancora più efficaci ed efficienti.

Scheda N. 10

Centri diurni OSC

Sono confermati gli obiettivi dei Centri Diurni OSC, che sono strutture dove l'utente trascorre una parte della giornata seguendo programmi riabilitativi caratterizzati da attività personalizzate e mirate alla riacquisizione di competenze individuali, relazionali e sociali.

I Centri Diurni, che spesso completano l'intervento ambulatoriale dei Servizi psico-sociali e degli psichiatri attivi nel privato, offrono:

- programmi di riabilitazione per utenti in situazione di disagio psico-sociale;
- spazi di presa a carico integrati nelle reti di sostegno sul territorio;
- complemento alla presa a carico demedicalizzata in caso di crisi;
- programmi riabilitativi destinati ad utenti con importanti e ripetuti precedenti psichiatrici.

Per meglio sviluppare l'accoglienza occorre migliorare i collegamenti con le diverse strutture coinvolte. Sul territorio cantonale questo si è già in parte concretizzato attraverso l'organizzazione di mostre, feste, ateliers in collaborazione con i diversi Enti interessati, intensificando il rapporto con la rete sociale estesa e prevedendo una collaborazione con le famiglie, i datori di lavoro e la comunità nel suo insieme.

Il numero dei posti per utenti dei Centri Diurni riconosciuti dall'UFAS è passato da 100 a 120 (Pianificazione AI 2000-2003) e l'accoglienza dei nuovi ospiti avverrà gradualmente.

Nel 2003 il numero degli utenti è stato di 540 (487 nel 1996). Questo aumento del numero di utenti e delle giornate di presenza è sicuramente in parte dovuto all'accresciuta presenza di pazienti seguiti da psichiatri e psicoterapeuti privati.

Proposta operativa

Gli utenti ed i loro familiari hanno più volte sollecitato l'incremento degli orari di apertura dei Centri Diurni. Richieste e auspicate sono soprattutto le aperture nel fine settimana e questo anche nell'ottica della prevenzione. Tuttavia questo nuovo compito non è realizzabile senza un potenziamento del personale.

Formazione OSC

➤ Formazione FMH

La nuova Legge Federale sull'esercizio delle professioni mediche, pone "l'alta sorveglianza" della formazione post-graduata dei medici sotto l'egida della Confederazione. In qualità di Organizzazione professionale nazionale accreditata, la FMH conserverà la responsabilità della regolamentazione della formazione post-graduata, in particolare per quanto concerne il riconoscimento e la futura certificazione degli Istituti di formazione. Tutti i titoli di specialisti FMH diventeranno dei titoli federali.

Il miglioramento della qualità della formazione post-graduata è il punto essenziale della revisione del Regolamento per il perfezionamento professionale (RPP) della FMH (art. 39). I responsabili degli Istituti di formazione riconosciuti sono stati chiamati a redigere, entro il 2002, in collaborazione con la loro Società Specialistica, un concetto di formazione post-graduata che contempla la descrizione dei contenuti, l'organizzazione in termini di tempo e di programmi e gli obiettivi della formazione.

I Servizi e le Strutture dell'OSC sono da anni riconosciuti da parte della FMH come Strutture di formazione classificate nella massima categoria (A1). Per mantenere quest'alto riconoscimento, i Direttori medici dell'OSC hanno elaborato il concetto di formazione post-graduata secondo le norme stabilite dalla FMH. L'offerta formativa comprende corsi, seminari, supervisioni regolari e corsi di formazione in psicoterapia. La Commissione della Società Svizzera di Psichiatria controlla periodicamente la qualità della formazione.

➤ Formazione degli psicologi e degli psicoterapeuti

Le strutture dell'OSC sono luoghi di formazione riconosciuti per psicologi e psicoterapeuti che devono obbligatoriamente, prima di ottenere il riconoscimento cantonale, assolvere un periodo di formazione clinica per la durata di almeno 6 mesi presso un Istituto di categoria A.

Gli unici Istituti in Ticino riconosciuti in tale categoria dalla speciale Commissione del DSS sono i Servizi psico-sociali, quelli medico-psicologici e la Clinica psichiatrica cantonale. Per questi stages i candidati superano costantemente del doppio i posti a disposizione. Ciò causa una seria limitazione alla possibilità di concludere l'iter formativo, di conseguenza la questione dovrà essere esaminata con cura da parte della competente commissione del Dipartimento della sanità e della socialità e dal Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport.

L'OSC s'incarica di verificare con la Commissione per la formazione la possibilità di ampliare il numero degli Istituti nei quali è possibile seguire lo stage per ottenere il riconoscimento cantonale.

➤ Formazione infermieristica

L'alta specializzazione richiesta nel lavoro infermieristico in campo psichiatrico pone delle difficoltà di inserimento al personale infermieristico neodiplomato che, pur ricevendo un'adeguata formazione teorica, non ha i mezzi per trasferirla sul piano pratico. Per questo motivo, all'OSC si è introdotta una formazione specifica che permette di fare da ponte tra la formazione di base e la formazione specialistica in salute mentale.

Dopo una prima fase di rodaggio, si valuterà se estendere l'accesso a questa formazione anche a personale esterno che ne farà richiesta.

La CPC e i SPS sono riconosciuti dalla Scuola cantonale in cure infermieristiche quale luogo di stage obbligatorio per l'ottenimento del diploma. Il CARL, il Servizio di Soterapia ed i Centri Diurni sono riconosciuti dalla SUPSI come luoghi di stage. La CPC ed il CARL inoltre sono riconosciuti quali luoghi di stage anche per l'ottenimento della maturità professionale (Scuola di diploma).

➤ Altre formazioni / Stages

L'OSC, conformemente alle risorse a disposizione, garantirà la formazione per le scuole e gli studenti che ne fanno richiesta.

Proposte operative

- Oltre a garantire il mantenimento dell'attuale riconoscimento di tutte le formazioni offerte dall'OSC, per quanto concerne il personale medico in formazione, l'Organizzazione dovrà differenziare i posti di formazione da quelli di prestazione (medici specialisti d'ospedale) e quindi istituire questi ultimi come nuova funzione nel suo organico.
- Il Servizio delle cure OSC chiederà al Servizio cantonale preposto alla formazione continua, la certificazione EduQua per la formazione dispensata al proprio personale. Una volta ottenutala, aprirà al personale delle altre strutture (ospedali, cliniche, SACD, Case per anziani, Istituti, ecc.) la possibilità di iscriversi ai corsi offerti. Per la frequenza di questi corsi sarà richiesto il versamento di una tassa.

Servizio psico-sociale Mendrisio

L'attuale sede del Servizio psico-sociale di Mendrisio non è accessibile alle persone motulesse e presenta anche altre barriere architettoniche interne. In collaborazione con la Sezione della logistica del DFE, la Direzione OSC proporrà una soluzione a questa problematica aumentando nel contempo la superficie utile per la presa a carico degli utenti.

Servizio medico-psicologico Coldrerio

L'attuale sede del Servizio medico-psicologico di Coldrerio necessita di manutenzione e di modifiche nella distribuzione degli spazi. In collaborazione con la Sezione della logistica del DFE, la Direzione OSC proporrà una soluzione che aumenti la superficie utile per la presa a carico dei giovani e l'accoglienza per le famiglie. Nel contempo, si dovrà aumentare la sicurezza per gli ospiti della struttura.

Direzione di settore, Servizio psico-sociale e medico-psicologico di Lugano

Dopo il periodo dedicato alla ristrutturazione degli spazi, a fine 2004 si è traslocato (Messaggio no. 5343 del 17 dicembre 2002) nel nuovo stabile Luganetto, via Luganetto 5 (acquistato nel 2003) che permette un'accoglienza più adeguata degli utenti.

Centri Diurni di Viganello e di Mendrisio

A dipendenza delle offerte sul territorio e della disponibilità di risorse finanziarie che si potranno investire, nel corso della corrente Pianificazione sociopsichiatrica si dovrà migliorare la qualità della logistica delle attuali sedi di Viganello e di Mendrisio ed eventualmente deciderne il trasloco.

Reparto privato e semiprivato

Benché l'attuale situazione logistica in CPC, a causa delle ristrutturazioni e del tasso di occupazione, non lo permetta, si può prevedere una suddivisione dei letti in tre classi: classe comune, semiprivata e privata.

Pur ribadendo che anche in futuro sarà garantita l'utilizzazione di camere singole in classe comune in relazione allo stato psichico del paziente, la possibilità che la psichiatria pubblica stazionaria si occupi anche di pazienti in camere private o semiprivato sarà approfondita e studiata.

Scheda N. 13

Mantenimento e promozione della qualità delle cure

Nel 2002 è stato introdotto il sistema di verifica della qualità per il CARL e per i CD, come richiesto dall'Assicurazione per l'invalidità.

La Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) contempla esplicitamente i concetti di economicità, di opportunità e di efficienza della cura, ed evidenzia inoltre l'importanza dei procedimenti di verifica per assicurare la qualità. Questi procedimenti non solo ne permettono il mantenimento, ma ne promuovono anche l'aumento.

La qualità di ogni struttura terapeutica o assistenziale comprende le proprietà delle risorse strutturali, materiali ed immateriali, che occorrono per erogare le prestazioni (personale, know how, apparecchiature, tecnologia informatica, ecc.).

La qualità dei processi include le proprietà specifiche di detti processi (interazione tra i diversi gruppi professionali, ecc.). Con qualità dei risultati (outcome) si intendono le proprietà dei risultati conseguiti con un certo tipo di prestazione.

L'articolo 58 della LAMal obbliga gli Ospedali e l'Assicuratore a stipulare contratti che prevedano la verifica di qualità. Per la CPC si tiene conto, in particolare, degli standard di qualità definiti dal Gruppo a suo tempo presieduto dal Dr. Wengle, e appoggiato dall'Associazione Svizzera dei Primari Psichiatrici (SVPC).

Gli standard presi in considerazione e riguardanti gli elementi critici del processo di trattamento sono:

- il ricovero;
- l'accordo di trattamento;
- le dimissioni;
- la gestione delle situazioni a rischio;
- le misure coercitive;
- il trattamento su basi scientifiche;
- i giudizi dei pazienti (grado di soddisfazione).

Gli standard integrativi considerano la collaborazione interdisciplinare, la gestione dei dati dei pazienti, il colloquio degli operatori, le riflessioni e le procedure medico-economiche integrate.

La Clinica ha introdotto, in collaborazione con numerose altre cliniche psichiatriche attive sul territorio elvetico, un questionario di soddisfazione dei pazienti, denominato POC-18. Per motivi metodologici, come peraltro si rileva dappertutto in Svizzera, è più difficile la verifica della qualità nei Servizi ambulatoriali.

L'obiettivo di qualità intende soddisfare criteri di ottimizzazione, e non di massimizzazione. Il principio fondamentale di gestione è imperniato su un'autogestione controllata, con elementi di gestione esterna. Si tratta di un sistema di incentivi atto a promuovere la massima motivazione ed a stimolare la disponibilità ad apprendere ed a migliorare (sistema di apprendimento motivato).

Proposte operative

A dipendenza delle decisioni che saranno prese nell'ambito della convenzione quadro H+ / Santésuisse la CPC adotterà un sistema di gestione della qualità e ne chiederà la certificazione.

Servizi per minorenni

Con riferimento alle discussioni in Gran Consiglio relative all'approvazione della Pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001, il Centro documentazione e ricerca dell'OSC è stato incaricato di verificare le modalità di lavoro e l'efficienza nonché l'efficacia dei SMP e dei CPE. L'inchiesta ha riguardato il grado di soddisfazione degli operatori, dei familiari dei bambini seguiti e delle istanze che hanno segnalato giovani pazienti o famiglie al SMP o ai CPE. La ricerca ha evidenziato il diverso apprezzamento dell'operato dei servizi da parte degli invianti e degli utenti/famiglie. La presenza di altri servizi della rete sociale non è analoga in tutte le regioni del nostro Cantone e questo influenza anche l'attività dei SMP e dei CPE. E' però importante che questi servizi sociopsichiatrici per minorenni assumano maggiormente un'identità comune. Per questo motivo la direzione OSC sta discutendo dei risultati per proporre soluzioni per migliorare l'efficienza e l'efficacia di questi importanti servizi per i minorenni e per uniformare, sempre nel rispetto delle diversità regionali, i loro modelli di intervento (cfr. Introduzione A, Scheda no. 4).

Un'indagine analoga sarà eseguita nel 2005/2006 anche nei Servizi psico-sociali.

Terza parte

Allegati:

1. L'intervento psichiatrico.
2. Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001 (2004).
3. Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica 1991-2003.

Allegato N. 1

L'intervento psichiatrico

Il rapporto di Pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001, pagg. 1-3, presentava una descrizione schematica dei principi di funzionamento nel campo della sociopsichiatria e dell'applicazione di questi principi alla realtà del Cantone. Si tratta di un testo ancora oggi valido, utilizzato nella pratica psichiatrica pubblica del Ticino, rappresentata dall'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC).

Nel testo in questione, si faceva spesso riferimento alla teoria ed alla pratica dominanti a quel momento in Svizzera, evidenziandone le differenze e le somiglianze. Erano ad esempio evidenti differenze importanti tra Ginevra e Zurigo. Oggi siamo però in grado di riprendere il problema sulla base di uno studio promosso da una Commissione composta di rappresentanti delle Istituzioni universitarie di psichiatria degli adulti, dei bambini e degli adolescenti e della medicina psico-sociale. La Commissione ha pubblicato nel 2000 un rapporto intitolato "*Situation actuelle et développement à venir de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse*", in cui in sintesi si afferma che:

la psichiatria è una specialità della medicina che comprende sia le scienze biologiche (neurofisiologia, biochimica, farmacologia, genetica) che le scienze umane (psicologia, sociologia, etica, antropologia, diritto). Per quanto riguarda la popolazione svizzera la frequenza dei disturbi psichici che richiederebbero un trattamento, calcolata sul periodo di vita, raggiunge il 50%. Secondo le inchieste realizzate nei paesi sviluppati e in via di sviluppo, più del 25% degli individui presentano uno o più disturbi mentali e comportamentali nel corso della loro vita (Regier et al. 1988; Wells et al. 1989; Almeida-Filho et al. 1997) (da: "Rapport sur la santé dans le monde, 2001 - La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs" dell'Organizzazione mondiale della sanità).

I disturbi mentali sono delle malattie che hanno conseguenze talvolta estremamente gravi per il paziente e i suoi familiari. Essi comportano anche dei costi diretti (trattamento, presa a carico) e indiretti (morte prematura, perdita di produttività, disoccupazione) molto elevati.

Alcuni disturbi mentali compaiono una sola volta, altri possono presentare un'evoluzione ricorrente (ad esempio la depressione) ed altri infine tendono a divenire cronici (per esempio la schizofrenia, le dipendenze).

L'approccio terapeutico ai disturbi psichici va comunemente riferito al modello bio-psico-sociale. Questo paradigma permette di integrare le cure con medicinali e la psicoterapia, tenendo conto della dimensione sociale.

Ci sono delle importanti differenze di mezzi messi a disposizione dai differenti Cantoni. In generale le carenze riguardano in particolare la possibilità di interventi in centri di emergenza (crisi), in servizi ambulatoriali e negli ospedali di giorno. La politica della salute in psichiatria consiste nel privilegiare le cure ambulatoriali e semi-stazionarie rispetto alle cure ospedaliere. Nella pratica tuttavia questo principio è più una dichiarazione di intenti che una realtà.

Di seguito si presentano e si verificano i concetti proposti dal rapporto in questione e la loro applicazione nella psichiatria pubblica ticinese. In corsivo sono riprodotte le considerazioni della Commissione.

1. La presenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione

Ragioni biologiche, psicologiche, ma anche sociologiche (insicurezza sociale, minacce sociali, diminuzione del sostegno sociale) contribuiscono a rendere acuta la problematica psi-

chica nel nostro Paese, forse anche ad aumentarla. Si calcola che la metà di tutti gli svizzeri ricorrerà ad una cura psichiatrica nel corso della propria vita.

La prevalenza dei disturbi psichiatrici (calcolata sul periodo di 1 anno) necessitanti di un trattamento nella popolazione è del 30%. Questi disturbi si distinguono in due tipi: i disturbi cronici (come la schizofrenia e le dipendenze) e i disturbi ricorrenti (come la depressione). Molte forme rimangono subcliniche e sono curate dai medici di famiglia. Sono frequenze che ritroviamo ovunque in Europa.

2. La psichiatria degli adulti

In Svizzera, una buona parte della psichiatria degli adulti è affidata alla psichiatria privata. Il medico esercita la psichiatria e la psicoterapia in un proprio ambulatorio. Mentre il numero di psichiatri privati aumenta, ristagna invece la crescita della psichiatria pubblica. Per quanto attiene alla presa a carico ospedaliera, nella maggior parte dei cantoni essa è di competenza pubblica.

Nel Ticino, la pianificazione LAMal dei posti-letto ospedalieri acuti evidenzia che circa la metà dei letti psichiatrici è gestita da Istituti privati. Il numero di letti per abitante in Ticino corrisponde a quello degli altri cantoni.

Le degenze in Ospedale psichiatrico sono sempre più brevi e spesso comprendono solo misure urgenti, che talvolta non bastano nella presa a carico in generale, specialmente dei più giovani.

A livello di risposta agli utenti, non si possono sottacere alcune difficoltà sorte a causa del forte aumento del disagio psichiatrico della popolazione. La grande pressione di collocamenti coatti sulla Clinica psichiatrica cantonale (circa il 60% delle ammissioni), abbinata all'elevato tasso di occupazione (media del 100% con punte superiori) impedisce di occuparsi degli altri pazienti con la dovuta qualità. Questi ultimi ricoveri, se da un lato non sono urgenti, sarebbero infatti indicati. D'altra parte, le relative dimissioni rischiano di essere talvolta precoci e di comportare una successiva riospedalizzazione.

Per il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL), attualmente esiste una lista d'attesa che dovrebbe comunque essere essenzialmente assorbita con l'aumento da 100 a 121 posti previsto per il 2007.

Manca una struttura abitativa intermedia fra il domicilio e la clinica per i pazienti dimessi. Tale struttura richiede tuttavia personale e altre risorse in beni e servizi supplementari.

I servizi ambulatoriali per adulti (servizi psico-sociali - SPS) registrano una pressione maggiore di utenti. La conseguente lista d'attesa non permette sempre una risposta ottimale.

I mandati delle Commissioni tutorie regionali (CTR) e delle Unità di intervento regionale (UIR) per le vittime di violenze, limitano le risorse dei servizi per principio destinate agli altri compiti istituzionali dell'OSC, per cui non favoriscono il funzionamento previsto di questi ultimi.

Nel Cantone Ticino la presenza della psichiatria negli Ospedali generali non è sufficientemente estesa, come d'altronde in tutta la Svizzera. Tuttavia con la creazione del Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM), l'OSC ha dato una risposta a questo bisogno della popolazione. Essendo le risorse a disposizione limitate, non si è potuto generalizzare l'intervento in tutti gli Ospedali somatici, si garantisce però l'intervento d'urgenza anche facendo capo ai Servizi psico-sociali o a medici consulenti privati.

La presa a carico semiambulatoriale può essere svolta in ambito sociopsichiatrico e riabilitativo presso i Centri Diurni OSC, oppure presso gli Ospedali di giorno.

La *regionalizzazione* delle cure nel Ticino è promossa grazie alla settorializzazione prevista dalla LASP già dal 1983 e all'istituzione di Servizi psico-sociali sul territorio.

Lo *Spitex* è ancora in una fase d'introduzione. La psichiatria pubblica è disponibile ad offrire il proprio contributo, in particolare nel campo della supervisione e dell'intervento di rete nonché della formazione.

3. La psichiatria dei bambini e degli adolescenti

La psichiatria dei minorenni è praticata da pediatri, generalisti, pedopsichiatri e psicologi. I Servizi pubblici coprono una gran parte delle necessità nel campo, anche se gli psichiatri privati specialisti nel ramo vanno aumentando.

Secondo il rapporto, in Svizzera mancano luoghi di socializzazione per bambini e per adolescenti che svolgano anche un'azione educativa e preventiva.

In Ticino, la collaborazione della psichiatria pubblica con la scuola, le famiglie e la Magistratura minorile ha evidenziato problemi nuovi, in particolar modo riguardo agli adolescenti, (vedi introduzione, capitolo A, pagg. 5-9) dove la psicopatologia si trova strettamente correlata con problemi educativi, di controllo sociale e di ordine pubblico. E' quindi indispensabile analizzare la situazione giovanile e verificare quali modelli di presa a carico siano indicati, differenziando chiaramente quelli a carattere prevalentemente educativo da quelli sociosanitari così da evitare, per quanto possibile stigmatizzazioni inopportune.

4. La psichiatria degli anziani

In Svizzera, la presa a carico degli anziani che necessitano di cure psichiatriche, è sostanzialmente ambulatoriale. Mancano centri di crisi da utilizzare in momenti particolari della vita dell'anziano e spazi di socializzazione.

Il Ticino dispone di una migliore situazione (vedi introduzione, capitolo C, pagg. 14-16). Infatti sono presenti Centri per la socializzazione dell'anziano (organizzati dall'ATTE) e Centri ambulatoriali per chi soffre di disturbi cognitivi (demenze) organizzati da Pro Senectute. Le Case per anziani sono in grado di ospitare chi soffre di demenza e molte offrono soggiorni temporanei. Per le urgenze psico-geriatriche, l'OSC ha creato un reparto di psicogeriatrica acuta, che prevede il rientro dell'anziano nel suo ambiente di vita una volta terminata la fase acuta della malattia.

5. Le dipendenze e l'abuso di sostanze

La presa a carico dei problemi delle dipendenze, in Svizzera, passa attraverso Centri ambulatoriali (Antenne), Comunità, Ambulatori e Ospedali psichiatrici. In particolare va aumentando la psichiatrizzazione della presa a carico, in funzione dell'aumento di casi che evidenziano la presenza di una tossicodipendenza con problemi psichiatrici veri e propri ("comorbilità"). In Svizzera s'è anche fatta un'importante esperienza utilizzando l'eroina al fine della riduzione del danno.

Il piano cantonale degli interventi in materia di tossicomanie propone un maggior coinvolgimento della psichiatria nella presa a carico ambulatoriale e clinica dei pazienti. Lo Stato ha fatto un buon lavoro di formazione degli operatori e di verifica dei risultati. I Servizi SPS e la CPC si sono dimostrati partner importanti sia delle Antenne e Comunità per tossicodi-

pendenti che degli Ambulatori e dei Centri residenziali e diurni per dipendenti da alcool (Ingrado).

6. La psichiatria di rete e di consulenza

La psichiatria di rete e di consulenza esiste in cinque Ospedali universitari e in sei Ospedali cantonali. È poco per soddisfare le esigenze ed è dunque insufficiente. Solo 1/3 dei reparti di medicina dispone di un servizio psichiatrico specializzato.

Il Cantone ha istituito un Servizio di consulenza (il SPPM) che opera primariamente presso l'Ospedale regionale di Lugano e il Servizio oncologico cantonale e collabora con altre Cliniche per compiti mirati. Gli altri Ospedali cantonali hanno a disposizione consulenti privati o consulenti OSC, in forma non sempre sistematica. Nel Cantone Ticino esiste un modello generale di intervento, ma non è ancora stato completamente implementato. A dipendenza delle risorse a disposizione si procederà ad una valutazione delle risposte che l'OSC potrà dare alle richieste di collaborazione espresse dagli Ospedali somatici dell'EOC, ciò nell'ambito delle collaborazioni convenzionate per la psichiatria di liaison, e da altre strutture sanitarie che ne faranno richiesta.

7. La non stigmatizzazione

Abitualmente il cittadino teme la malattia psichica anche se le riforme della psichiatria nel corso di questi ultimi anni hanno contribuito a modificarne la percezione. Si assiste ad un cambiamento di attitudine verso la malattia, come pure verso le Istituzioni di cura. In certe situazioni particolari c'è tuttavia il rischio che si ritorni allo stereotipo del "matto minaccioso e pericoloso".

Le condizioni di vita ed il contesto sociale con cui il malato psichico cronico è confrontato dopo la cura ospedaliera, influenzano il reinserimento, la sintomatologia e il rischio di ricadute. È dunque l'insieme del processo di riabilitazione che viene condizionato. L'attitudine del pubblico ha un influsso diretto sul successo o sul fallimento di questo approccio. Un cambiamento d'atteggiamento della popolazione generale può essere ottenuto sia attraverso delle campagne pubbliche che attraverso il coinvolgimento di persone chiave che possono contribuire efficacemente a dare della psichiatria un'immagine positiva. Il miglioramento costante di questa immagine e una migliore accoglienza dei malati psichici nella popolazione possono tuttavia essere raggiunti solo attraverso un miglioramento oggettivo dei dispositivi di cure psichiatriche e delle condizioni di vita dei malati psichici.

8. L'insegnamento della psichiatria e della psicoterapia

È un insegnamento specialistico, che comprende necessariamente psichiatria e psicoterapia, ma che può essere rivolto a tutti i medici interessati, e deve comprendere un avviamento alla ricerca nel campo. Cinque università si occupano dell'insegnamento della psichiatria.

La psichiatria pubblica mette a disposizione docenti per le Scuole socio-sanitarie del Cantone e posti di stages per i loro allievi. Organizza, al suo interno, un corso di formazione per medici specializzandi in psichiatria e psicoterapia, che porta all'esame finale di specializzazione (FMH). Per quanto attiene alla formazione specialistica, l'OSC è equiparata ai servizi psichiatrici universitari della Svizzera. Questo vale sia per la psichiatria degli adulti, sia per quella dei bambini e degli adolescenti.

L'OSC propone 22 posti di stages per psicologi e psicoterapeuti diplomati che intendono lavorare nel campo clinico o in quello della ricerca. Il Regolamento cantonale richiede un certo periodo di pratica clinica in Istituzioni di tipo A quale è l'OSC.

Tre iniziative private, sostenute da operatori specializzati dell'OSC, formano medici e psicologi nel campo della psicoterapia (psicoterapia psicoanalitica, psicoterapia integrativa, psicoterapia cognitiva e comportamentale).

Inoltre l'OSC è luogo di stage e di formazione per le scuole infermieristiche e per la SUPSI nell'ambito della formazione per operatori sociali.

9. L'importanza economica

La frequenza importante dei disturbi psichici ha come conseguenza il fatto che i trattamenti implicano dei costi socioeconomici considerevoli. Si distingue fra costi cosiddetti "diretti", ossia legati alle cure, e costi cosiddetti "indiretti", legati alle conseguenze della malattia come l'interruzione del lavoro. I costi indiretti rappresentano fino al 65% del totale dei costi ed hanno dunque un'incidenza socioeconomica ben più importante dei costi diretti. Questa analisi è particolarmente calzante per le malattie affettive (ad esempio la depressione), le schizofrenie, le dipendenze e le affezioni demenziali. Una diagnosi precoce ed una profilassi efficace delle ricadute permettono sovente dei risparmi importanti. Una presa a carico di prossimità, l'utilizzazione di medicinali efficaci, come pure una valutazione periodica delle strategie di cura, riducono i costi diretti e indiretti. "Anche se il prezzo di certi medicinali è economicamente importante, a seconda delle circostanze, dei medicinali cari possono portare ad una riduzione dei costi socio-economici. E soprattutto il caso laddove si rivelano più efficaci e dove è stato accertato un effetto preventivo sulle ricadute". Il rischio di ricadute delle malattie implica anche il ricorso a degli approcci psicoterapeutici e psicosociali a lungo termine. Questo ha come obiettivo di impedire che i pazienti restino esclusi dall'intervento di rete generando ulteriori importanti costi socioeconomici.

In base agli studi internazionali, si può stimare che almeno il 10% e fino al 12% dei costi della salute sono dovuti alle malattie psichiatriche.

10. Il quadro giuridico

In Svizzera si tratta di un campo ancora poco definito. Dev'essere dunque approfondito. Per esempio, mancano direttive svizzere che riguardino l'ospedalizzazione coattiva e la cura coattiva (in ospedale o in ambulatorio). Manca un quadro generale, che rappresenti la psichiatria svizzera.

In Ticino, per contro, esiste un quadro normativo ben preciso: la Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP), che regola la difesa dei diritti e la protezione del paziente, in particolare quando non è in grado di decidere in modo autonomo della propria cura. La Commissione giuridica LASP vaglia la decisione del medico in caso di ricorso del paziente. La Commissione, nel suo rapporto annuale, deve indicare anche quali interventi strutturali a suo giudizio sarebbero stati eventualmente necessari nella cura dei casi che sono stati loro sottoposti e che avrebbero permesso una migliore assistenza agli utenti.

11. Raccomandazioni

Le raccomandazioni seguenti sono valide sia per la psichiatria degli adulti sia per la psichiatria dei bambini e degli adolescenti.

- *Creazione di un'offerta di cure e di accompagnamento, che tenga conto delle diversità cantonali e sia conforme agli standard internazionali.*
- *Attuazione di una rete di cure che dia la priorità alle cure ambulatoriali e semi-ospedaliere rispetto alle cure ospedaliere grazie a decisioni di politica della salute mentale e a stimoli tariffari positivi.*
- *Miglioramento della collaborazione tra psichiatri e psicoterapeuti che lavorano nella pratica privata e nella psichiatria istituzionale.*
- *Promozione di modelli d'integrazione delle cure e di presa a carico di pazienti cronici e gravemente malati anche nella pratica privata.*
- *Elaborazione di un programma di formazione continua e di manuali terapeutici in psichiatria e psicoterapia per i medici generalisti.*
- *Creazione di forme di cooperazione formalizzate con le associazioni di pazienti e di familiari, e con i Servizi sociali pubblici così da aumentare le risorse mettendole in comune.*
- *Sviluppo della psichiatria geriatrica, della psichiatria legale e della psichiatria di consulenza e di rete come centri di competenza nel quadro generale della disciplina della psichiatria e della psicoterapia.*
- *Potenziamento della politica di sostegno nell'ambito accademico con misure che riguardano l'insegnamento e la ricerca.*
- *Sviluppo di programmi di ricerca e d'insegnamento nel campo delle neuroscienze, delle psicoterapie e della psichiatria sociale favorendone la collaborazione in rete.*

Queste raccomandazioni sono state già in gran parte assunte e sviluppate nel Cantone Ticino, in particolare dall'OSC. Altre saranno proposte nell'attuale rapporto di Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008.

Allegato N. 2

Bilancio della Pianificazione sociopsichiatrica 1998-2001 (2004)

La Pianificazione 1998-2001 prevedeva la realizzazione di una ventina di proposte che permettessero di consolidare e completare le infrastrutture di base della psichiatria pubblica cantonale.

Di seguito vengono elencati gli obiettivi 1998-2001 (prolungati fino al 2004) con riferimento al documento pianificatorio 1998-2001 (pag. 4 e seguenti) e le misure adottate.

1. Psichiatria acuta: numero di Settori, regionalizzazione dei Servizi

“Nel campo organizzativo si prevede la suddivisione del territorio cantonale non più in tre bensì in due Settori, entrambi diretti da un medico Direttore di Settore in collaborazione con il Direttore delle cure infermieristiche”.

La suddivisione in due Settori (Sopraceneri e Sottoceneri) è stata attuata e collaudata. I risultati di questa riorganizzazione sono positivi.

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

*“Dopo il positivo collaudo iniziale del CARL si **conferma il suo modello** di presa a carico in un contesto **demedicalizzato** e la sua origine di luogo nel quale garantire delle condizioni di vita dignitose a tutta la casistica dei **cronici stabilizzati** che attualmente abita Casvegno, in alternativa a trasferimenti in altre strutture sul territorio che, oltre a risultare di difficile attuazione, sarebbero vissuti da questa utenza come uno sradicamento da un ambiente identificato come la propria casa.*

*Conclusa questa prima fase, il CARL **continuerà il suo programma di inserimento** (...).*

Il CARL ha continuato il suo programma di inserimento e la sua organizzazione strutturale e funzionale è stata attuata e collaudata.

3. Reparto di psicogeriatrica acuta

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

Il reparto di psicogeriatrica acuta è stato aperto e collaudato e si è pure sviluppata la coordinazione degli interventi presso le case per anziani, con la collaborazione dei Servizi psicosociali.

4. Ristrutturazione dell’Area di Casvegno

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

6. CPE unico per Bellinzonese e Locarnese

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

Nel periodo in questione non è stata trovata una Sede confacente alle esigenze del solo CPE Sopracenerino e Stabio è rimasto l'unico internato pedopsichiatrico cantonale.

7. CPE di Lugano

*“Il Centro psico-educativo di Lugano deve trovare una **nuova Sede** adatta alla sua funzione. L’Ufficio logistica dell’Amministrazione cantonale sta valutando una soluzione in affitto presso terzi.*

Nel prossimo periodo pianificatorio occorrerà valutare la possibilità di integrare questo istituto con quello di Stabio.”

Il trasloco nella nuova sede in via Brentani 7, Lugano, ha avuto luogo con l’inizio dell’anno scolastico 2003-04.

8. Centro Diurno di Locarno

“Il Centro Diurno di Locarno necessita di una Sede adeguata che permetta una razionale gestione del tempo, degli operatori e degli interventi.”

La Sede è stata trovata e dal giugno 1998 il Centro Diurno è sito in Via Balestra 2, a Locarno.

9. Servizi psico-sociali e medico-psicologici di Lugano e Bellinzona

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

Per i Servizi psico-sociale e medico-psicologico della capitale la ricerca delle nuove Sedi è andata a buon fine nel 1999 ed i nuovi locali affittati in Vicolo Sottocorte 4 rispondono alle esigenze.

Per i Servizi di Lugano il trasloco nella nuova sede in via Luganetto 5 a Lugano è avvenuto a fine 2004.

10. Coordinamento CPC

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

La nuova organizzazione del personale medico in CPC è stata approntata ed il Consiglio di Stato ha nominato il Direttore medico CPC.

11. Foyers terapeutici/appartamenti protetti/lavoro protetto

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

Le discussioni sono state avviate e la collaborazione con le strutture sul territorio, benché non si sia proceduto ad elaborare convenzioni, è migliorata permettendo ai pazienti dimessi dalla CPC che necessitano strutture adeguate di trovare più facilmente un collocamento. L’offerta complessiva è per altro da ritenersi ancora insufficiente, in particolare per quanto riguarda le strutture **logistiche** protette (foyers, appartamenti protetti), il che obbliga a volte a procrastinare le dimissioni dalla CPC o a procedere a dimissioni con progetti di ulteriore presa a carico solo parzialmente soddisfacenti. Dal 2003, all’interno del CARL, in collaborazione con la CPC, si offre una nuova modalità di presa a carico che dovrebbe permettere una migliore collaborazione con la rete sociale, in particolare si è approntato un appartamento di 5 letti per eseguire delle osservazioni sociali e professionali di giovani al primo scompensamento psicotico (progetto Villa Alta).

12. Reparto privato e semi-privato

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

A causa dei lavori di ristrutturazione in corso, non è stato possibile suddividere in tre classi i Padiglioni attualmente attribuiti alla CPC. Inoltre, ci si è confrontati negli ultimi due anni con un’occupazione dei letti molto elevata che ha obbligato la CPC a rivedere la dotazione degli stessi per camera.

Una volta terminate le ristrutturazioni ed entrati in vigore i mandati di prestazione previsti dal nuovo aggiornamento della Pianificazione LAMal, la situazione dei letti privati e semi-privati dovrà essere rivista e si deciderà se e come procedere alla loro istituzione anche in CPC.

13. Ricerca sulla qualità delle cure

Qualità, efficacia ed efficienza

“Per quanto riguarda la valutazione della qualità delle cure ambulatoriali, semi-ambulatoriali e cliniche, e dell’efficacia e efficienza dei servizi, si applicheranno i criteri riconosciuti a livello nazionale e previsti anche dalla LAMal (art. 58).

Il Centro documentazione e ricerca (CDR) dell’OSC ha come compito principale lo sviluppo degli strumenti per una promozione e garanzia della qualità delle cure dell’OSC e di eventuali altre UTR private riconosciute. Contemporaneamente verrà elaborata una “concezione delle cure per pazienti psichiatrici”, che serva da punto di riferimento operativo. Verranno definite norme generali e specifiche, la mobilità professionale del personale compatibilmente con la formazione e l’importanza del rispetto della libertà dell’utente e della sua re-integrazione sociale.”

Come richiesto dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), per il CARL ed i Centri Diurni è stato approntato un manuale qualità e quattro dipendenti sono stati formati quali agenti qualità e tre come responsabili.

Per la CPC si è introdotto analogamente a quanto deciso da altre strutture psichiatriche nazionali e cantonali, un formulario di inchiesta sulla soddisfazione dei pazienti PoC 18.

Il Centro documentazione e ricerca (CDR) dell'OSC ha collaborato ad un progetto europeo sulla qualità delle cure (Progetto Leonardo da Vinci) e ha presentato un concetto di qualità per le cure ambulatoriali. Sono stati realizzati studi di qualità riguardanti la CPC, il CARL, i Centri diurni, i SMP, i Laboratori protetti del CARL e la mensa.

14. Coordinamento della formazione

Formazione post-accademica

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

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

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

Nell'ambito formativo, oltre a quanto previsto, si è provveduto ad intensificare la collaborazione con la Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) e con l'Università della Svizzera Italiana (USI) per migliorare la qualità della formazione e per garantire ai collaboratori OSC perfezionamenti di livello, così come a fornire a questi Istituti di formazione docenti ed animatori di corsi che operano a tempo parziale nelle UTR OSC.

Formazione continua del personale

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

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

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

La formazione in salute mentale è stata istituita. L'OSC ha creato pure dei corsi teorici e pratici per gli infermieri che non hanno ancora seguito i corsi di formazione specialistica in salute mentale offerti dalla Scuola superiore per le formazioni sanitarie di Stabio, questo per colmare le lacune della formazione di base in psichiatria offerta agli infermieri.

15. Contenimento dei costi di gestione

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

Sono continuati gli sforzi di contenimento effettuati nel periodo precedente.

L'evoluzione finanziaria dal 1991 al 2004 (dati consuntivo) indica un aumento dei costi totali di gestione (Fr. 4.0 mio; + 8.1%) mentre l'indice dei prezzi al consumo, nel medesimo

periodo, ha fatto registrare un incremento del 18%. Va aggiunto che nel periodo 1999-2004 i costi sono aumentati del 9.1% mentre l'indice dei prezzi al consumo è stato unicamente del 4.7%. Questo è dovuto al miglioramento delle condizioni di lavoro del personale infermieristico [adeguate a quelle dell'EOC e degli altri istituti sociosanitari e all'aumento del personale accordato all'OSC dal Consiglio di Stato (+ 10 infermieri, + 1 medico assistente, + 6 educatori, + 2 personale ai servizi generali)]. Nel contempo però l'adeguamento delle rette LAMal e l'aumento dei sussidi UFAS hanno già parzialmente compensato questo aumento dei costi (vedi tabella).

OSC: EVOLUZIONE FINANZIARIA 1991 - 2004

(Fonte: contabilità dello Stato)

	1991 cons.	1995 cons.	1997 cons.	1998 cons.	2004 cons.
30 Spese per il personale	41'995'572	43'637'080	42'828'228	42'314'894	47'399'936
31 Spese per beni e servizi	4'968'129	4'890'773	4'739'550	5'041'296	4'662'816
33 Ammortam. (crediti inesig.)	2'612	5'551	468	12'616	12'048
36 Contributi		-	-	-	55'000
39 Addebiti interni	3'363'882	3'403'009	3'191'613	2'699'255	2'268'070
3 Totale spese correnti	50'330'195	51'936'413	50'759'859	50'068'061	54'397'870
42 Redditi della sost. (affitti)	127'000	122'000	64'000	104'000	108'860
43 Tariffe e vendite	16'938'243	16'354'327	21'144'764	21'357'227	24'020'867
46 Contr. per spese correnti	2'431'412	6'123'701	6'476'469	5'468'570	8'773'882
49 Accrediti interni		-	45'325	121'658	4'405
4 Totale ricavi correnti	19'496'655	22'600'028	27'730'558	27'051'455	32'908'014
FABBISOGNO	30'833'539	29'336'385	23'029'301	23'016'606	21'489'856

AUMENTO PERCENTUALE	1991 cons.	1995 cons.	1997 cons.	1998 cons.	2004 cons.
3 Totale spese correnti	100.0	103.2	100.9	99.5	108.1
4 Totale ricavi correnti	100.0	115.9	142.2	138.7	168.8
FABBISOGNO	100.0	95.1	74.7	74.6	69.7

Indice prezzi al consumo	100.0	110.4	111.8	111.8	118.0
--------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

16. Regolamento LASP

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

Il nuovo Regolamento LASP adottato dal Consiglio di Stato l'11 aprile 2000 ha definito il quadro generale delle competenze per il riconoscimento di UTR private.

L'attuazione di tale riconoscimento necessita comunque ancora di un importante lavoro di approfondimento. Questo anche a dipendenza delle rilevanti conseguenze finanziarie che potrebbero comportare per l'Ente pubblico e delle sentenze del Tribunale federale delle Assicurazioni.

17. Collaborazione con la psichiatria privata

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

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

Malgrado le difficoltà incontrate da alcune cliniche, si è promossa una fattiva collaborazione con le strutture psichiatriche private.

18. Collaborazione con l’Ente Ospedaliero Cantonale

“Per il momento, per quanto riguarda la psichiatria acuta, si è concordato con l’EOC che presso i reparti degli ospedali dell’EOC saranno assunte le urgenze e le malattie psichiatriche che non necessitano un intervento ambientale inconciliabile con la logistica dell’ospedale.

Nei reparti di medicina quindi è possibile, in accordo con i primari di medicina, ospedalizzare 1-2 utenti in situazione di crisi per i quali non è auspicabile l’immediato collocamento in una struttura più adeguata (...).

Nell’ambito della psichiatria di liaison, il Consiglio di Stato ha formalizzato la creazione del Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM) dell’OSC con Risoluzione dell’11 aprile 2000. Questo nuovo Servizio collabora con gli Ospedali dell’EOC, compresa la Clinica di riabilitazione di Novaggio, e con l’Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI).

Inoltre, è stata stipulata una Convenzione con l’Ospedale della Beata Vergine di Mendrisio con la quale l’Ospedale somatico regionale garantisce all’OSC (per i pazienti della CPC e del CARL) le consulenze di medicina generale. Si è inoltre proceduto a stipulare una convenzione con EOLAB per le analisi di laboratorio.

19. Penitenziario cantonale ticinese (PCT)

Si conferma la validità del testo della precedente Pianificazione che viene integralmente ripresa, specialmente se considerata nel nuovo progetto di ristrutturazione del PCT.

“La persona incarcerata che presenta una patologia psichiatrica conserva il diritto di essere assistita e curata.

L’intervento terapeutico deve tuttavia svilupparsi all’interno dei limiti posti dalla sicurezza e dalla protezione della società.

La nuova prospettata riorganizzazione dell’assistenza sociopsichiatrica al detenuto deve quindi tener conto di questi due aspetti del problema e realizzarsi senza portare pregiudizi né a una parte né all’altra.

In modo schematico il nuovo modello si articola attorno ai seguenti principi:

- *l’assistenza psichiatrica al PCT viene assicurata dall’OSC, che agisce in tal modo in qualità di consulente;*
- *il trattamento e le cure psichiatriche dispensate all’interno del PCT sono di esclusiva competenza dell’OSC. La sua azione sarà limitata unicamente dalle esigenze di sicurezza e di ordine interno imposte dalla normativa in vigore in materia di esecuzione delle pene e misure;*

- *l'OSC è responsabile di fornire il personale terapeutico necessario, in particolare designa il medico responsabile che a sua volta costituirà l'équipe di lavoro (infermiere, psicologo, ecc.);*
- *l'OSC interviene in PCT per assicurare l'assistenza alle persone che ne faranno esplicita richiesta oppure che vengono segnalate dal medico internista, dalla Direzione o dagli altri Servizi operanti in PCT (...).*

La collaborazione tra l'OSC e il PCT è stata confermata e i due enti hanno stipulato una Convenzione il 23 agosto 2000. Questa Convenzione sarà rivista con l'apertura del carcere giudiziario.

20. Istituzioni ambulatoriali e stazionarie per tossicodipendenti e alcooldipendenti

“L'OSC si occupa della disintossicazione acuta e della presa a carico psichiatrica di persone dipendenti da sostanze. Il coordinamento delle misure sociali ed educative rimane però compito delle Antenne per tossicodipendenti e degli ambulatori per alcooldipendenti. Collabora alla prevenzione e all'informazione.”

La collaborazione con gli Istituti preposti alla presa a carico di tossicodipendenti e alcooldipendenti è continuata ed è stata approfondita. Per quanto riguarda le dipendenze da sostanze illegali ulteriori interventi saranno da definire nel quadro del “Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie 2001-2004” e del progetto AMTiTox promosso dall'Ufficio del medico cantonale.

21. Case anziani, aspetti psicogeriatrici non OSC

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

La consulenza alle Case anziani che ne hanno fatto richiesta è stata garantita dai Servizi psico-sociali OSC.

22. Spitex

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

La collaborazione con i Servizi di cura e assistenza a domicilio è stata intensa e l'OSC, tramite un suo medico Caposervizio, ha partecipato attivamente alla fase pilota del Mendrisiotto. Si è garantita pure la formazione al personale.

23. Child Abused and Neglected Teams (CAN-TEAMS)

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

Fino al termine della loro attività, prima dell'istituzione delle UIR, la collaborazione è stata garantita.

24. Gruppi pediatria/ostetricia/psichiatria (POP)

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

Fino al termine della loro attività, la collaborazione è stata garantita.

25. Aiuto alle vittime LAVI

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

L’OSC ha messo a disposizione delle 4 Unità di intervento regionali (UIR), coordinate dal Delegato alle vittime, due operatori di picchetto per ogni unità.

Ad ogni UIR l’OSC ha attribuito un operatore dei SMP e uno proveniente dai SPS.

26. Collaborazione con altre Istituzioni

Con attenzione alle risorse umane disponibili, l’OSC ha garantito la collaborazione e la supervisione a favore degli Istituti che ne hanno fatto richiesta, come pure ha partecipato attivamente all’elaborazione della Pianificazione LAMal e della Pianificazione AI e all’elaborazione del Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie 2001-2004.

27. Conclusioni

I risultati ottenuti con la prima Pianificazione sociopsichiatrica 1993-1995 (1997) sono stati confermati nella Pianificazione 1998-2001 (2004). Ciò comprova ulteriormente che la presa a carico dei pazienti nel proprio ambiente sociale nel quadro di una psichiatria organizzata settorialmente sia stata una scelta valida, lo dimostra anche il voto unanime del Gran Consiglio alla revisione della LASP il 18 aprile 1999.

Sul piano delle risorse e organizzativo i risultati più significativi sono:

- Aumento dei casi seguiti negli ambulatori per adulti: da 3’609 del 1996 a 4’199 del 1999, a 5’702 nel 2004, ciò anche a seguito della istituzione formale del Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM).
- Intensificazione del lavoro di rete tra CPC, SPS e CD, con l’aumento da 100 a 120 posti riconosciuti nella Pianificazione AI 2001-2003 nei Centri Diurni, ciò senza aumento delle risorse attribuite all’OSC.
- Creazione di un reparto di psicogeriatrica acuta (17 letti) senza aumento di personale.
- Istituzione del Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM) mantenendo invariato il personale.
- Collaborazione con il Settore privato sociale nell’ambito delle dipendenze.
- Interventi regolari dei Servizi medico-psicologici (SMP) nella scuola pubblica.
- Accordo convenzionato con il PCT per la presa a carico sociopsichiatrica di detenuti o prevenuti.

L'approccio sociopsichiatrico voluto dal legislatore ha quindi permesso alla psichiatria pubblica cantonale il perseguimento della qualità delle cure (efficacia) e dei costi contenuti (efficienza).

Nell'allegato N. 3 (valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica 1991-2003) vengono presentati dati statistici che indicano l'evoluzione della psichiatria pubblica.

Allegato N. 3

Valutazione dell'evoluzione della casistica sociopsichiatrica 1991-2003

1. PREMESSA

Le informazioni presentate riguardano la casistica che fa capo alle strutture dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC).

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

Per fare ciò è necessario disporre di una serie di informazioni differenziate. Uno dei metodi comunemente usati è il **registro psichiatrico dei casi**: è probabilmente il miglior strumento per l'indagine epidemiologica concernente gli utenti dei Servizi psichiatrici e per il monitoraggio delle modalità di utilizzazione dei Servizi stessi. Si tratta di (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1983) *"una registrazione longitudinale di contatti con una serie definita di servizi psichiatrici, centrata sul paziente e facente riferimento ad una popolazione definita"*.

Il registro dei casi prevede la compilazione di una scheda in forma anonima per ogni singolo paziente che ha avuto contatti con i Servizi psichiatrici di una data area da parte degli operatori dei Servizi in cui il sistema è stato adottato. Le informazioni raccolte comprendono alcune notizie sociodemografiche e cliniche concernenti il paziente e, nel caso della valutazione dei Servizi, comunicazioni sulle modalità del loro utilizzo.

Si ottengono così delle statistiche riferite sia alle singole istituzioni sia alle persone che vi fanno capo, che possono essere espresse sotto forma di tassi relativi ad una popolazione generale geograficamente definita. Esse sono assolutamente anonime.

Alcuni vantaggi del sistema del registro psichiatrico dei casi sono i seguenti:

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

Nel 1991 è stata introdotta la raccolta sistematica dei dati dell'OSC promossa e coordinata dal Centro documentazione e ricerca dell'OSC. In Svizzera il registro psichiatrico dei casi è attualmente obbligatorio per tutte le strutture psichiatriche pubbliche residenziali ed è applicato in molti Cantoni anche per i Servizi ambulatoriali.

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

- la morbilità di tutte le persone che si indirizzano alle diverse strutture e sedi dell'OSC e le sue variazioni;

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

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

I Centri partecipanti alla statistica psichiatrica OSC sono tutte le strutture della psichiatria pubblica ticinese, ossia:

- l'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) di Mendrisio, che dal 1994 è stato suddiviso in Clinica psichiatrica cantonale (CPC) e in Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL);
- i 4 Servizi psico-sociali per adulti (SPS) situati a Mendrisio, Lugano, Bellinzona, Locarno (i dati relativi alla Sottosede di Biasca sono inseriti nella Sede di Bellinzona);
- il Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM), che è stato creato nel 1997, con compiti di consulenza negli ospedali di cure generali;
- i 4 Servizi medico-psicologici per minori (SMP) situati a Coldrerio, Lugano, Bellinzona, Locarno (i dati relativi alla Sottosede di Biasca sono inseriti nella Sede di Bellinzona);
- i 3 Centri psico-educativi (CPE) situati a Stabio, Lugano, Minusio.

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

La raccolta dei dati deve essere accurata e comprensiva di tutti gli elementi che è necessario richiedere e di tutti i pazienti che accedono alle strutture. Viene effettuato un controllo di qualità dei dati e un doppio controllo dell'input. E' inoltre garantita la protezione dei dati personali.

I risultati vengono presentati annualmente nei "Quaderni" del Centro documentazione e ricerca OSC.

2. EVOLUZIONE GENERALE DELLA CASISTICA OSC

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

nel 2000 gli utenti erano 7260, nel 2001 gli utenti erano 7674, nel 2003 7885

A titolo di confronto, gli utenti che si sono rivolti all'OSC erano 5207 nel 1991 e 6333 nel 1995.

E' possibile però che una persona nel corso di un anno si sia rivolta a più di una struttura OSC, per cui, se consideriamo le persone che si sono rivolte almeno una volta a una struttura OSC emerge che nel 2000 erano 6618, **nel 2001 erano 6995 e nel 2003 7161. Erano state 4674 nel 1991 e 5846 nel 1995.**

L'aumento è dato soprattutto dall'incremento di casi visti presso i **Servizi ambulatoriali per adulti** (in particolare il SPPM), che hanno registrato **l'aumento più consistente**. Si tratta di una tendenza costante che ha visto le persone che si rivolgono ai Servizi psico-sociali più che raddoppiare negli ultimi venticinque anni (1980: 1792 soggetti, 1991: 2814, 1995: 3648, 2000: 4385, 2003: 5060), con aumenti assai diversi nei quattro Servizi.

Si è riscontrato un aumento fino al 2000 anche nei Servizi minorili, ma meno marcato (1980: 1552 soggetti, 1991: 1420, 1995: 1725, 2000: 1851, 2003: 1678) con un leggero calo negli ultimi tre anni.

I pazienti dei Servizi psico-sociali sono numericamente più del triplo di quelli dei Servizi minorili, 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 per minorenni (SMP) si rivolge la percentuale più elevata di soggetti rispetto alle fasce d'età a cui queste strutture si indirizzano: 22.8 minorenni su 1000 residenti in Ticino contro 19.5 adulti su 1000 dei SPS e SPPM, dato spiegabile con la scarsità di specialisti privati in psichiatria infantile in Ticino.

La Clinica, dopo anni di diminuzione, presenta dal 2000 un incremento del numero di persone che vi sono state ricoverate (1985: 1080, 1990: 924, 1994: 919, 1995: Casvegno 896 soggetti (CPC 800 / CARL 109, di cui 13 conteggiati in CPC e CARL), 2000: Casvegno 949 soggetti (CPC 845 / CARL 104), 2003: Casvegno 1065 soggetti (CPC 956 / CARL 109).

Alcune concause conosciute (nuovi concetti terapeutici in psichiatria, miglioramento delle farmacoterapie, tendenze delle politiche sanitarie generali), hanno portato ad una **diminuzione della durata delle degenze e ad un potenziamento degli interventi esterni all'ospedale**. Ciò non di meno e malgrado il continuo incremento di specialisti privati attivi in Ticino, emerge con evidenza un generale aumento del numero di adulti che si rivolgono alla psichiatria pubblica. Questo dato, dovuto a diversi fattori individuali, contestuali, socio-economici e culturali, deve comunque far riflettere. Situazioni più specifiche saranno rilevate dall'analisi delle tendenze relative alle singole strutture.

3. I SERVIZI PSICO-SOCIALI (SPS)

3.1. 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 2003, 3416 persone hanno avuto almeno un contatto
con i SPS, di cui 3369 adulti,
pertanto 13.2 adulti ogni 1000 residenti adulti**

Si riscontrano differenze da un Servizio all'altro nel numero di pazienti: essi rappresentano rispettivamente 14.7 adulti su 1000 residenti adulti nel Mendrisiotto, 10.5 nel Luganese, 16.0 nel Locarnese e Valli e 14.4 nel Bellinzonese. Queste differenze si spiegano in parte con la diversa presenza di psichiatri privati sul territorio.

Il Servizio di Bellinzona (852 casi nel 2003), ha registrato un aumento consistente nel 1994, dovuto soprattutto all'aumento dei casi in corso, una diminuzione dal 1997 e un nuovo aumento negli ultimi tre anni.

Il Servizio di Lugano (1096 pazienti nel 2003) presentava un netto aumento tra il '92 ed il '93, dovuto essenzialmente a nuovi casi; questo Servizio copriva dal 1992 le consulenze psichiatriche negli ospedali regionali dell'EOC, attività a cui è dovuto in parte questo aumento, mentre dal 1997 questi compiti sono affidati al SPPM, ciò che spiega il successivo calo importante di pazienti. Dal 1997 la tendenza è nuovamente in aumento.

Il Servizio di Locarno (840 casi) mostra una leggera priorità numerica dei casi già seguiti rispetto ai nuovi ed una leggera diminuzione globale di casi negli ultimi anni 1999-2002 con ripresa nel 2003.

Il Servizio di Mendrisio (628 casi) è invece piuttosto stabile come numero di utenti dal 1992, con un aumento significativo nel 2002 e 2003.

3.2. Flussi: segnalazioni e invii

Tradizionalmente i pazienti dei Servizi psico-sociali erano costituiti per la maggior parte di persone che si autosegnalavano e di pazienti dimessi dalla Clinica psichiatrica e inviati ai Servizi per essere seguiti ambulatoriamente. Attualmente invece i pazienti SPS che nella loro vita sono già stati ricoverati in Ospedale psichiatrico sono circa un quarto del totale e nel 2003 solo l'11.2% ne proveniva direttamente.

Negli ultimi anni il numero di pazienti provenienti dalla CPC è piuttosto stabile e così 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**. Dal 1997 in avanti, il SPPM ha assorbito infatti questa casistica, soprattutto rispetto al Servizio di Lugano.

Le segnalazioni da parte di **medici privati non psichiatri** sono state globalmente abbastanza costanti negli ultimi dieci anni con una frequenza maggiore al Servizio di Bellinzona. Gli invii di psichiatri, psicologi e psicoterapeuti privati rappresentano intorno al 5% degli invii per ogni Servizio e sono anch'essi relativamente costanti.

L'attività di consulenza¹ svolta dai 4 Servizi resta consistente (30/40% delle richieste, la percentuale più elevata è a Bellinzona - Tab. 1). Il Servizio di Bellinzona, che si distingueva per una relativamente intensa attività peritale all'inizio degli anni '90, ora presenta dati inferiori agli altri Servizi (1.5% delle richieste).

Tab. 1

Motivo invio 2003	SPS Mendrisio		SPS Lugano		SPS Locarno		SPS Bellinzona	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Consulenza	216	34.4%	319	29.1%	311	37.0 %	325	38.1%
Presa a carico	368	58.6%	721	65.7%	476	56.7%	513	60.3%
Perizia	10	1.6%	39	3.6%	33	3.9%	12	1.4%
Altro	5	0.8%	13	1.2%	15	1.8%	1	0.1%
Dati mancanti/non si sa	29	4.6%	4	0.4%	5	0.6%	1	0.1%
Totale	628	100%	1096	100%	840	100%	852	100%

Proposte del Servizio	SPS Mendrisio		SPS Lugano		SPS Locarno		SPS Bellinzona	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Consulenza	94	15.0%	159	14.5%	172	20.5%	273	32.0%
Presa a carico	465	74.0%	839	76.5%	528	62.9%	550	64.6%
Perizia	10	1.6%	39	3.6%	31	3.7%	11	1.3%
Segnalato ad altri	4	0.6%	11	1.0%	53	6.3%	2	0.2%
Ricovero in CPC	22	3.5%	35	3.2%	38	4.5%	9	1.1%
Altro	5	0.8%	10	0.9%	16	1.9%	6	0.7%
Dati mancanti/non si sa	28	4.5%	3	0.3%	2	0.2%	1	0.1%
Totale	628	100%	1096	100%	840	100%	852	100%

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

3.3. Alcune caratteristiche degli utilizzatori dei Servizi psico-sociali

I quadri diagnostici principali

Tra i pazienti che si sono rivolti ai SPS nel 2003 sono prevalenti i disturbi affettivi (**depressioni**, 24.1% - Tab. 2), le **psicosi** (19.2%) e le sindromi nevrotiche (18.4%). Tra i disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive (8.4%) prevalgono quelli legati all'abuso/dipendenza da alcool. Rilevanti (10.6%) sono anche i **problemi familiari, di coppia, sul lavoro e altre difficoltà** che richiedono un trattamento ma non sono attribuibili ad un disturbo mentale.

La frequenza delle diagnosi nel 2002 e nel 2003 è stata la seguente:

Tab. 2

Diagnosi	2002		2003	
	N.	%	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	78	2.4%	73	2.1%
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	293	9.1%	290	8.4%
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	620	19.2%	656	19.2%
Sindromi affettive	733	22.7%	818	24.1%
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	537	16.6%	627	18.4%
Disturbi della personalità e del comportamento	451	13.9%	495	14.5%
Ritardo mentale	68	2.1%	63	1.8%
Altre diagnosi psichiatriche	36	1.1%	32	0.9%
Nessuna diagnosi + altri problemi	418	12.9%	362	10.6%
Totale	3234	100%	3416	100%

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Le **donne** si rivolgono leggermente meno ai Servizi psichiatrici ambulatoriali pubblici per adulti (49.9% donne, 50.1% uomini nel 2003). Sono più frequenti tra le donne i disturbi affettivi (depressioni) e i disturbi d'ansia, mentre alcolismo e tossicomania si riscontrano maggiormente tra gli uomini.

Sono soprattutto le persone **tra i 20 e i 39 anni** che fanno capo ai Servizi psichiatrici pubblici per adulti:

1383 persone, ossia	15.7 ogni 1000 abitanti tra i 20 e i 39 anni
1532 persone, ossia	14.0 ogni 1000 abitanti tra i 40 e i 64 anni
454 persone, ossia	7.8 ogni 1000 abitanti tra gli anziani

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

Le persone di **nazionalità** straniera si rivolgono proporzionalmente un po' meno degli svizzeri ai SPS.

Per quanto concerne le **attività professionali** (Tab. 3), solo una persona su tre circa sembra avere una professione retribuita, con una netta prevalenza delle **categorie socioeconomiche inferiori**.

Il 29.7% delle persone che hanno avuto contatti nel 2003 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.

Tab. 3

Attività lavorative	2002		2003	
	N.	%	N.	%
Operaio, artigiano, agricoltore	464	14.3%	519	15.2%
Impiegato	486	15.0%	494	14.5%
Accademico, indep., gerente impresa	167	5.2%	164	4.9%
Casalinga	327	10.1%	308	9.0%
In formazione	157	4.9%	152	4.4%
Beneficiario di una rendita (AVS, AI)	914	28.3%	1018	29.7%
Disoccupato	207	6.4%	215	6.3%
Altro, non si sa, nessuna attività prof.	512	15.8%	546	16.0%
Totale	3234	100%	3416	100%

4. 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.

4.1. Persone viste

nel 2003 1644 persone hanno avuto almeno un contatto con il SPPM, di cui 1613 adulti, pertanto 6.3 adulti ogni 1000 adulti residenti in Ticino

Nei sei anni di attività il numero di persone seguite è molto aumentato (642 nel 1997, 1189 nel 2000 e 1644 nel 2003). Nel 1997, essendo il primo anno di attività, i pazienti erano tutti nuovi casi mentre negli anni successivi la percentuale di persone già viste negli anni precedenti è stata di circa il 30%.

Il motivo dell'invio principale è chiaramente la consulenza, anche se le richieste di presa a carico e perizie stanno aumentando.

Tab. 4

Motivo invio SPPM	2002		2003	
	N.	%	N.	%
Consulenza	955	59.7%	1040	63.2%
Presa a carico	455	28.5%	454	27.6%
Perizia	155	9.7%	123	7.5%
Altro	3	0.2%	3	0.2%
Dati mancanti/non si sa	31	1.9%	24	1.5%
Totale	1599	100%	1644	100%

4.2. Flussi: segnalazioni e invii

I pazienti del SPPM hanno avuto minori contatti con altre strutture psichiatriche rispetto ai pazienti dei SPS (nel 2003 il 42.2% ha avuto precedenti psichiatrici, per la maggior parte SPS o medici psichiatri privati). La percentuale di persone che hanno già avuto un contatto con la CPC è di circa il 10% e quasi nessuno ne proviene direttamente. Chiaramente le segnalazioni maggiori arrivano dal medico ospedaliero o dal Pronto soccorso (56%) ma c'è una percentuale di persone (13.4%) che si autosegnala. A fronte di una percentuale del 27.6% di invio per presa a carico, le proposte reali di presa a carico aumentano al 37.6%.

4.3. Alcune caratteristiche 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 (36.9%) e i disturbi affettivi (25.1%).

La frequenza delle diagnosi nel 2003 è stata la seguente:

Tab. 5

Diagnosi	2003	
	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica comprese quelle sintomatiche	40	2.4%
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	155	9.4%
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	57	3.5%
Sindromi affettive	413	25.1%
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	604	36.9%
Disturbi della personalità e del comportamento	99	6.0%
Ritardo mentale	10	0.6%
Altre diagnosi psichiatriche	34	2.0%
Nessuna diagnosi + altri problemi	232	14.1%
Totale	1644	100%

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Si rivolgono di più al Servizio le donne (60.1%) e le persone tra i 40 e i 64 anni.

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

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

3.6 persone ogni 1000 abitanti tra gli anziani

Vediamo di seguito le attività lavorative dei pazienti del SPPM del 2003.

Tab. 6

Attività lavorative	2003	
	N.	%
Operaio, artigiano, agricoltore	155	9.4%
Impiegato	379	23.1%
Accademico, indipendente, gerente impresa	125	7.7%
Casalinga	243	14.8%
In formazione	71	4.3%
Beneficiario di una rendita	354	21.4%
Disoccupato	65	4.0%
Altro, non si sa, nessuna attività prof.	252	15.3%
Totale	1644	100%

5. I SERVIZI MEDICO-PSICOLOGICI PER MINORI (SMP)

5.1. Persone viste

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

nel 2003 1678 soggetti hanno avuto almeno un contatto con i SMP, di cui 1407 minori, ossia 22.8 minori ogni 1000 minorenni residenti in Ticino

Il Servizio di Coldrerio ha avuto un aumento di casi nel 2003 (269 casi visti, di cui il 97% minorenni, ossia 26.6 minori su 1000 minori del Mendrisiotto).

Il Servizio di Lugano segnala un numero assai elevato di pazienti (664 persone viste di cui 83.7% sono minorenni, 22.1 minori su 1000 del Luganese).

A Bellinzona si sono rivolte 415 persone, di cui 77.3% minorenni pari a 22.1 minori su 1000 del Bellinzonese e valli superiori.

Al Servizio di Locarno i casi visti sono stati 330 di cui 81.5% minorenni, ossia 22.2 minori su 1000 minori residenti nella regione.

Il numero di casi nuovi (nel 2003: 837; 49.9%) presentatisi nel corso dell'anno e quello di casi già seguiti dall'anno o dagli anni precedenti (nel 2003: 841; 50.1%) diverge globalmente di poco: a Lugano (nuovi casi 372; 56%) si hanno un po' più di nuovi casi, come negli anni precedenti, mentre a Bellinzona si evidenzia una prevalenza di casi già seguiti dagli anni precedenti (casi in corso 241; 58.1%). L'aumento dei casi totali a Coldrerio è dovuto essenzialmente ai casi in corso mentre i nuovi casi sono rimasti costanti (nuovi casi 129; 48%).

5.2. Flussi: modalità di contatto

La fonte di invio principale è per tutti i Servizi costituita dalla **famiglia**, che rappresenta il 40.8% di tutte le segnalazioni secondo una tendenza stabile negli ultimi anni.

La seconda fonte di segnalazioni in ordine di importanza è la **scuola**, incluso il Servizio di sostegno pedagogico, che ha segnalato nel 2003 in media il 13.1% dei minori visti dai Servizi. Rispetto all'attività globale dei SMP le richieste da parte della scuola tendono a di-

minuire negli ultimi anni, soprattutto Bellinzona (6.2%), mentre questo tipo di segnalazione è un po' più frequente a Coldrerio (15.9%) e in aumento a Locarno (14.2%).

Per quanto riguarda i pazienti inviati dai **medici non psichiatri** in particolare dai **pediatri**, queste segnalazioni sono diminuite nel Mendrisiotto (6.5%) e sono piuttosto stabili negli altri Servizi.

Queste tendenze sono dovute a diverse ragioni, tra cui il tipo di relazione instaurata con i pediatri e la presenza di altri psichiatri che effettuano consultazioni con minori nella regione.

Poco frequenti i pazienti inviati da psichiatri e terapeuti privati ad eccezione di Lugano (globalmente il 4.5%, nel Luganese il 6.5%).

Il 71% di tutti i pazienti visti nel corso del 2003 dai SMP (Tab. 7) è stato preso a carico.

Tab. 7

Trattamenti per Servizio 2003	SMP Coldrerio		SMP Lugano		SMP Locarno		SMP Bellinzona		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Presa a carico in varie forme	353	65.4%	798	78.1%	430	72.8%	387	62.5%	1968	71.0%
Consulenza	103	19.1%	93	9.1%	52	8.8%	74	12.0%	322	11.6%
Aiuto pratico	2	0.4%	12	1.2%	38	6.4%	65	10.5%	117	4.2%
Solo investigazione	25	4.6%	31	3.0%	8	1.3%	43	6.9%	107	3.9%
Perizia	33	6.1%	51	5.0%	21	3.6%	9	1.5%	114	4.1%
Altro / Sconosciuto	24	4.4%	37	3.6%	42	7.1%	41	6.6%	144	5.2%
Totale	540	100%	1022	100%	591	100%	619	100%	2772	100%

5.3. Alcune caratteristiche degli utilizzatori dei Servizi medico-psicologici

I quadri diagnostici principali

I quadri diagnostici più frequenti sono i disturbi comportamentali e emozionali ed i disturbi nevrotici.

I principali quadri diagnostici nel 2003 sono stati i seguenti:

Tab. 8

Quadri diagnostici	2003	
	N.	%
Disturbi affettivi	80	4.8%
Disturbi nevrotici legati a stress e somatoformi	359	21.5%
Disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici	40	2.4%
Disturbi di personalità e comportamentali nell'adulto	81	4.8%
Disturbi da alterazione globale dello sviluppo psicologico	78	4.6%
Disturbi comportamentali e emozionali con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza	601	35.8%
Altri disturbi psichici	77	4.6%
Nessuna diagnosi sul 1° asse / nessuna diagnosi	362	21.5%
Totale	1678	100%

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Globalmente sono soprattutto i bambini tra **6 e 11 anni** che fanno capo ai Servizi psichiatrici pubblici per minori: nel 2003 31.6 ogni 1000 abitanti tra 6 e 11 anni, 25.7 ogni 1000 abitanti tra 12 e 19 anni e 9.5 ogni 1000 abitanti tra 0 e 5 anni.

E' però interessante osservare che l'età dei pazienti varia notevolmente da un Servizio all'altro: Coldrerio ha più bambini di 6-11 anni (49.8% della sua casistica), Lugano 37.3 % di preadolescenti e adolescenti e 34.5% fra 6-11 anni, Locarno ha soprattutto pazienti tra 12-19 anni (44.2%), mentre Bellinzona ha una distribuzione molto equilibrata tra le fasce di età fra 6-11 anni, 12-19 anni e adulti (con prevalenza di adolescenti: 34.6%). Queste differenze traducono le diverse modalità di penetrazione nel territorio dei quattro Servizi e rispecchiano le differenze nelle priorità concernenti le segnalazioni (soprattutto la scuola nel Mendrisiotto).

Gli utilizzatori dei SMP minorenni sono più frequentemente **maschi**, la cui proporzione tende a diminuire con l'età e in corrispondenza all'entrata nell'adolescenza, secondo una tendenza che si osserva anche in altri Paesi in strutture analoghe.

5.4. I Centri psico-educativi

I minorenni ospiti dei Centri psico-educativi sono conteggiati tra i pazienti in cura presso i SMP poiché per ognuno viene aperta una cartella presso i servizi. Diamo di seguito alcune informazioni particolari riguardanti questa casistica riferite al 2003.

Tab. 9

	CPE Stabio*		CPE Lugano		CPE Minusio		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Presenti 1.1.2003	20	76.9%	31	72.1%	11	84.6%	62	75.6%
Ammessi nel 2003	6	23.1%	12	27.9%	2	15.4%	20	24.4%
Totale	26		43		13		82	
Dimessi nel 2003	7	26.9%	14	32.6%	3	23.1%	24	29.3%
Presenti 31.12.2003	19		29		10		58	

* il CPE di Stabio, l'unico avente carattere anche residenziale, ha avuto nel 2003 7 utenti interni

L'età dei giovani varia tra un Centro e l'altro: 15.5% bambini fino a 5 anni a Viganello, 8% a Stabio e 7.7% a Minusio; 57.8% bambini tra i 6 e gli 8 anni a Viganello, 48% a Stabio e 38.5% a Minusio; 22.2% bambini tra i 9 e gli 11 anni a Viganello, 44% a Stabio e 30.8% a Minusio; e 2.2% sopra i 12 anni a Viganello, 0 a Stabio e 23.1 a Minusio.

Tra i 20 pazienti ammessi ai CPE nel 2003 il 50% proveniva dall'asilo/asilo nido, il 40% dalla scuola regolare, il 5% dalla famiglia e il 5% aveva altre provenienze. La destinazione dei 24 dimessi era per l'8.3% un invio all'asilo, per il 66.7% la scuola/scuola speciale, per il 12.5% altri istituti e per il 12.5% altre destinazioni non specificate.

Il Centro di Lugano è quello che presenta un flusso più consistente di ammissioni e di dimissioni.

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

6.1. Numero di pazienti

L'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) è stato suddiviso il 1.1.1994, in base al tipo di casistica, nella Clinica psichiatrica cantonale (CPC) per pazienti acuti e nel Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) per pazienti cronicizzati. Le due strutture sono ben distinte sotto vari punti di vista: tipologie di ospiti, immobili, personale, rette, modalità di finanziamento; inoltre alla CPC continua ad esserci una suddivisione settoriale dei pazienti acuti che per gli utenti cronici del CARL non esiste più. La CPC, rispetto al vecchio ONC, si caratterizza maggiormente per l'esistenza di reparti di psichiatria acuta, con degenze più brevi per pazienti con disturbi di pertinenza ospedaliera. Il CARL invece è una struttura residenziale demedicalizzata per casi cronicizzati e comprende reparti per l'alloggio e laboratori protetti. Per il CARL, oltre ai dati correntemente raccolti, si è ritenuto utile approntare una scheda di rilevazione per valutare la gravità della sintomatologia e il grado di autonomia degli ospiti, allo scopo di monitorare i cambiamenti nel tempo e di valutare l'efficacia degli interventi intrapresi. Per maggiori informazioni sull'evoluzione degli ospiti del CARL dal 1996 al 2000 anche riguardo alle loro capacità di autonomia e alla sintomatologia socio-affettiva si veda lo studio svolto dal Centro documentazione e ricerca dell'OSC in collaborazione con il Direttore del CARL, pubblicato ne "I Quaderni", n. 21, agosto 2003. A partire dal 1995 i dati concernenti CPC e CARL sono presentati disgiuntamente nei rapporti annuali pubblicati dal Centro documentazione e ricerca. Le tendenze qui presentate riguardano pertanto il periodo 1995/2003, anche se a volte verrà riportato qualche dato relativo all'ONC di anni passati. Dal 2001 le schede di raccolta dati sono state cambiate e uniformate alla raccolta "INTRAMUROS" dell'Ufficio federale di statistica.

**nel 2003 hanno avuto almeno un ricovero
alla CPC 956 persone, ossia 3.7‰ adulti residenti in Ticino,
al CARL 109, ossia 0.4‰ adulti**

L'ex ONC è stato aperto nel 1898 e il numero di pazienti dalla sua apertura ad oggi è stato molto variabile, anche in relazione ai grandi eventi storici e culturali del secolo scorso, analogamente a quanto si riscontra negli ospedali psichiatrici degli altri cantoni della Svizzera e degli altri Paesi europei. Dalla fine degli anni '70 le presenze giornaliere (775 persone) hanno conosciuto un continuo e progressivo **calo**, dovuto essenzialmente ad una diminuzione della durata della degenza, in quanto ammissioni e dimissioni rimangono elevate. In parallelo, nello stesso periodo, vi è stato lo sviluppo dei Servizi territoriali e quindi la possibilità di presa a carico ambulatoriale. Negli anni '90 la presenza media è continuata a diminuire; questa tendenza si è invertita nel 2000, iniziando una leggera risalita stabilizzata nel 2003: nel 2003 la presenza media giornaliera complessiva per CPC e CARL è stata di 239 persone al giorno.

La diminuzione della presenza giornaliera è coincisa negli anni '90 con una diminuzione della durata della degenza (passata in CPC da 49 giorni dal 1994, primo anno di esercizio del CARL, a 41 del 1999). La durata della degenza ha continuato la sua diminuzione anche negli anni 2000 (35 giorni nel 2003). A causa del tipo di casistica lungodegente ospitata al CARL, la durata della degenza media in questa struttura è invece sempre molto elevata (333 giorni nel 2003).

6.2. CPC: tendenze 1991-2003

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.

Tab. 10

CPC: numero di pazienti per settore	1991 ex ONC	1995	2000	2001	2002	2003
Mendrisiotto	192	197				
Luganese	391	283	533	532	520	529
Sopraceneri	335	320	312	332	346	362
Fuori Cantone	---	---		53	86	65
Totale	918	800	845	917	952	956

I pazienti ricoverati per la prima volta (nuovi casi) sono numericamente piuttosto stabili ed i lungodegenti (con almeno 340 giorni annuali di permanenza in ospedale) dopo la creazione del CARL sono numericamente poco rilevanti. I casi di recidiva (risegnalazioni) alla Clinica sono sempre stati più della metà .

Tab. 11

CPC: Tipologia degli utenti	1991 ex ONC		1995		2000		2001		2002		2003	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Nuovi casi	251	27.3%	301	37.6%	344	40.7%	389	42.4%	397	41.7%	370	38.7%
Lungodegenti	198	21.6%	27	3.4%	15	1.8%	18	2.0%	25	2.6%	18	1.9%
Risegnalazioni	469	51.1%	472	59.0%	486	57.5%	510	55.6%	530	55.7%	568	59.4%
Totale	918	100%	800	100%	845	100%	917	100%	952	100%	956	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.

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

1991 (ex ONC): 0.859‰ ; 1995: 0.983‰ ; 2000: 1.105‰ ; 2001: 1.245‰ ; 2002: 1.258‰ ; 2003: 1.166‰ .

6.3. Flussi: segnalazioni e invii

La casistica della Clinica è prevalentemente segnalata da medici dei Servizi ambulatoriali SPS/SMP/SPPM, con andamento ciclico nel tempo (1991: 24.4%; 1995: 24.9%; 2000: 24.2%; 2001: 17.2%; 2002: 21.6%; 2003: 17.5%), e da medici privati non psichiatri (il 13.5% delle segnalazioni del 2003). Le segnalazioni da parte dei medici di ospedali gene-

rali sono pure rilevanti (17.1%) mentre meno frequenti sono quelle degli psichiatri/psicologi privati (7.4%).

Per quanto riguarda invece la post-cura, i pazienti dimessi vengono inviati soprattutto ai Servizi psichiatrici ambulatoriali pubblici (1991: 39.7%; 1995: 36.5%; 2000: 35.4%; 2001: 41.8%; 2002: 47%), mentre vi è una diminuzione degli invii a medici privati non psichiatri (1995: 18.3%; 1999: 14.6%; 2002: 12.5%).

La percentuale dei pazienti che vengono inviati a psichiatri e psicologi privati è superiore a quella dei pazienti segnalati all'ospedale dalle stesse figure professionali (7.4% segnalati, 17.7% inviati); dopo le dimissioni aumentano invece gli invii ai SPS (21.6% inviati in CPC dai SPS, 47% inviati dalla CPC ai SPS nel 2002).

E' soprattutto il Sopraceneri ad inviare pazienti per la post-cura ai medici dei Servizi ambulatoriali SPS/SMP, probabilmente per una minor presenza numerica di psichiatri privati nelle regioni; il Sottoceneri invia in misura importante anche a psichiatri/psicologi privati (18.6%) e a medici privati non psichiatri (14.3%), come emerge dalla tabella che segue. Sulla prossima tabella sotto "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.

Tab. 12 *

CPC: invii alla dimissione per settore 2002	Sottoceneri		Sopraceneri		Fuori Cantone		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
SPS/SMP/SPPM/ Serv. Sociali	221	46.6%	172	55.0%	15	18.1%	408	47.0%
Psichiatra, psicologo privati	88	18.6%	52	16.7%	14	16.9%	154	17.7%
Medico priv. non psichiatra	68	14.3%	31	9.9%	10	12.0%	109	12.5%
Altro	97	20.5%	57	18.4%	44	53.0%	198	22.8%
Totale invii post-cura	474	100%	312	100%	83	100%	869	100%

* Per un errore di codifica nella raccolta dei dati di base non è possibile indicare per il 2003 dati equiparabili. Si lasciano pertanto i dati aggiornati al 2002.

Il numero totale di invii, preso come totale (100%) di questa tabella, è diverso dal numero di utenti per due motivi:

- è possibile indicare più risposte alla domanda relativa all'invio, all'uscita di un utente;
- non ci sono invii nel caso di utenti ancora degenti al 31/12, in quanto sulla relativa scheda non è riportata questa domanda, essendo una domanda relativa all'uscita.

6.4. Alcune caratteristiche della casistica CPC

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti tra i pazienti della clinica sono la schizofrenia e le sindromi deliranti (34.4%), le sindromi e i disturbi dovuti all'uso di sostanze psicoattive (21.4% fra cui prevalgono quelle legate all'abuso/dipendenza da alcool) e i disturbi della personalità e del comportamento (14.2%).

Tab. 13

Diagnosi	2002		2003	
	N.	%	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica	28	2.9%	30	3.1%
Sindromi e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	205	21.6%	204	21.4%
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	337	35.5%	329	34.4%
Sindromi affettive	107	11.2%	135	14.1%
Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi	62	6.5%	58	6.1%
Disturbi della personalità e del comportamento	177	18.6%	136	14.2%
Ritardo mentale	7	0.7%	8	0.8%
Altre diagnosi psichiatriche	10	1.0%	9	0.9%
Nessuna diagnosi + altri problemi	19	2.0%	47	5.0%
Totale	952	100%	956	100%

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Sono più spesso gli uomini ad essere ricoverati in Clinica psichiatrica (57.2%) e 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.

Tab. 14
CPC: composizione per età della popolazione ticinese e degli utenti 2002/2003

Classi di età	2002		2003	
	% Popolazione	% Pazienti	% Popolazione	% Pazienti
0-19 anni	19.6	5.4	19.4	3.6
20-40 anni	28.3	41.6	27.8	43.2
41-64 anni	34.0	39.6	34.5	41.4
65+ anni	18.1	13.4	18.3	11.8
Totale	100	100	100	100

L'età media è di 44.6 anni, ed è più elevata fra i lungodegenti (45.8) e fra le risegnalazioni (45.3 anni contro 43.5 anni dei nuovi casi).

Solo il 16.2% svolgeva un'attività professionale (generalmente di livello inferiore), proporzione molto più bassa di quella riscontrata nei pazienti dei Servizi ambulatoriali.

Tab. 15

Attività lavorative	2003	
	N.	%
Operaio, agricoltore	72	7.5%
Impiegato	68	7.1%
Accademico, indipendente	15	1.6%
Casalinga	268	28.0%
In formazione	15	1.6%
Programmi di riabilitazione	22	2.3%
Altro, non si sa	129	13.5%
Non concerne (non risponde)	367	38.4%
Totale	956	100%

6.5. CARL: tendenze 1995-2003

La casistica del CARL è pressoché costante (1995: 109 ospiti; 1999: 110 ospiti; 2003 109 ospiti) perché il numero di posti è limitato (100 letti; la degenza media per utente è stata di 333 giorni nel 2003; 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).

Alcune caratteristiche sociodemografiche

Si ha una netta prevalenza di uomini (64.2% nel 2003) e di persone sopra i 40 anni, sia in valori assoluti che in rapporto alla popolazione; è soprattutto sovrarappresentata la fascia di persone più anziane.

Tab. 16

CARL: composizione per età della popolazione ticinese e degli utenti

Classi di età	2002		2003	
	% Popolazione	% Utenti	% Popolazione	% Utenti
0-19 anni	19.6	0.0	19.4	0.0
20-40 anni	28.3	7.8	27.8	8.3
41-64 anni	34.0	50.5	34.5	47.7
65+ anni	18.1	41.7	18.3	44.0
Totale	100	100	100	100

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

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

I quadri diagnostici principali

Le diagnosi prevalenti sono la schizofrenia e le sindromi deliranti (51.3%) e il ritardo mentale (25.7%).

La frequenza delle diagnosi nel 2003 è stata la seguente:

Tab. 17

Frequenza diagnosi	2003	
	N.	%
Sindromi e disturbi psichici di natura organica compresi quelli sintomatici	5	4.6%
Sindromi e disturbi psichici e comport. dovuti all'uso di sostanze psicoattive	5	4.6%
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti	56	51.3%
Sindromi affettive	9	8.2%
Ritardo mentale	28	25.7%
Altre diagnosi	5	4.6%
Altri problemi	1	1.0%
Totale	109	100%

Sintomi psichiatrici e socio affettivi - Grado di autonomia

Le persone che svolgono un'attività lavorativa-occupazionale (Laboratori protetti) con regolarità sono il 52%, mentre quelle incapaci di gestire i propri spazi individuali sono il 43% nel 2003. Circa il 36% presenta una compromissione importante della sfera cognitiva, ed il 35/40% ha problemi di autonomia legati alla mobilità ed al vestirsi.

Delle 109 persone ospiti al CARL nel 2003 circa il 70% ha avuto il suo primo ricovero in Clinica psichiatrica almeno 20 anni prima e lo ha avuto prima dei 40 anni di età.

7. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il numero totale di persone che si sono rivolte alle diverse strutture dell'OSC continua ad aumentare (nel 1991: 4674 persone, nel 1995: 5846, nel 2003: 7161). Nel 2003 sono stati circa 22 adulti su 1000 residenti in Ticino¹ e 23 minorenni su 1000 residenti, tassi che corrispondono a quelli di altre indagini epidemiologiche condotte in Svizzera ed in altri Paesi del mondo occidentale. Va considerato che si tratta solo di una parte delle persone che soffrono di disturbi psichici. Infatti, in tutti i Paesi, i disturbi psichici sono sotto-diagnosticati e sottostimati e la maggior parte delle persone che ne sono affette, tranne quelle con sintomatologie più gravi, non seguono trattamenti oppure si rivolgono al loro medico curante generalista. Molti disturbi psichici non vengono rilevati anche in persone che seguono cure diverse: per esempio casi di alcoolismo non sono riconosciuti come tali e depressioni non vengono individuate. Per quanto concerne i minori che presentano disturbi psichici, secondo alcuni autori solo una parte consulta uno specialista² con ampie variazioni a seconda del tipo di disturbo. Inoltre, un numero consistente e certamente anch'esso in crescita di pazienti fa capo agli specialisti privati: il cui numero è notevolmente aumentato in questi anni in Ticino (nel 1999 erano attivi 43 psichiatri, 117 psicologi e 50 psicoterapeuti privati, nel 2003 gli psichiatri privati erano 59, gli psicologi 146 e gli psicoterapeuti 83 con pratica privata). Non è possibile conoscere con precisione a quale parte di morbidità psichiatrica i diversi curanti rispondono, non disponendo di studi epidemiologici sui disturbi psichici presenti nella popolazione residente né di dati dettagliati riguardo alla casistica degli psichiatri, psicoterapeuti e psicologi privati e dei medici privati non psichiatri.

E' comunque noto che nelle società moderne i disturbi psichici sono molto diffusi. È stato stimato³ che più di 400 milioni di persone nel mondo soffrono di disturbi mentali o di problemi psicosociali come l'abuso di alcool e di droghe. I disturbi mentali costituiscono la proporzione maggiore della morbidità totale nella popolazione, in particolare la depressione, la schizofrenia, l'alcoolismo e i disturbi ossessivo-compulsivi sono le patologie che producono i tassi più elevati d'incapacità nel mondo. Gli studi epidemiologici⁴ mostrano inoltre che l'entità dei problemi connessi alla salute mentale è in aumento come risultato di vari

¹ Sommando le percentuali dei SPS (13.2‰), SPPM (6.3‰), CPC (3.7‰) e CARL (0.4‰) si ottiene 23.6‰. Vi sono però persone adulte che si sono rivolte ai SMP e adulti che si sono rivolti a più strutture; contandole una volta sola in rapporto alla popolazione adulta si ottiene il 22.4‰.

² "Uncommon Troubles in Young People", A. Whitaker, et al. Arch. Gen. Psychiatry, may 1990.

³ Comunicato OMS 18, 6 aprile 2001.

⁴ Considerazioni epidemiologiche più dettagliate si trovano nell'allegato concernente l'evoluzione sociopsichiatrica della Pianificazione Sociopsichiatrica Cantonale 1998-2001.

fattori, incluso l'aumento della speranza di vita, per cui molte persone raggiungono un'età in cui il rischio di ammalarsi è più alto (demenze), e quelle ammalate vivono più a lungo. I disturbi psichici, oltre ad avere conseguenze talvolta gravi per i pazienti ed i loro familiari, inducono costi molto elevati sia in termini di costi diretti rappresentati dai costi dovuti ai trattamenti e dalle spese per la presa a carico nei sistemi di salute pubblica, sia in termini di costi indiretti dovuti alla perdita di produttività e alle prestazioni che i congiunti devono fornire (i costi diretti, secondo diversi calcoli, sembrano costituire solo circa un terzo dei costi sociali reali)⁵.

Uno degli studi più importanti in epidemiologia psichiatrica (ECA)⁶, indica che i disturbi più comuni nella popolazione generale sono: i disturbi d'ansia e in particolare le fobie (8.8% di prevalenza annuale, che indica la percentuale di persone che in un determinato anno presenta quel disturbo), con un rischio più elevato nelle donne, l'alcoolismo (6.3%), maggiore negli uomini, le depressioni maggiori (3.7%), i problemi di droga diversa dall'alcool (2.5%), le personalità antisociali (1.2%), più frequenti negli uomini, e la schizofrenia (1%). Inoltre, la comorbidità, ossia la comparsa simultanea in uno stesso individuo di più disturbi psichici, è relativamente frequente⁷. Per quanto riguarda i minori, i dati sono più scarsi in letteratura di quelli concernenti gli adulti, anche per difficoltà di consenso sulle definizioni.

Molti disturbi psichici iniziano in giovane età e hanno un andamento cronico o ricorrente. Secondo i dati ECA la metà dei soggetti che soffrono di disturbi psichici hanno presentato i primi sintomi prima dei 16 anni e la maggior parte prima dei 38 anni. Fattori genetici giocano un ruolo nell'eziologia e nella patogenesi delle psicosi e dei disturbi affettivi, ma esistono anche altri fattori di rischio non specifici legati ad una varietà di disturbi psichici: la mancanza di supporti familiari e sociali, un cambiamento di status e l'esposizione prolungata e massiccia a situazioni di stress.

Le diverse ricerche epidemiologiche evidenziano le tendenze seguenti:

- il rischio di morbilità nelle psicosi maggiori non sembra in aumento, soprattutto per quanto riguarda i nuovi casi;
- la prevalenza delle psicosi croniche sembra essere aumentata, ma di poco, e così i disturbi mentali organici, come risultato dell'invecchiamento della popolazione;
- la depressione, i disturbi alimentari e i disturbi somatoformi sono in aumento e concernono di più le donne; le donne presentano un rischio di ammalarsi maggiore, soprattutto per le nevrosi e i disturbi affettivi, differenza che risulta consistente in tutte le comunità studiate;
- più di un terzo dei disturbi affettivi sono limitati nel tempo (fino a quattro mesi) indipendentemente dai trattamenti, e solo meno di un quinto hanno una durata di tre anni o più.

⁵ "Situation actuelle et développement à venir de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse", prise de position des représentants des institutions universitaires de la psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent et de la médecine psychosociale, giugno 2000.

⁶ L'Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), condotto dall'Istituto Nazionale americano di salute mentale in collaborazione con cinque università da D. A. Regier, J.K.Myers, M.Kramer, 1984.

⁷ E' infatti il sistema, un po' artificiale ma difficilmente sostituibile, di codifica dei sintomi in sistemi diagnostici che tende a separare sindromi complesse in componenti. Si stima che il 18-25% degli alcoolisti abbia un episodio di depressione maggiore (contro il 4.7% della popolazione generale), e che tra il 20 e 79% di essi presentino disturbi antisociali di personalità (contro l'1% della popolazione generale). Esiste anche una marcata tendenza ad una comorbidità tra schizofrenia e abuso di droghe, tra depressione, personalità borderline e disturbi d'ansia, e tra stress post-traumatico, ansia e depressione.

Per le malattie più gravi, per esempio la schizofrenia (tasso di prevalenza annuale dell'1% della popolazione adulta) si può ritenere che in Ticino la maggior parte delle persone malate sia presa a carico dalle strutture dell'OSC o dagli specialisti privati. I dati mostrano che i pazienti con diagnosi di schizofrenia ricoverati presso la CPC sono costanti dopo un continuo aumento (329 persone, pari a 34.4% dell'intera casistica nel 2003), quelli presenti al CARL sono più della metà degli ospiti (56 persone nel 2003) e tra le persone seguite dai Servizi ambulatoriali per adulti i pazienti con questa diagnosi sono circa il 19% (656 persone). Circa un quarto dei pazienti seguiti dai SPS presentano depressioni, sindrome che è la causa dell'14.1% dei ricoveri in CPC e del 25.1% delle consultazioni del SPPM. Seguono i disturbi di dipendenza da alcool o da altre sostanze stupefacenti (CPC) e i disturbi mentali organici (CARL). Molto meno presenti fra gli utenti CPC, CARL e SPS sono invece i disturbi d'ansia e somatoformi, che nelle indagini epidemiologiche risultano essere i sintomi di disagio psichico più frequenti nella popolazione, e che troviamo invece prevalentemente tra le persone seguite dal SPPM.

Esaminando i dati concernenti l'attività lavorativa svolta dai pazienti nei sei mesi precedenti la presa a carico emerge che solo circa un terzo dei pazienti seguiti dai SPS e solo il 16.2% dei pazienti ricoverati alla CPC ha un'attività lavorativa retribuita e circa un altro terzo è al beneficio di una rendita (AVS o AI). Questi dati colpiscono ancora di più se si considera che gli utilizzatori dei SPS sono prevalentemente una popolazione "giovane", avendo la maggioranza un'età compresa fra i 20 ed i 39 anni.

La percentuale di recidiva per i pazienti della Clinica (circa il 60%) e quella di casi già seguiti dagli anni precedenti per i Servizi (più della metà) confermano, malgrado gli sforzi intrapresi e il miglioramento delle terapie, l'esistenza di una cronicità di persone che presentano una sintomatologia psichiatrica e/o una problematica psico-sociale severa, che spesso richiedono interventi specialistici e multidisciplinari. Questa tendenza, rilevata anche negli altri Paesi occidentali, si caratterizza per ricoveri con degenze meno prolungate, contatti più frequenti con le strutture ambulatoriali e residenziali protette, e riospedalizzazioni regolari. Accanto a questo tipo di utenza le strutture dell'OSC sono confrontate con un incremento di situazioni di patologia acuta: la CPC prioritariamente, ma anche i SPS e il SPPM (tentativi di suicidio, crisi deliranti o depressive acute). Entrambe queste tendenze comportano, in generale, una crescente intensità di carico per il personale.

Riguardo ai minori seguiti presso i SMP, alcuni si risolvono con una rapida guarigione ma parecchi, laddove il disturbo è grave e conclamato e/o si è sviluppato in un ambiente psico-sociale carente o caratterizzato da gravi disagi psichici familiari, sono necessarie prese a carico più lunghe o intense, e la partecipazione di più figure professionali.

Siamo confrontati con un sensibile aumento del numero di pazienti adulti con le caratteristiche suddette seguiti presso i Servizi esterni e con un aumento del numero di persone ricoverate in Clinica malgrado una diminuzione della durata delle degenze. L'OSC nel rispetto del principio della continuità delle cure cerca costantemente di favorire le sue prestazioni a livello ambulatoriale e non stazionario. A questo scopo beneficia del potenziamento di strutture non solo psichiatriche e non solo pubbliche (si pensi all'aumento dell'attività del "sociale-privato" e del numero di psichiatri privati), che rende possibile un'azione di rete sul territorio. In questa direzione si segnala l'allargamento dell'attività dei SPS con interventi multidisciplinari organizzati nei Centri diurni (i cui dati non compaiono in questa statistica perché inglobati in quella dei Servizi) e la continuità di presa a carico fra i Servizi esterni e i reparti di degenza, con un'elevata percentuale di segnalazioni nelle due direzioni. In generale sembra esservi una buona collaborazione anche con i medici privati non psichiatri e con gli ospedali generali, che segnalano sia alla CPC che ai Servizi esterni. Gli

psichiatri privati a loro volta segnalano più pazienti ai Servizi, per problematiche di tipo psico-sociale, che non alla Clinica psichiatrica, da cui invece ricevono un maggior numero di pazienti. Altre collaborazioni risultano con le strutture non medicalizzate che prendono a carico pazienti con disturbi psicotici (Laboratori protetti, Foyers), con disturbi di dipendenza (Ingrado, Antenne, Comunità terapeutiche), con disturbi cerebrali organici (Case per anziani), come pure con le Commissioni tutorie regionali, l'Ufficio del tutore cantonale e le Polizie cantonali e comunali, spesso chiamate ad intervenire, anche in urgenza, in situazioni di grave disagio psichico.

L'aumento progressivo del numero di pazienti che necessitano di interventi da parte della psichiatria pubblica, unitamente all'aumento consistente di specialisti privati, non può non far riflettere. Le concause di queste tendenze, sulle quali non ci è possibile dilungarci in questo contesto, si situano a livello della fragilità individuale, del contesto familiare e dei cambiamenti socio-culturali ed economici in atto.

Il campo dei problemi relativi alla sofferenza psichica eccede di molto le risorse disponibili per la loro risoluzione e questa tematica rappresenta una delle sfide che la società attuale nel suo insieme, e non solo limitatamente alle strutture psichiatriche, deve affrontare. È perciò essenziale disporre di dati relativi alla diffusione di tali patologie, alle differenze temporali e culturali ed ai fattori di rischio associati⁸, così come di dati relativi alle strutture esistenti e agli interventi intrapresi, per approntare una politica sanitaria adeguata.

⁸ "Troubles de la personnalité", G. de Girolamo, J.H.Reich, OMS, 1995.