



# LA SALUTE MENTALE IN TOSCANA: AGGIORNAMENTI E SVILUPPI

Documenti dell'Agenzia Regionale  
di Sanità della Toscana

iI Servizi territoriali  
di salute mentale:  
patologie e trattamenti



L'ospedalizzazione  
per disturbi psichici



La psicoterapia  
nei Servizi territoriali



L'utilizzo  
dei Servizi territoriali  
da parte di cittadini non italiani



La costruzione  
di una rete integrata  
per la cura dei disturbi  
del comportamento alimentare



L'andamento  
del fenomeno suicidario



L'utilizzo dei farmaci antidepressivi  
e antipsicotici



Le strutture residenziali  
per la salute mentale



Il personale impiegato  
e la spesa  
per la salute mentale

# 68

Novembre  
2012

**I Servizi territoriali  
di salute mentale:  
patologie e trattamenti**

**L'ospedalizzazione  
per disturbi psichici**

**La psicoterapia  
nei Servizi territoriali  
di salute mentale**

**L'utilizzo  
dei Servizi territoriali  
di salute mentale  
da parte di cittadini non  
italiani**

**La costruzione  
di una rete integrata  
per la cura dei disturbi  
del comportamento alimentare**

**L'andamento  
del fenomeno suicidario**

**L'utilizzo dei farmaci  
antidepressivi e antipsicotici**

**Le strutture residenziali  
per la salute mentale**

**Il personale impiegato  
e la spesa  
per la salute mentale**

# **La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi**

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498  
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

# La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi

## **Coordinamento**

*Francesco Cipriani*

Direttore

Agenzia regionale di sanità della Toscana

## **Il Documento in sintesi**

*a cura di Fabio Voller*

Dirigente – Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

## **Capitolo 1**

*a cura di Daniel de Wet<sup>1</sup>, Stefano Bravi<sup>2</sup> e Francesco Innocenti<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Collaboratore - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale - Settore Servizi alla persona sul territorio - DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Regione Toscana

<sup>2</sup> Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

## **Capitolo 2**

*a cura di Daniel de Wet<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Collaboratore - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale  
- Settore Servizi alla persona sul territorio - DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale  
- Regione Toscana

## **Capitolo 3**

*a cura di Daniel de Wet<sup>1</sup> e Davide Buttaglieri<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Collaboratore - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale  
- Settore Servizi alla persona sul territorio - DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale  
- Regione Toscana

<sup>2</sup> Collaboratore - Azienda USL 5 di Pisa

## **Capitolo 4**

*a cura di Daniel de Wet<sup>1</sup>, Giuseppe Cardamone<sup>2</sup> e Francesco Bardicchia<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Collaboratore - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale  
– Settore Servizi alla persona sul territorio – DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale  
– Regione Toscana

<sup>2</sup> Direttore – Dipartimento di Salute mentale – Azienda USL 9 di Grosseto

<sup>3</sup> Dirigente – Dipartimento di Salute mentale – Azienda USL 9 di Grosseto

## **Capitolo 5**

*a cura di Paolo Dirindelli<sup>1</sup>, Michela Caselli<sup>1</sup>, Maria Grazia Martinetti<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Assegnista di ricerca - Dipartimento di Scienze neurologiche e psichiatriche - Università degli Studi di Firenze

<sup>2</sup> Professore associato - Dipartimento di Scienze neurologiche e psichiatriche - Università degli Studi di Firenze

## **Capitolo 6**

*a cura di Caterina Silvestri<sup>1</sup> e Stefano Bravi<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Responsabile – PO Prevenzione e indicatori sullo stato di salute delle popolazioni svantaggiate – Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

<sup>2</sup> Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

## **Capitolo 7**

*a cura di Caterina Silvestri<sup>1</sup>, Simone Bartolacci<sup>2</sup> e Stefano Bravi<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Responsabile – PO Prevenzione e indicatori sullo stato di salute delle popolazioni svantaggiate – Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

<sup>2</sup> Responsabile – PO Centro statistico elaborazione dati - Direzione  
Agenzia Regionale Sanità Toscana

<sup>3</sup> Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

## **Capitolo 8**

*a cura di Marzia Fratti<sup>1</sup> e Valentina Uvia Corridori<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Responsabile – PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale – Settore Servizi alla persona sul territorio – DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale – Regione Toscana

<sup>2</sup> Collaboratore - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale – Settore Servizi alla persona sul territorio – DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale – Regione Toscana

## **Capitolo 9**

*a cura di Marzia Fratti<sup>1</sup> e Valentina Uvia Corridori<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Responsabile – PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale – Settore Servizi alla persona sul territorio – DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale – Regione Toscana

<sup>2</sup> Collaboratore - PO Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale – Settore Servizi alla persona sul territorio – DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale – Regione Toscana



<b>5. La costruzione di una rete integrata per la cura dei disturbi del comportamento alimentare nella Regione Toscana -</b>	
<b>- Monitoraggio del processo in corso</b>	69
5.1 La rilevazione dal flusso SDO	74
5.2 La rilevazione dati attraverso la scheda informatizzata DCA: diagnosi, livelli e modalità di intervento, accesso ai servizi	76
<b>6. L'andamento del fenomeno suicidario in Toscana</b>	81
<b>7. L'utilizzo dei farmaci antidepressivi e antipsicotici in Toscana</b>	87
7.1 L'uso degli antidepressivi	89
7.2 L'uso degli antipsicotici	91
7.3 Conclusioni	93
<b>8. Le strutture residenziali per la salute mentale</b>	95
8.1 Le tipologie di strutture	97
8.2 L'offerta residenziale	98
<b>9. Il personale impiegato e la spesa per la salute mentale</b>	107
9.1 Il personale impiegato per la salute mentale	109
9.2 La spesa per la salute mentale	111
9.3 L'andamento delle componenti interne della spesa per la salute mentale	114

---

## Il Documento in sintesi

Il presente Documento, in continuità con quello già costruito nel 2011, ha lo scopo di riunire, in unico lavoro, le principali informazioni riguardanti la salute mentale in Toscana al fine di fornire un quadro d'insieme non solo su quelle che sono le principali patologie presenti sul nostro territorio, ma anche sui trattamenti e sulle prestazioni erogate ai cittadini.

Nello specifico, il primo capitolo analizza gli accessi ai servizi dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) fornendo una caratterizzazione degli utenti e delle principali modalità di presa in carico. Secondo i dati tratti dal Sistema informativo regionale sulla salute mentale (SIRSM), nel 2011 un totale di 77.922 utenti si sono rivolti ai servizi di salute mentale territoriali della Toscana. Di questi, 25.038 sono minorenni e 52.884 maggiorenni. Sul totale di utenti presenti nei servizi, 26.135 persone (33,5%) risultano nuovi utenti (il 38,9% dei minorenni e il 31,9% dei maggiorenni). I casi incidenti, sul totale dei casi prevalenti, risultano in linea con il dato riportato dalla Regione Lazio rilevato nel 2008 (34%), ma costituiscono più del doppio del dato della Regione Lombardia che, nel 2005, risultava al 17%.

Il secondo capitolo affronta il tema dei ricoveri ospedalieri. In questo caso, dopo una panoramica italiana, vengono presentati i dati relativi al trend 1997 - 2011, tratti dal flusso delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO). Globalmente, in Toscana, l'andamento dei ricoveri presenta una tendenza alla diminuzione in entrambi i generi mostrando, comunque, una ulteriore diminuzione nel corso dell'ultimo anno, soprattutto nel genere maschile, anche se per la prima volta dal 2007, nel 2011 si è assistito a un incremento del tasso rispetto al 2010.

Nel terzo capitolo viene sviluppato un approfondimento delle psicoterapie. Nel corso degli ultimi cinque anni (2007-2011) si è registrato un calo complessivo del 12,6% nel numero di prestazioni psicoterapiche erogate e del 16,4% nel numero degli utenti che ne ha usufruito. A fronte di un costante aumento nel numero degli utenti che hanno accesso ai servizi di salute mentale, la percentuale di utenti che hanno accesso alle prestazioni psicoterapiche mostra un costante calo dal 14,3% nel 2007 al 10,7% nel 2011.

Nel quarto capitolo viene tipizzato il ricorso ai servizi territoriali di salute mentale da parte dei cittadini stranieri. Tra i dati più interessanti l'andamento dei ricoveri per patologie psichiatriche che evidenzia un chiaro trend in aumento fra gli stranieri, a differenza di quanto avviene per i toscani. Questo aumento riguarda sia i ricoveri in regime ordinario che quelli in regime di day hospital (DH).

Il quinto capitolo è dedicato al monitoraggio per la cura dei disturbi sul comportamento alimentare della Regione Toscana. Dalle informazioni rilevate rispetto all'attuazione delle

linee di indirizzo regionali nei centri specialistici per i disturbi alimentari che prendono parte al progetto, si evince una buona valutazione della presa in carico interdisciplinare integrata. Il valore elevato della durata media dei disturbi impone però un ulteriore sforzo nel lavoro di rete e nell'integrazione degli interventi

Il sesto capitolo lascia l'aspetto trattamentale per dedicarsi a un tema specifico: il suicidio. Come i ricoveri, anche in questo caso abbiamo assistito a una progressiva diminuzione rimanendo, tuttavia, a valori lievemente superiori rispetto al dato. Se è vero che il trend 1987-2009 presenta un andamento decrescente, è da osservare una lieve ripresa nei tassi del 2009. I prossimi anni ci diranno se questo aumento è da porsi in correlazione con la crisi economica che ha toccato l'economia toscana come quella nazionale o se è frutto di un'oscillazione casuale.

Nel settimo capitolo viene trattato il tema dell'utilizzo dei farmaci antidepressivi e degli antipsicotici. Come è noto, la regione Toscana detiene, a livello nazionale, il primato di maggior utilizzatore con un consumo di farmaci antidepressivi (espressi in dosi definite giornaliere- DDD/1.000 ab.). Nel 2011 la prescrizione in termini di DDD/1.000 ab/die risulta doppia rispetto a quanto registrato nel 2001 e, contrariamente a quanto avevamo previsto osservando i dati 2010, il trend toscano non sembra stabilizzarsi, ma continua ad essere in aumento. L'uso di antipsicotici, invece, sembra lentamente ridursi contraddicendo quanto riportato nella letteratura scientifica sul tema.

L'ottavo capitolo è dedicato all'offerta residenziale e, più in generale, alla tipologia di strutture. In Toscana si rilevano 128 strutture che erogano assistenza psichiatrica, per un totale di 842 posti letto. Si registrano 45 strutture terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti, per un totale di 411 posti letto; 30 strutture socio-riabilitative ad alta intensità assistenziale, con 219 posti letto (di cui 119 in strutture che offrono assistenza per 12 ore e 100 in strutture che la offrono per 24 ore) e 53 strutture socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale, per un totale di 212 posti letto.

Infine, nel nono capitolo, viene presentata una panoramica sul personale impiegato nei servizi di salute mentale della Toscana e della spesa dedicata a questo tema.

Fabio Voller  
Epidemiologia dei servizi sociali integrati  
ARS Toscana



# Capitolo 1

## I servizi territoriali di salute mentale: patologie e trattamenti

*Daniel de Wet*

*Stefano Bravi*

*Francesco Innocenti*



---

# 1. I servizi territoriali di salute mentale: patologie e trattamenti

Per i servizi di salute mentale, gli ultimi anni hanno segnato l'avvento di nuove sfide e cambiamenti. Se durante gli anni '90 il superamento degli ospedali psichiatrici e la necessità di stabilire servizi di salute mentale di comunità costituivano la nuova frontiera, oggi emerge una nuova sfida per la salute mentale, che è quella di rendere tali servizi sempre più capaci di rispondere, in maniera efficiente ed efficace, ai bisogni della popolazione. Tale sfida richiede lo sforzo di operare attivamente su più livelli di integrazione coinvolgendo soggetti istituzionali, forze sociali, operatori pubblici e privati secondo il principio di una partecipazione comune. Questo contesto è reso più difficoltoso dall'odierna situazione economica che pone la necessità di affrontare, in modo più concreto, le problematiche di salute mentale acute dalla crisi, ma con un occhio particolare rivolto alla spesa pubblica.

In Toscana, nel 2011, circa l'1,6% della popolazione adulta ha avuto almeno un accesso ai servizi territoriali. Questo dato corrisponderebbe, in linea di massima, alla prevalenza della psicopatologia grave, stimata tra l'1 e il 2% della popolazione. Si stima, inoltre, che circa il 20% dei cittadini europei sperimentano in un anno almeno una forma di disagio mentale<sup>1</sup>.

La conoscenza dei tassi di incidenza e prevalenza delle patologie e il numero di utenti presi in carico, sono dati fondamentali per la programmazione e pianificazione dei servizi. Queste informazioni permettono una migliore destinazione delle risorse in modo tale che i servizi possano rispondere, più appropriatamente, ai reali bisogni della popolazione. È importante tenere presente che gran parte della popolazione che soffre di disturbi mentali non si rivolge ai servizi di salute mentale, ma ai medici di medicina generale o a professionisti privati e, addirittura, molti di loro non richiedono alcun tipo di assistenza.

Il numero delle persone con disagio psichico che rimane fuori del sistema sanitario varia a seconda della patologia, con percentuali più elevate fra coloro che soffrono di un disturbo dell'umore o d'ansia (*unmet need*) rispetto a patologie come la schizofrenia.

## 1.1 L'utilizzo dei servizi

La prevalenza trattata nell'anno è data dal numero di utenti con almeno un contatto nell'anno presso le strutture dei Dipartimenti di Salute mentale. L'incidenza trattata,

---

<sup>1</sup> Lavikainen J., Lahtinen E. & Lehtinen V. (2000). Public Health approach on mental health in Europe. National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

invece, è relativa ai pazienti che per la prima volta in assoluto hanno avuto un contatto con le strutture del Dipartimento di Salute mentale (“nuovi utenti”). In conformità alla strutturazione del flusso per la salute mentale (SALM), un nuovo utente viene definito come tale a livello di singola Azienda USL (AUSL). Gli utenti che hanno ricevuto quattro o più prestazioni vengono considerati utenti con “presa in carico”, mentre sono definiti “alti utilizzatori” coloro che hanno ricevuto, nell’anno considerato, 18 o più prestazioni. Gli ultimi due indicatori cercano di fornire, oltre alla prevalenza e l’incidenza trattata, anche una fotografia della modalità di utilizzo dei servizi territoriali. È importante specificare che gli utenti “presa in carico” vengono definiti come tali non in base a una decisione clinica, ma in base all’uso dei servizi. Pertanto, una presa in carico può escludere utenti che necessitano di una presa in carico, ma non hanno ricevuto 4 o più prestazioni, e includere utenti che, pur avendo ricevuto 4 o più prestazioni in una fase valutativa e diagnostica, non necessitano di un vero e proprio trattamento.

Nel 2011, un totale di 77.922 utenti si sono rivolti ai servizi di salute mentale territoriali della Toscana. Di questi, 25.038 sono minorenni e 52.884 maggiorenni (Tabelle 1.1 e 1.2). Sul totale di utenti presenti nei servizi, 26.135 persone (33,5%) risultano nuovi utenti (il 38,9% dei minorenni e il 31,9% dei maggiorenni). I casi incidenti, sul totale dei casi prevalenti, risultano in linea con il dato riportato dalla Regione Lazio rilevato nel 2008 (34%)<sup>2</sup>, ma costituiscono più del doppio del dato della Regione Lombardia che, nel 2005, risultava al 17%.

Tornando ai dati toscani, sempre nel 2011, 44.701 utenti, vale a dire il 57,4% degli utenti totali, hanno ricevuto quattro o più prestazioni. Questa percentuale cambia se si considerano gli utenti maggiorenni e minorenni separatamente: da ciò risulta che il 54,7% degli utenti maggiorenni (28.936 utenti) ha ricevuto quattro o più prestazioni rispetto al 63% degli utenti minorenni (15.765 utenti). È importante ricordare che la fase diagnostico-valutativa nell’infanzia richiede, spesso, più prestazioni. Gli utenti, alti utilizzatori, sono stati complessivamente 13.260 e rappresentano il 17% sia nella popolazione adulta sia in quella minore.

**Tabella 1.1**

**Frequenze assolute e % degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale – Minorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

GENERE	Prevalenti attivi		Nuovi utenti*		Nuovi utenti**		Presi in carico		Alti utilizzatori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maschi	15.794	63,1	5.647	61,1	3.313	62,2	10.073	63,9	2.845	66,7
Femmine	9.244	36,9	3.592	38,9	2.011	37,8	5.692	36,1	1.418	33,3
<b>Totale</b>	<b>25.038</b>	<b>100</b>	<b>9.239</b>	<b>100</b>	<b>5.324</b>	<b>100</b>	<b>15.765</b>	<b>100</b>	<b>4.263</b>	<b>100</b>

\* Pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

\*\* Pazienti per i quali sono state registrate almeno quattro prestazioni.

<sup>2</sup> Agenzie di sanità pubblica, Regione Lazio, Rapporto sull’attività dei Centri di salute mentale, dei Centri diurni e delle Strutture residenziali terapeutico - riabilitative del Lazio, Anno 2008: [http://www.asplazio.it/asp\\_online/tut\\_soggetti\\_deb/files/files\\_sal\\_ment/CSM\\_2008.pdf](http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/files/files_sal_ment/CSM_2008.pdf)

**Tabella 1.2****Frequenze assolute e % degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale – Maggiorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

GENERE	Prevalenti attivi		Nuovi utenti*		Nuovi utenti**		Presi in carico		Alti utilizzatori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maschi	22.351	42,3	7.087	41,9	2.376	41,7	12.502	43,2	4.340	48,3
Femmine	30.533	57,7	9.809	58,1	3.328	58,3	16.434	56,8	4.654	51,7
<b>Totale</b>	<b>52.884</b>	<b>100</b>	<b>16.896</b>	<b>100</b>	<b>5.704</b>	<b>100</b>	<b>28.936</b>	<b>100</b>	<b>8.994</b>	<b>100</b>

\* Pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

\*\* Pazienti per i quali sono state registrate almeno quattro prestazioni.

Considerando l'utilizzo dei servizi per genere ed età, si notano delle differenze. Per i minori prevalenti il rapporto tra maschi e femmine è di 1,7, mentre nell'età adulta il rapporto tra maschi e femmine risulta circa dello 0,7.

Per quanto riguarda l'età adulta, i dati sono in linea con quelli di altre regioni, come per esempio il Lazio, dove il rapporto maschi/femmine risulta dello 0,7, con una presenza femminile nei servizi territoriali del 58,1%<sup>3</sup>. Nell'infanzia e adolescenza, la forbice nel rapporto tra maschi e femmine si allarga se viene considerata la presa in carico e diventa ancora più evidente se si considerano gli alti utilizzatori. I dati suggeriscono che i maschi minorenni non solo sono predominanti nei servizi, ma necessitano di una maggiore assistenza. Nell'età adulta, il rapporto tra i generi non cambia sostanzialmente, se si considerano gli utenti nuovi e la presa in carico, ma le differenze risultano inferiori se si considerano gli utenti alti utilizzatori.

L'utilizzo dei servizi di salute mentale territoriale mostra una grande variabilità per fascia d'età, in particolare nelle fasce d'età dell'infanzia e dell'adolescenza. Le fasce d'età maggiormente presenti nei servizi, sia per utenti prevalenti, utenti nuovi, utenti con presa in carico e utenti alti utilizzatori, sono: 6-10 anni nell'infanzia e adolescenza e 31-50 nell'età adulta (Tabella 1.3 e 1.4).

**Tabella 1.3****Frequenze assolute e % degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale per fasce di età – Minorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

CLASSE DI ETÀ	Prevalenti attivi		Nuovi utenti *		Nuovi utenti **		Presi in carico		Alti utilizzatori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-2	1.779	7,1	1.167	12,6	539	10,1	922	5,8	226	5,3
3-5	3.735	14,9	1.859	20,1	1.017	19,1	2.387	15,1	889	20,9
6-10	9.884	39,5	3.605	39	2.202	41,4	6.643	42,1	2.008	47,1
11-12	3.394	13,6	974	10,5	599	11,3	2.107	13,4	394	9,2
13-17	6.246	24,9	1.634	17,7	967	18,2	3.706	23,5	746	17,5
<b>Totale</b>	<b>25.038</b>	<b>100</b>	<b>9.239</b>	<b>100</b>	<b>5.324</b>	<b>100</b>	<b>15.765</b>	<b>100</b>	<b>4.263</b>	<b>100</b>

\* Pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

\*\* Pazienti per i quali sono state registrate almeno quattro prestazioni.

<sup>3</sup> Agenzie di sanità pubblica, Regione Lazio, Rapporto sull'attività dei Centri di salute mentale, dei Centri diurni e delle Strutture residenziali terapeutico - riabilitative del Lazio, Anno 2008: [http://www.asplazio.it/asp\\_online/tut\\_soggetti\\_deb/files/files\\_sal\\_ment/CSM\\_2008.pdf](http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/files/files_sal_ment/CSM_2008.pdf)

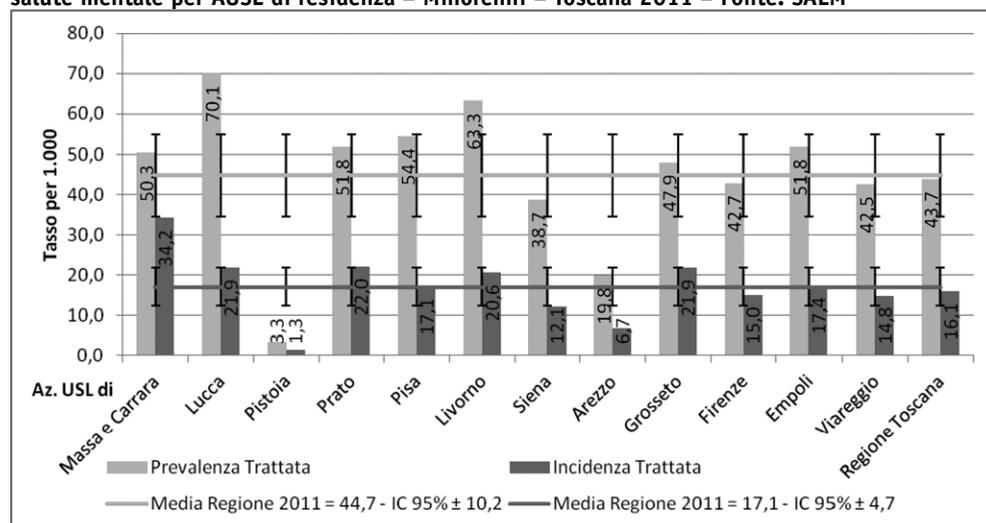
**Tabella 1.4**
**Frequenze assolute e % degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale per fasce di età – Maggioresni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

CLASSE DI ETÀ	Prevalenti attivi		Nuovi utenti *		Nuovi utenti **		Presi in carico		Alti utilizzatori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-30	7.188	13,6	2.771	16,4	1.123	19,7	3.888	13,4	1.144	12,7
31-50	20.459	38,7	6.502	38,5	2.514	44,1	12.165	42	4.360	48,5
51-64	12.174	23	3.119	18,5	1.090	19,1	7.270	25,1	2.376	26,4
65-74	6.521	12,3	1.867	11	506	8,9	3.276	11,3	770	8,6
75+	6.542	12,4	2.637	15,6	471	8,3	2.337	8,1	344	3,8
<b>Totale</b>	<b>52.884</b>	<b>100</b>	<b>16.896</b>	<b>100</b>	<b>5.704</b>	<b>100</b>	<b>28.936</b>	<b>100</b>	<b>8.994</b>	<b>100</b>

\* Pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

\*\* Pazienti per i quali sono state registrate almeno quattro prestazioni.

Nelle tabelle sottostanti vengono riportati, sia per i minorenni (Tabella 1.5, Figura 1.1) sia per i maggiorenni (Tabella 1.6, Figura 1.2), i tassi grezzi, per 1.000 residenti, della prevalenza e incidenza trattata. Sia per i minorenni sia per i maggiorenni si riscontra una spiccata variabilità tra i vari Dipartimenti di salute mentale. Se si esclude l'AUSL 3 di Pistoia, interessata da un problema tecnico nella trasmissione dei dati, si nota che i tassi di prevalenza nell'infanzia e adolescenza passano dal 19,8 per 1.000 residenti al 70,1, con un tasso regionale del 43,7 per 1.000 residenti. Negli adulti, il tasso va dall'11,2 per 1.000 residenti al 22,2 con un tasso regionale di 16,3 per 1.000 residenti.

**Figura 1.1**
**Tassi grezzi di prevalenza e incidenza per 1.000 residenti degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale per AUSL di residenza – Minorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**


**Tabella 1.5**

**Frequenze assolute, % e tassi x 1.000 residenti degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale per AUSL di residenza – Minorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

Azienda USL	Prevalenza Trattata			Incidenza Trattata		
	N	%	Tasso	N	%	Tasso
Massa	1.431	5,7	50,3	973	10,5	34,2
Lucca	2.410	9,6	70,1	754	8,2	21,9
Pistoia	149	0,6	3,3	60	0,6	1,3
Prato	2.161	8,6	51,8	919	9,9	22
Pisa	2.790	11,1	54,4	877	9,5	17,1
Livorno	3.195	12,8	63,3	1.038	11,2	20,6
Siena	1.568	6,3	38,7	489	5,3	12,1
Arezzo	1.061	4,2	19,8	358	3,9	6,7
Grosseto	1.515	6,1	47,9	693	7,5	21,9
Firenze	5.361	21,4	42,7	1.886	20,4	15
Empoli	2.054	8,2	51,8	691	7,5	17,4
Viareggio	1.050	4,2	42,5	366	4	14,8
Totale Regione Toscana	24.745	98,8	43,7	9.104	98,5	16,1
Non residente in Toscana	218	0,9	-	105	1,1	-
Non rilevato - Mancante	75	0,3	-	30	0,3	-
<b>TOTALE</b>	<b>25.038</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>9.239</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

\* Pazienti per i quali è stata registrata almeno una prestazione.

Questa variabilità si riscontra anche se si considera l'incidenza trattata.

I tassi, in questo caso, vanno da 6,7 a 34,2 con un tasso regionale del 16,1 per 1.000 residenti nell'infanzia e adolescenza e da 3,2 a 8,7 nella popolazione adulta, con un tasso regionale di 5,1 per 1.000 residenti. Le differenze riscontrate tra i vari Dipartimenti di salute mentale sono troppo marcate per potersi spiegare attraverso una normale varianza nella prevalenza e incidenza dei disturbi a livello territoriale. Il flusso informatico "soffre" di varie problematiche legate sia alla gestione dei contatti che alla trasmissione del dato. Per esempio, l'alto tasso dell'incidenza trattata per l'Azienda di Massa-Carrara è legato al fatto che gli utenti nuovi vengono definiti come tali al livello aziendale. Inoltre, negli anni passati, l'Azienda ha avuto problemi con l'archivio degli utenti e con l'invio del dato, in particolare per i minorenni, che ha prodotto, nell'anno 2011, un falso innalzamento dei dati riguardanti gli utenti nuovi. Nell'interpretazione del dato sarà anche utile tenere presenti le variabili demografiche che incidono sull'utilizzo dei servizi territoriali, come per esempio la "vulnerabilità sociale"<sup>4</sup>. Inoltre, tali differenze possono rispecchiare i

<sup>4</sup> Tibaldi G, Munizza C, Pasian S, Johnson S, Salvador-Carulla L, Zucchi S, Cesano S, Testa C, Scala E, Pinciaroli L. (2005). Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. *The Journal of Mental Health*

diversi modelli organizzativi presenti nei servizi sul territorio, nonché gli stili di lavoro a livello aziendale, come le differenze nella registrazione e trasmissione del dato.

Il confronto del dato di prevalenza e incidenza trattata della Regione Toscana con quelli riportati dalle altre Regioni, richiede prudenza a causa delle diversità osservate nelle popolazioni di riferimento. Nonostante questi accorgimenti, osservando la prevalenza trattata nella Regione Lazio della popolazione maggiorenne, viene riportato un tasso standardizzato di 13,8 per 1.000 residenti calcolato sulla popolazione di età maggiore di 14 anni (2008)<sup>5</sup>; mentre in Lombardia si registra un tasso di 14,3 per 1.000 abitanti (anche in questo caso su una popolazione maggiore di 14 anni)<sup>6</sup>. Il dato che maggiormente si avvicina all'andamento toscano (16,3 per 1.000 residenti), risulta essere quello registrato in Veneto dove, considerando la popolazione maggiore di 17 anni, viene calcolato un tasso di 15,9 per 1.000 residenti (2009)<sup>7</sup>.

Anche per quanto riguarda l'incidenza trattata, il dato registrato in Toscana nel 2011 (5,1 per 1.000 residenti maggiorenni) risulta maggiore rispetto a quello osservato nella altre Regioni a cui abbiamo fatto riferimento precedentemente. Il Lazio, nel 2008, riporta un tasso standardizzato di 4,4 per 1.000 residenti maggiori di 14 anni, mentre la Lombardia, nel 2005, registra un tasso grezzo di 2,4 per 1.000 residenti della stessa fascia di età.

Purtroppo, per quanto riguarda la popolazione minorenni (0-17 anni), il confronto con altre Regioni risulta difficile a causa della mancato trattamento dei dati da parte di queste ultime.

---

Policy and Economics, 8(2):95-106.

<sup>5</sup> Agenzie di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Rapporto sull'attività dei Centri di Salute Mentale, dei Centri Diurni e delle Strutture Residenziali terapeutico - riabilitative del Lazio, Anno 2008: [http://www.asplazio.it/asp\\_online/tut\\_soggetti\\_deb/files/files\\_sal\\_ment/CSM\\_2008.pdf](http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/files/files_sal_ment/CSM_2008.pdf)

<sup>6</sup> Direzione Generale Sanità, Struttura: Psichiatria, Neuropsichiatria e Terme, Regione Lombardia. (2009). Il Sistema di Salute Mentale di Regione Lombardia. [http://www.psychiatryonline.it/ital/SSM\\_LOMBARDIA.pdf](http://www.psychiatryonline.it/ital/SSM_LOMBARDIA.pdf)

<sup>7</sup> SER, Regione Veneto, La tutela della Salute Mentale nel Veneto, Rapporto 2010: <http://www.ser-veneto.it/public/File/documents/rapporti/RapportoSaluteMentale2010.pdf>

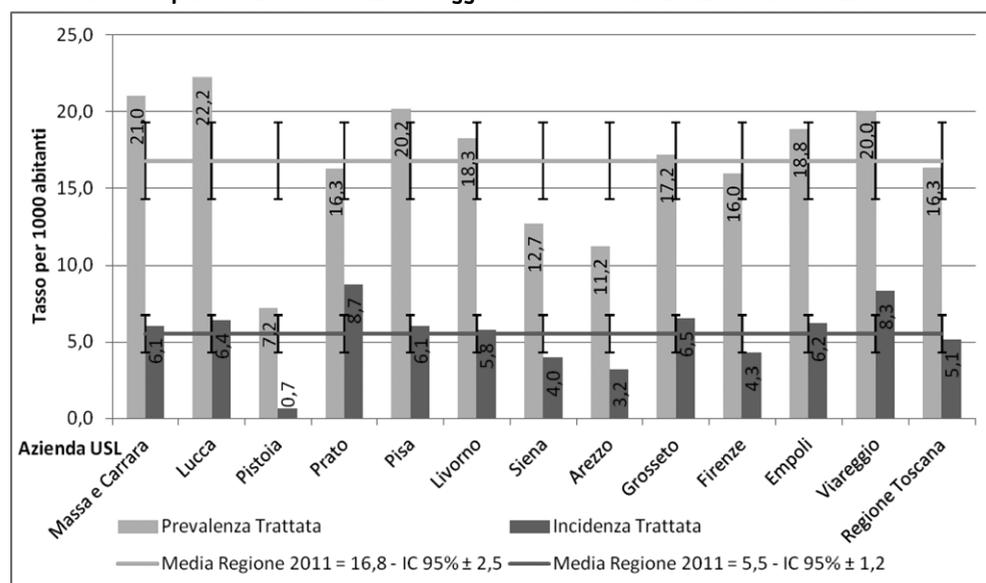
**Tabella 1.6**

Frequenze assolute, % e tassi x 1.000 residenti degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale per AUSL di residenza – Maggiorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM

AUSL	Prevalenza Trattata			Incidenza trattata		
	N	%	Tasso	N	%	Tasso
Massa-Carrara	3.682	7	21	1.063	6,3	6,1
Lucca	4.226	8	22,2	1.218	7,2	6,4
Pistoia	1.783	3,4	7,2	169	1	0,7
Prato	3.393	6,4	16,3	1.810	10,7	8,7
Pisa	5.827	11	20,2	1.751	10,4	6,1
Livorno	5.541	10,5	18,3	1.752	10,4	5,8
Siena	2.950	5,6	12,7	921	5,5	4
Arezzo	3.329	6,3	11,2	949	5,6	3,2
Grosseto	3.378	6,4	17,2	1.283	7,6	6,5
Firenze	11.144	21,1	16	3.012	17,8	4,3
Empoli	3.797	7,2	18,8	1.254	7,4	6,2
Viareggio	2.902	5,5	20	1.207	7,1	8,3
Totale Regione Toscana	51.952	98,4	16,3	16.389	97	5,1
Non residente in Toscana	675	1,3	-	391	2,3	-
Non rilevato - Mancante	257	0,5	-	116	0,7	-
<b>TOTALE</b>	<b>52.884</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>16.896</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

**Figura 1.2**

Tassi grezzi di prevalenza e incidenza per 1.000 residenti degli utenti che accedono ai servizi di salute mentale per AUSL di residenza – Maggiorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM



## 1.2 Le diagnosi

Nelle Tabelle 1.7 e 1.8 vengono riportate le patologie da cui risultano affetti i pazienti presi in carico (pazienti con 4 o più prestazioni) suddivisi per genere e per classe di età corrispondente. Le diagnosi nel flusso regionale sono state codificate con codici ICD9-CM per gli utenti adulti e con codici ICD10 per gli utenti nell'infanzia e adolescenza. Per questo motivo, al fine di rendere i dati omogenei, le diagnosi classificate con codici ICD10 sono state trasformate in codici ICD9-CM. I raggruppamenti successivi sono stati effettuati in base ai criteri utilizzati dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT)<sup>8</sup>.

Purtroppo, nonostante i numerosi passi avanti, la compilazione del campo "diagnosi" da parte dei professionisti risulta ancora molto scarsa rendendo di difficile interpretazione le informazioni raccolte (per i minori, infatti, il campo è compilato solo nel 34,5%, mentre negli adulti la compilazione raggiunge il 50,1%).

**Tabella 1.7**

**Principali gruppi diagnostici (N e %) da cui risultano affetti gli utenti che accedono ai servizi di salute mentale – Minorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

Raggruppamenti diagnostici	Maschi		Femmine		Totale	
	N = 10.073	%	N = 5.692	%	N = 15.657	%
Ritardo mentale	70	0,7	53	0,9	123	0,8
Disturbi mentali per abuso di alcol	3	0	1	0	4	0
Disturbi mentali per abuso di droghe	6	0,1	3	0,1	9	0,1
Disturbi mentali senili e organici	50	0,5	28	0,5	78	0,5
Disturbi affettivi	140	1,4	109	1,9	249	1,6
Schizofrenia e disturbi correlati	373	3,7	87	1,5	460	2,9
Altre psicosi	9	0,1	4	0,1	13	0,1
Ansia, disturbi somatoformi, ecc.	232	2,3	213	3,7	445	2,8
Disturbi dell'età preadulta	627	6,2	210	3,7	837	5,3
Altre condizioni mentali	2.460	24,4	1.395	24,5	3.855	24,5
Anamnesi personale di disturbo psichico	49	0,5	48	0,8	97	0,6
Cause rimanenti	399	4	288	5,1	687	4,4
Non rilevato o mancante	6.630	65,8	3.828	67,3	10.458	66,3

NB: l'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno una diagnosi che rientra nel raggruppamento in analisi, e il numero di presi in carico.

<sup>8</sup> Criteri ISTAT (tratto dalle note metodologiche: "L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici, anni 2007-2008").

**Tabella 1.8**

**Principali gruppi diagnostici (N e %) da cui risultano affetti gli utenti che accedono ai servizi di salute mentale – Maggiorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

Raggruppamenti diagnostici	Maschi		Femmine		Totale	
	N = 12.502	%	N = 16.434	%	N = 28.936	%
Ritardo mentale	337	2,7	239	1,5	576	2
Disturbi mentali per abuso di alcol	78	0,6	41	0,2	119	0,4
Disturbi mentali per abuso di droghe	137	1,1	31	0,2	168	0,6
Disturbi mentali senili e organici	145	1,2	185	1,1	330	1,1
Disturbi affettivi	2.092	16,7	3.754	22,8	5.846	20,2
Schizofrenia e disturbi correlati	1.467	11,7	1.040	6,3	2.507	8,7
Altre psicosi	405	3,2	387	2,4	792	2,7
Ansia, disturbi somatoformi, ecc.	1.476	11,8	1.947	11,8	3.423	11,8
Disturbi dell'età preadulta	39	0,3	24	0,1	63	0,2
Altre condizioni mentali	543	4,3	1.020	6,2	1.563	5,4
Anamnesi personale di disturbo psichico	17	0,1	23	0,1	40	0,1
Cause rimanenti	1.618	12,9	2.087	12,7	3.705	12,8
Non rilevato o mancante	5.032	40,2	6.701	40,8	11.733	40,5

NB: L'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno una diagnosi che rientra nel raggruppamento in analisi, e il numero di presi in carico.

### 1.3 Le attività dei Dipartimenti di salute mentale

Al fine di offrire una panoramica del ricorso ai servizi territoriali, concludiamo questo capitolo fornendo alcune informazioni in merito ai trattamenti erogati.

Analizzando le Tabelle 1.9 e 1.10 si nota una varianza tra genere e tra utenti maggiorenni e minorenni nelle tipologie delle prestazioni erogate (ad esempio, l'utilizzo degli interventi di "riunioni d'équipe", le "valutazioni diagnostiche strutturate" e il "colloquio svolto da altre figure professionali diverse dallo specialista"). Le differenze sono dovute a vari fattori che includono, tra l'altro, le diverse patologie presenti in fasi diverse della vita e la diversità degli interventi previsti nelle diverse fasce di età.

**Tabella 1.9**

**Principali raggruppamenti di prestazioni (N e %) da cui risultano sottoposti gli utenti che accedono ai servizi di salute mentale – Minorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

Raggruppamenti prestazioni	Maschi		Femmine		Totale	
	N = 10.073	%	N = 5.692	%	N = 15.765	%
Intervento psicoterapico	1.008	10	708	12,4	1.716	10,9
Riunione di équipe	5.162	51,2	2.738	48,1	7.900	50,1
Visita specialistica	7.721	76,7	4.467	78,5	12.188	77,3
Interventi formativi psicoeducazionali e di risocializzazione	1.010	10	526	9,2	1.536	9,7
Valutazioni diagnostiche strutturate	5.578	55,4	3.007	52,8	8.585	54,5
Somministrazione farmaci	55	0,5	34	0,6	89	0,6
Interventi di riabilitazione espressivo/motoria	2.300	22,8	1.142	20,1	3.442	21,8
Interventi sulla rete sociale	5.992	59,5	3.164	55,6	9.156	58,1
Colloquio svolto da altre figure professionali diverse dallo specialista	1.425	14,1	763	13,4	2.188	13,9
Consulenza	566	5,6	295	5,2	861	5,5
Altro	5.156	51,2	2.699	47,4	7.855	49,8

NB: L'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno una prescrizione che rientra nel raggruppamento in analisi, e il numero di presi in carico.

**Tabella 1.10**

**Principali raggruppamenti di prestazioni (N e %) da cui risultano sottoposti gli utenti che accedono ai servizi di salute mentale – Maggiorenni – Toscana 2011 – Fonte: SALM**

Raggruppamenti prestazioni	Maschi		Femmine		Totale	
	N = 12.502	%	N = 16,434	%	N = 28.936	%
Intervento psicoterapico	1.899	15,2	3.454	21	5.353	18,5
Riunione di équipe	2.992	23,9	3.175	19,3	6.167	21,3
Visita specialistica	11.149	89,2	14.740	89,7	25.889	89,5
Interventi formativi psicoeducazionali e di risocializzazione	1.417	11,3	1.232	7,5	2.649	9,2
Valutazioni diagnostiche strutturate	789	6,3	977	5,9	1.766	6,1
Somministrazione farmaci	4.454	35,6	4.613	28,1	9.067	31,3
Interventi di riabilitazione espressivo/motoria	1.691	13,5	1.451	8,8	3.142	10,9
Interventi sulla rete sociale	5.473	43,8	5.770	35,1	11.243	38,9
Colloquio svolto da altre figure professionali diverse dallo specialista	5.640	45,1	6.340	38,6	11.980	41,4
Consulenza	1.067	8,5	1.198	7,3	2.265	7,8
Altro	3.363	26,9	3.145	19,1	6.508	22,5

NB: L'indicatore è il rapporto tra il numero di pazienti presi in carico, che nell'anno hanno avuto almeno una prescrizione che rientra nel raggruppamento in analisi, ed il numero di presi in carico.

## 1.4 Conclusioni

La penetrazione dei servizi territoriali risulta buona, anche se esiste un'ampia variabilità tra i vari Dipartimenti di salute mentale. Dai dati emerge che la Toscana ha un tasso di prevalenza e di incidenza di trattamento più alto rispetto ad altre regioni italiane. L'incidenza è un indicatore-chiave per comprendere l'accessibilità dei servizi; tale indicatore, infatti, non è solo legato alle risorse strutturali, ma anche alla capacità dei servizi di attrarre l'utenza mostrando come, in Toscana, i servizi di salute mentale non solo sono presenti sul territorio, ma rappresentano un riferimento per la popolazione.

La maggiore criticità che emerge dall'analisi è l'incompletezza dei dati relativi ad alcune variabili quali quelle socio-demografiche e, in particolare, le diagnosi. Ciò comporta una difficoltà nella valutazione dell'appropriatezza dell'accesso ai servizi e delle prestazioni erogate.



## Capitolo 2

# L'ospedalizzazione per disturbi psichici

*Daniel de Wet*



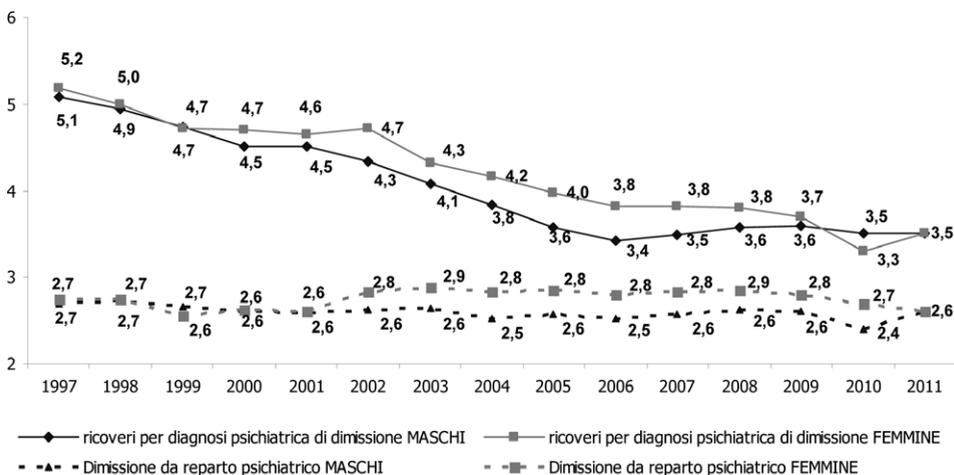
## 2. L'ospedalizzazione per disturbi psichici

### 2.1 I ricoveri in Toscana

In linea con l'andamento nazionale<sup>1</sup>, l'ospedalizzazione per disturbi psichici mostra un trend in progressiva diminuzione associata ad una sempre più marcata omogeneizzazione fra i generi (Figura 2.1). Questo dato è confermato sia dall'analisi delle dimissioni (con diagnosi psichiatrica) avvenute da tutti i reparti, sia prendendo in esame le strutture specialistiche (psichiatria e neuropsichiatria infantile).

**Figura 2.1**

**Andamento temporale dell'ospedalizzazione totale per disturbi psichici – Codifiche ICD9-CM 290-319 – e nei reparti psichiatrici per genere – Toscana 1997-2010 – Tassi standardizzati per età per 1.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000**



Il dato aggregato può tuttavia apparire fuorviante. Infatti, se suddividiamo i ricoveri per singolo reparto, osserviamo che il ricorso al reparto psichiatrico nella popolazione adulta tende a ridursi passando da un tasso standardizzato di 2,4 x 1.000 residenti nel 1997 al valore di 2,2 x 1.000 residenti nel 2011, mentre nell'infanzia la richiesta di ospedalizzazione in neuropsichiatria tende ad aumentare passando dal valore di 0,2 x 1.000 residenti 0-17 anni nel 1997 a 0,4 x 1.000 residenti nel 2011. È importante precisare che questo fenomeno non rappresenta una specificità toscana, ma risulta sovrapponibile al trend nazionale.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pentusa M.F., et al. (2007), I trattamenti Sanitari Obbligatori nel Servizio di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Cosenza: 25 anni di osservazione (1978-2003), *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16, 4:363-368.

<sup>2</sup> Istat, Dimissioni dagli istituti di cura in Italia, Anni 2001-2002 (edizione 2006): [http://www.istat.it/dati/catalogo/20060609\\_00/](http://www.istat.it/dati/catalogo/20060609_00/)

In generale, l'andamento dei ricoveri per Azienda USL (AUSL) continua a mostrare differenze territoriali, con valori superiori alla media regionale nei territori di Firenze, Massa-Carrara, Siena e Viareggio (Tabella 2.1).

**Tabella 2.1**

**Ospedalizzazione per disturbi psichici – Codifiche ICD9-CM 290-319 – dei residenti toscani – Analisi per genere, AUSL e Area vasta - Toscana 2009-2011 – Tassi standardizzati per età per 1.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000**

AUSL	Maschi	Femmine	Totale
Massa-Carrara	4,0	4,1	4,1
Lucca	3,0	2,8	2,9
Pistoia	2,7	3,0	2,9
Prato	3,1	3,1	3,1
Pisa	3,6	3,9	3,7
Livorno	3,4	3,6	3,5
Siena	3,9	4,1	4,0
Arezzo	2,4	2,4	2,4
Grosseto	2,3	2,5	2,4
Firenze	4,5	4,8	4,7
Empoli	2,5	2,9	2,7
Viareggio	4,1	3,9	4,0
Area vasta			
Centro	3,7	4,0	3,8
Nord-ovest	3,6	3,7	3,7
Sud-est	2,9	3,0	3,0

Passando ad esaminare gli utenti che accedono ai servizi ospedalieri, il numero di persone ricoverate nel 2011 sono state 9.370, di cui 2.139 di età inferiore ai 18 anni. Nel corso dell'anno, gli adulti si sono ricoverati mediamente 1,4 volte, mentre i minori 1,2 volte.

L'età media degli utenti adulti assistiti in ambito ospedaliero è di circa 49 anni (maschi: 47aa e femmine: 51aa) mentre, per i minori, l'età è di 8,4 anni (maschi: 7,8 e femmine: 9,3).

Il disturbo bipolare (psicosi maniaco-depressiva) continua ad essere la principale patologia per cui si ricorre al ricovero in entrambi i generi con una prevalenza, nel triennio 2009-2011, del 23,7%. Rispetto al triennio 2008-2010<sup>3</sup>, il valore risulta aumentato in entrambi i generi passando dal 17,5% al 20,6% negli uomini e dal 20,9% al 26,5% nelle donne (Figure 2.2 e 2.3).

<sup>3</sup> Ospedalizzazione della salute mentale in Toscana (2011), Collana dei Documenti ARS, 63:32-39.

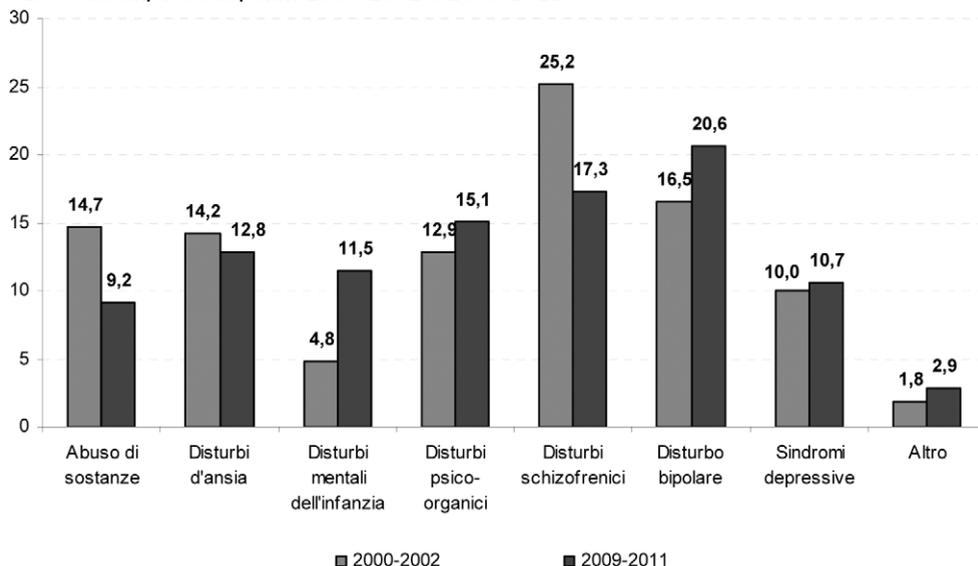
All'aumentare del disturbo bipolare si contrappone la forte diminuzione del trattamento ospedaliero delle sindromi depressive e dei disturbi d'ansia che, soprattutto nel genere femminile, risultano inferiori rispetto ai valori osservati nel periodo 2000-2002. L'inversione di tendenza, peraltro non osservata nel triennio precedente, può essere letta non soltanto alla luce dell'introduzione di trattamenti farmacologici sempre più avanzati, ma anche come l'aumento del ricorso ai servizi territoriali, presupponendo un'evoluzione e un continuo sviluppo nel trattamento del disagio psichico.

Rimandando ad approfondimenti specifici, spendiamo due parole sulla popolazione minorenni.

Come risulta facilmente intuibile, in questa fascia di età prevalgono i ricoveri per disturbi mentali dell'infanzia, raggruppamento composto da disturbi dell'apprendimento, dello spettro autistico, iperansiosi e ipercinetici, a cui fanno seguito i disturbi psico-organici (ritardo mentale) e disturbi d'ansia (questi ultimi interessano maggiormente i ragazzi più grandi).

Pur non volendo sostituirsi al parere clinico, riteniamo necessario, anche alla luce di quanto descritto nel documento pubblicato nel 2010 dal Ministero della salute,<sup>4</sup> riflettere sui possibili sviluppi da apportare al trattamento di alcune patologie dell'infanzia.

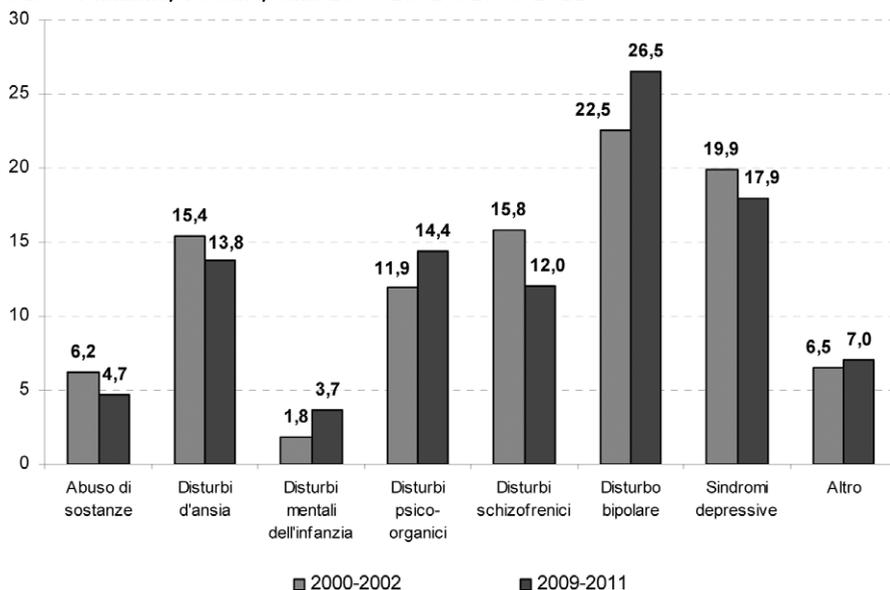
**Figura 2.2**  
Confronto della prevalenza dei soggetti ricoverati per disturbi psichici – Codifiche ICD9-CM 290-319 – Maschi, Toscana, anni 2000-2002 e 2009-2011



<sup>4</sup> Sistema Nazionale per le Linee Guida: Consensus Conference 3, Disturbi specifici dell'apprendimento, Roma 6-7, 2010. [http://www.aiditalia.org/upload/cc\\_disturbi\\_apprendimento\\_sito.pdf](http://www.aiditalia.org/upload/cc_disturbi_apprendimento_sito.pdf)

**Figura 2.3**

**Confronto della prevalenza dei soggetti ricoverati per disturbi psichici – Codifiche ICD9-CM 290-319 – Femmine, Toscana, anni 2000-2002 e 2009-2011**



## 2.2 L'efficienza operativa dei reparti psichiatrici

Le risorse disponibili per la salute mentale, come per la sanità in generale, sono limitate. In un contesto in cui le risorse non sono infinite è particolarmente importante ottimizzarne l'uso per garantire un'assistenza universale con una qualità più alta possibile. Di seguito vengono presentati alcuni indicatori che valutano l'utilizzo delle risorse nei reparti psichiatrici.

È importante sottolineare, a questo punto, che nessuno degli indicatori presentati deve essere letto in modo isolato. È importante prendere in considerazione tutti gli indicatori congiuntamente, in modo da avere una visione complessiva del reale utilizzo delle risorse disponibili per mettere in campo strategie volte al miglioramento

### 2.2.1 Nomogramma di Barber

Per una valutazione sufficientemente esaustiva dell'attività ospedaliera dei reparti della psichiatria, appare di notevole interesse, sia sotto il profilo descrittivo sia sul piano investigativo e operativo, il Nomogramma di Barber<sup>5</sup>. Esso considera simultaneamente

<sup>5</sup> Casale, C.; Labbrozzini, D.; Nicolucci, A.; Carinci, F.; Avanzi, C.; Dell'Aquila, R.; Forcella, M.; Montemurro, C.; Proccaccini, D. A.; Ruscitto, F., et al. Evaluation of the efficiency of a nephrology department by the DRGs and Barber's Nomogram. The role of comorbidity. *Contrib Nephrol.* 1994; 109:84-9.

quattro parametri che la letteratura specializzata indica tra i principali indicatori per quantificare il grado di attività degli ospedali.

I quattro indicatori individuati da Barber sono:

1. la durata media della degenza (DM), che esprime il numero medio di giorni di permanenza di un paziente nel reparto ospedaliero;
2. l'indice di occupazione dei posti letto (IO), che esprime, in percentuale, quale è la quota parte dei posti letto che mediamente viene occupata dai pazienti;
3. l'intervallo di turnover (IT), che evidenzia il periodo di tempo, espresso in giorni o in frazione di giorno, che intercorre tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro;
4. il numero di pazienti/letto/anno (IR). Questo parametro, denominato indice di rotazione per posto letto, esprime il numero di pazienti che in media ha occupato un posto letto nell'intervallo di un anno.

Più specificamente il nomogramma di Barber si realizza utilizzando un sistema di assi cartesiani in cui l'ascissa è rappresentata dall'IT e l'ordinata dal DM. Il piano individuato è ulteriormente suddiviso sulla base dell'IO e IR (Figura 2.4)

Il nomogramma, così com'è costruito, consente sia di seguire nel tempo l'andamento del grado di efficienza di una data struttura sia di effettuare confronti tra strutture.

Barber ha proposto, per l'identificazione di quella che definisce area di accettabilità (Figura X, area verde) all'interno della quale si dovrebbero posizionare le strutture sanitarie che presentano un soddisfacente livello di efficienza, valori di IT compresi tra 1 e 3 giorni e un tasso di utilizzo (IO) non minore del 75%. Per l'analisi presentata è stato aggiunto un ulteriore parametro per la definizione dell'area di accettabilità: una degenza media non superiore a 14,8 giorni. Questo valore è stato scelto in base alla degenza media registrata nei reparti 40 (psichiatrici) della regione e rappresenta il valore sopra il quale la degenza media è significativamente superiore alla media regionale (IC 95%).

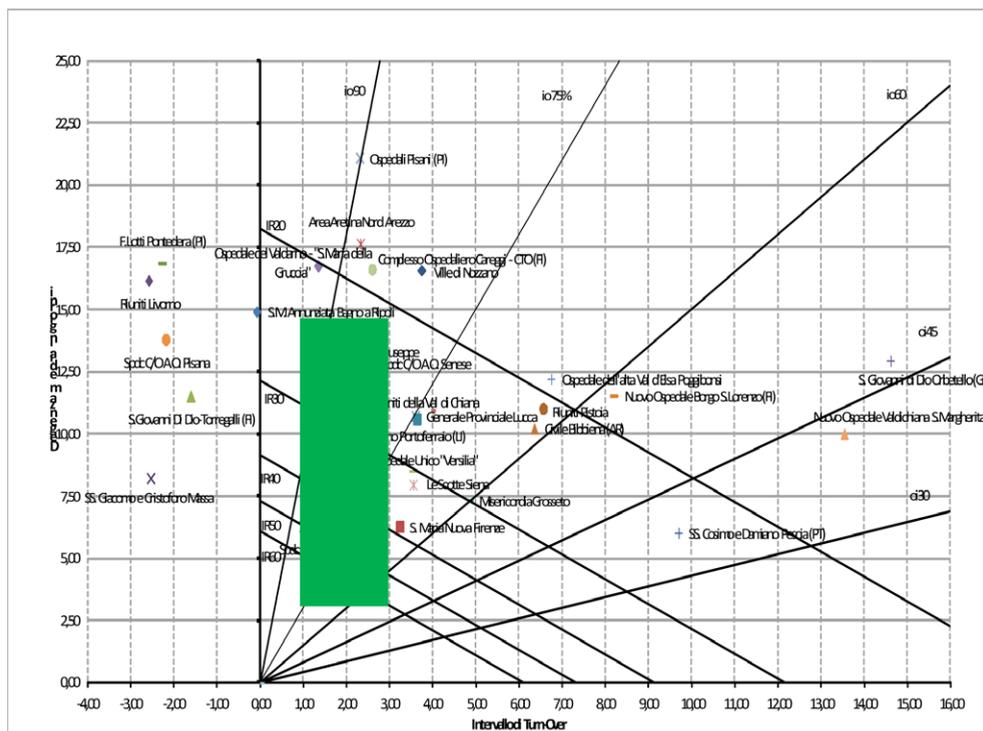
Attraverso l'utilizzazione del nomogramma di Barber, è quindi possibile non solo tenere sotto osservazione simultaneamente quattro indicatori di attività delle strutture ospedaliere, ma anche, qualora ci si ritrovi all'esterno dell'area di accettabilità, simulare strategie gestionali per posizionarsi all'interno di tale area.

Considerando il nomogramma di Barber per i reparti psichiatrici della Toscana si devono premettere alcune considerazioni. I dati che vengono utilizzati per calcolare i vari indicatori provengono da due flussi diversi: il flusso delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO), che registra i dati relativi ai ricoveri, e il flusso dei Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate (HSP.12), che registra il numero di posti letti disponibili nei reparti 40 (Psichiatria). Risulta che quest'ultimo non sia aggiornato per alcuni reparti e, di conseguenza, i valori non riflettono per tutti i reparti il reale stato di funzionamento. Non tutte le strutture psichiatriche ospedaliere presenti in Toscana sono rappresentate nel grafico. Il motivo è che i valori di alcune strutture rimangono fuori dall'area presentata nella figura a causa di un numero di posti letto errato o semplicemente a causa della scarsa efficienza della struttura.

Dall'analisi si nota una variabilità molto ampia presente sul territorio. Una parte di questa variabilità, in particolare alcune delle strutture collocate nella parte destra del grafico, può essere spiegata dal fatto che sono presenti alcuni reparti tenda, vale a dire posti letto psichiatrici che vengono attivati solo in caso di necessità. In Toscana sono presenti 7 reparti tenda presso le seguenti strutture: Ospedale dell'Alta Val d'Elsa - Poggibonsi, Ospedali riuniti della Val di Chiana (AUSL 7 Siena), Val Tiberina - Sansepolcro, Civile - Bibbiena, Nuovo Ospedale Valdichiana S. Margherita (AUSL 8 Arezzo), S. Giovanni di Dio - Orbetello, S. Andrea - Massa M.ma (AUSL 9 Grosseto).

Tre reparti su 33 (il 9%; 11,5% se vengono esclusi i reparti tenda) entrano nell'area che viene considerata appropriata secondo i criteri forniti da Barber e con il limite posto della degenza media a 14,8 GIORNI. Il fatto che il numero dei reparti che entrano nell'area di accettabilità sia basso fa nascere la domanda sui criteri adottati, in particolare se essi siano troppo limitativi per i reparti psichiatrici. Questa può essere certamente una probabilità, ma deve essere anche sottolineato il fatto che ci sono almeno 10 reparti vicini all'area di accettabilità e che potrebbero entrarci facilmente prestando attenzione ai parametri posti.

**Figura 2.4**  
**Nomogramma di Barber – Reparti psichiatrici (40) Regione Toscana, Anno 2011**



Per una valutazione dell'efficienza dei reparti è necessario prendere in considerazione non solo gli indicatori relativi al movimento dei pazienti come nel nomogramma di Barber, ma anche le differenze relative alla casistica dei pazienti ricoverati nelle diverse strutture. Per questo scopo vengono utilizzati alcuni indicatori basati sul sistema dei *Diagnostic-Related Groups* (DRG - raggruppamenti omogenei di diagnosi) per la valutazione della complessità della casistica. In generale possiamo dire che questi indicatori sono misure della degenza media che tengono conto della casistica trattata. Di seguito vengono presentati due indicatori: l'indice di case-mix e l'indice comparativo di performance.

### 2.2.2 L'indice di case-mix

L'indice di case-mix (ICM) può essere considerato come un indicatore sintetico della complessità assistenziale della casistica trattata in rapporto alla complessità media di uno standard e rappresenta il rapporto tra degenza media attesa e degenza media osservata a parità di efficienza operativa DRG-specifica. La misurazione della complessità della casistica trattata è effettuata attraverso il calcolo del rapporto tra la composizione della casistica trattata in un specifico reparto, ponderata con il sistema dei pesi DRG, e la composizione ponderata dello standard. L'ICM permette di confrontare il case-mix delle strutture al netto delle differenze di efficienza operativa DRG specifica. È dunque un indice della produttività di un reparto che suggerisce il suo livello di specializzazione.

Valori superiori a 1 indicano una complessità di casistica superiore alla media regionale (standard) e valori inferiori a 1 indicano una complessità di casistica inferiore allo standard. Quei reparti che escono dagli intervalli di confidenza si distinguono in modo statisticamente significativo dallo standard regionale.

Analizzando gli ICM per i reparti psichiatrici pubblici della Toscana si nota, come intuibile, che i reparti universitari e il servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC) dell'AUSL 5 di Pisa, gestito dall'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) Pisana, si collocano sulla destra del grafico con un  $ICM > 1$ . È interessante notare che anche i due reparti di Arezzo Nord e il reparto tenda di S. Giovanni di Dio a Orbetello (Gr) registrano un ICM significativamente maggiore dallo standard regionale (Figura 2.5).

### 2.2.3 L'indice comparativo di performance

L'indice comparativo di performance (ICP) permette di valutare l'efficienza operativa dei reparti afferenti alle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix, rispetto a specifici valori di riferimento suddivisi per disciplina (DRG) di dimissione.

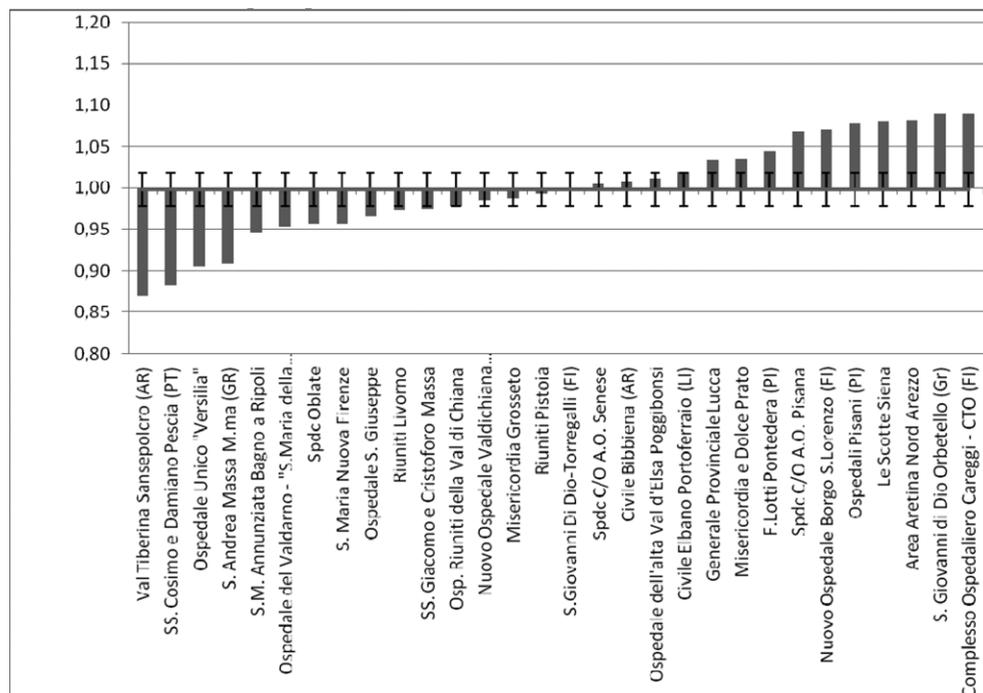
La degenza media standardizzata per il case-mix, vale a dire il numeratore nella formula dell'ICP, rappresenta il numero delle giornate di degenza che si osserverebbero qualora la composizione per DRG dei dimessi da uno specifico reparto fosse uguale a

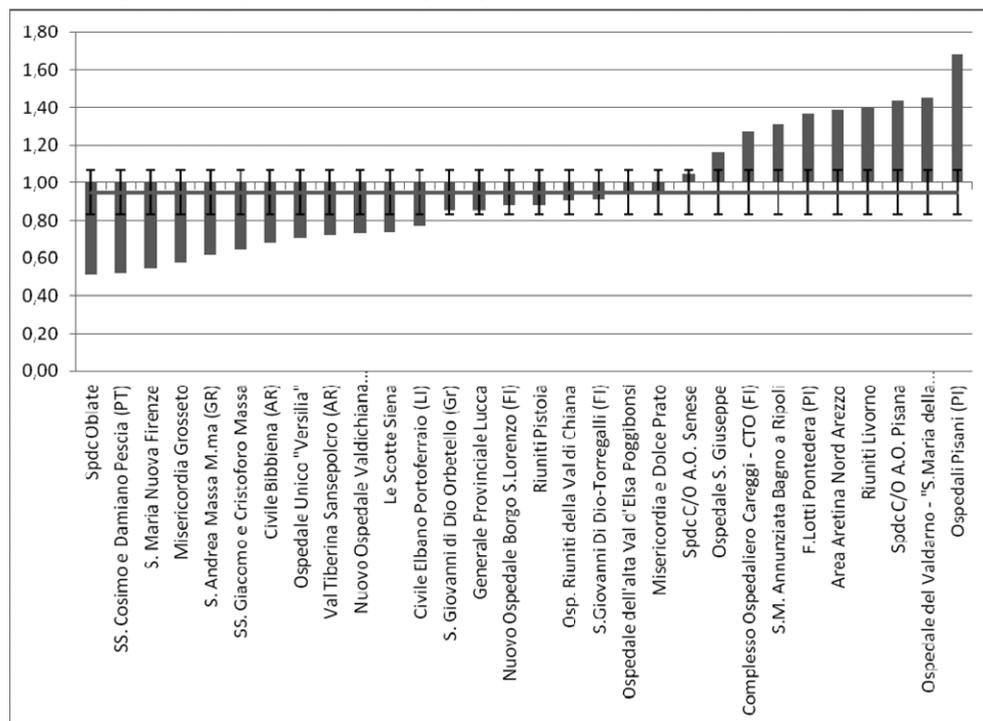
quella dello standard; in altre parole è una degenza media attesa, calcolata relativamente ai soli DRG che si vengono a formare nel reparto considerato.

Valori inferiori a 1 indicano una migliore performance, in termini di degenza media, rispetto a quella dello standard regionale. Viceversa, valori superiori a 1 individuano una peggiore performance, in termini di degenza media, rispetto a quella dello standard.

Analizzando l'ICP della Toscana si nota un'ampia variazione tra i reparti psichiatrici, con vari reparti che si distinguono dalla media regionale in modo significativo. Da notare è la differenza complessiva tra il reparto con la "miglior" performance (SPDC Oblate) e quello con la "peggior" performance su questo indicatore (Ospedali Pisani – AOU Pisana) che ammonta a più di 1 punto complessivo ovvero più del 100% rispetto allo standard. I reparti che si trovano alle estremità devono interrogarsi su un'eventuale degenza media DRG specifica troppo breve se si trovano a sinistra del grafico, troppo lunga se si trovano a destra (Figura 2.6).

**Figura 2.5**  
Indici di case-mix – Reparti psichiatrici (cod. 40) - Toscana, anno 2011



**Figura 2.6****Indice comparativo di performance – Reparti psichiatrici (cod. 40) - Toscana, anno 2011**

## 2.3 L'assistenza tra ospedale e territorio

### 2.3.1 Le riammissioni psichiatriche

Tassi di riammissione ospedaliera vengono utilizzati come proxy per recidiva o di complicazioni a seguito di una degenza ospedaliera per disturbi psichiatrici e uso di sostanze. Poiché possono suggerire una prematura dimissione o mancanza di coordinamento con cure ambulatoriali, alti tassi di riammissione hanno portato alcune strutture ospedaliere a esaminare fattori associati con ricoveri, tra cui le caratteristiche del paziente, durata del soggiorno, dei piani di dimissione e collegamenti con le cure ambulatoriali. Dato l'alto costo delle cure istituzionali, ridurre i tassi di riammissione può avere un effetto sostanziale sulla spesa. Da notare che la letteratura scientifica<sup>6</sup> in materia suggerisce che, essendo questi indicatori sensibili al

<sup>6</sup> Hermann R., Mattke S. & Members of the OECD mental health care panel (2004), Selecting indicator for the quality of mental health care at the health systems level in OECD countries, OECD health technical Papers No 17; OECD Paris.

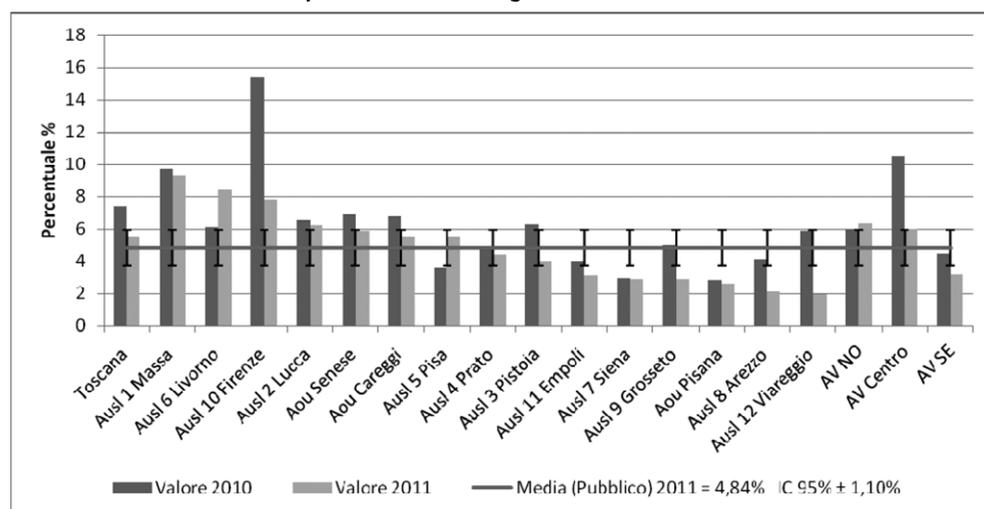
case-mix, potrebbe essere utile non prendere in considerazione solo l'ICP, ma anche l'ICM, come è stato già descritto.

### 2.3.2 La riammissione psichiatrica entro 7 giorni

Vi sono due diversi indicatori di riammissione psichiatrica: quello della riammissione entro 7 giorni dalla dimissione del primo ricovero e quello della riammissione entro 30 giorni dalla dimissione del primo ricovero. Tra i due indicatori di riammissione, quello entro 7 giorni viene considerato un indicatore dell'efficienza ospedaliera. Un'alta percentuale di riammissioni può suggerire, tra l'altro, dimissioni premature. Si considera come riammissione un ricovero relativo allo stesso paziente avvenuto entro 7 giorni dalla dimissione del primo ricovero. Come tale la riammissione viene attribuita all'azienda in cui è avvenuto il precedente ricovero. Vengono presi in esame i ricoveri ordinari in regime ordinario erogati in regione relativi a residenti maggiorenni.

Si nota un forte calo delle riammissioni entro 7 giorni dal 7,5% nel 2010 al 5,5% nel 2011 a livello regionale, con solo due Aziende che registrano un aumento del dato: le AUSL di Pisa e di Livorno. Colpisce la difformità che esiste tra le Aziende USL, che va dal 9,3% di riammissione nell'AUSL di Massa-Carrara all'1,9% di riammissione dell'AUSL di Viareggio nel 2011 (Figura 2.7).

**Figura 2.7**  
Percentuale di riammissioni psichiatriche entro 7 giorni - Toscana, anno 2011<sup>7</sup>



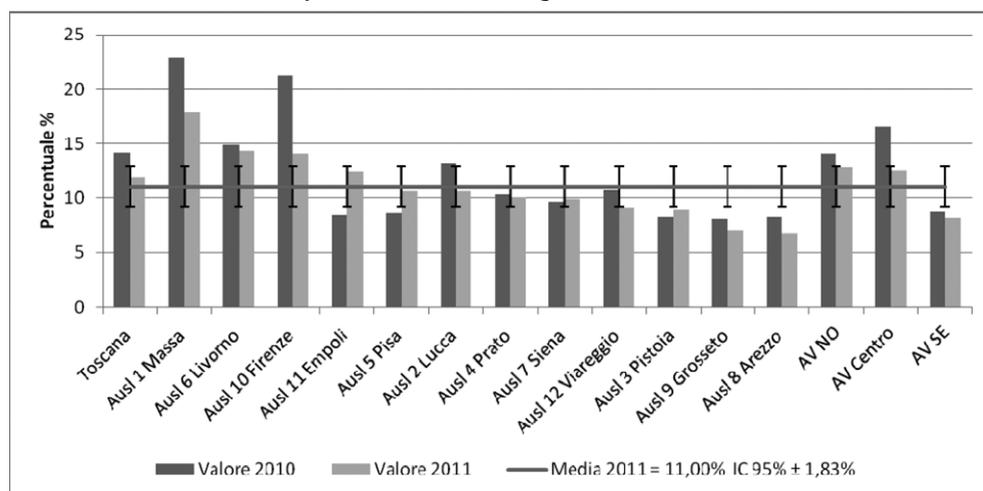
<sup>7</sup> Fonte dati: Sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie toscane, Laboratorio MeS, 2011.

### 2.3.3 La riammissione psichiatrica entro 30 giorni

Se la riammissione entro 7 giorni viene considerata un indicatore che riflette prevalentemente l'assistenza in ospedale, la riammissione entro 30 giorni riflette la capacità del territorio di prendere in carico il paziente dopo il ricovero. Come tale, la riammissione viene attribuita all'Azienda in cui risiede il paziente. Un ricovero si considera una riammissione se il tempo tra i due ricoveri, relativi allo stesso paziente, avviene entro 30 giorni dalla dimissione del primo ricovero. Per il calcolo dell'indicatore viene considerato il numero di riammessi (dei dimessi maggiorenni) nel periodo che va dal 1 gennaio al 30 novembre dell'anno preso in considerazione, entro 30 giorni con uno dei DRG psichiatrici selezionati in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gennaio - 30 novembre, evento successivo nel periodo 1 gennaio - 31 dicembre).

Anche per per questo indicatore si nota un miglioramento a livello regionale, che va dal 14,2% del 2010 all'11,9% del 2011. C'è da osservare che nel calcolo riportato, presente nel sistema di valutazione regionale, viene inclusa anche la riammissione entro 7 giorni, che spiega la maggior parte del miglioramento registrato per questo indicatore. Anche se l'indicatore può essere considerato valido, è necessario chiedersi, laddove sono presenti entrambi gli indicatori di riammissione, se non sia più appropriato calcolare questo secondo indicatore come percentuale di riammissione tra 8 e 30 giorni dalla dimissione, soprattutto se lo scopo è quello di misurare la capacità che òa rete di assistenza ha nel prendere in carico un paziente dopo la sua dimissione (Figura 2.8).

**Figura 2.8**  
Percentuale di riammissioni psichiatriche entro 30 giorni - Toscana, anno 2011<sup>8</sup>



<sup>8</sup> Fonte dati: Sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie Toscane, Laboratorio MeS, 2011.

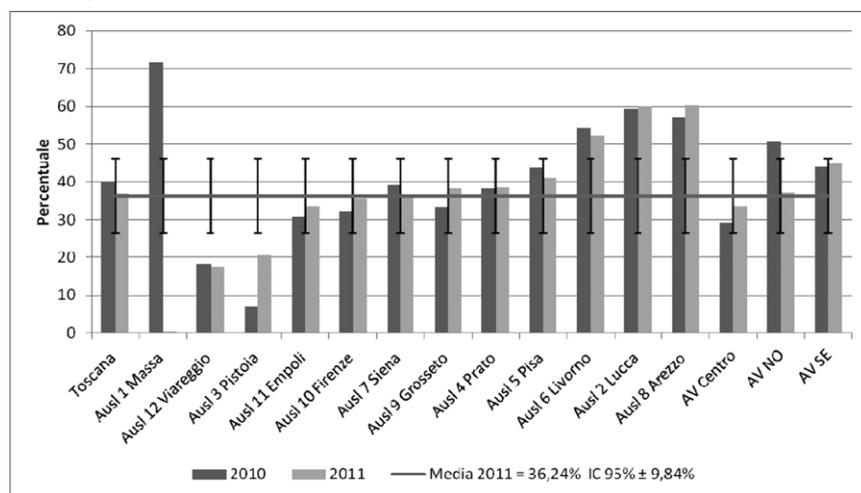
### 2.3.4 Il contatto entro 7 giorni dalla dimissione ospedaliera con il Dipartimento di salute mentale

La maggior parte delle persone che ricevono un trattamento ospedaliero per un disturbo psichiatrico richiedono cure ambulatoriali dopo la dimissione, al fine di promuovere ulteriormente il recupero e prevenire le ricadute. Questo indicatore prende in esame la percentuale di pazienti che hanno ricevuto una prestazione erogata dal servizio territoriale entro 7 giorni dalla dimissione, fornendo un indicatore della continuità delle cure basate sull'utilizzo dei servizi del Dipartimento di salute mentale (DSM).

Per il calcolo dell'indicatore sono stati presi in considerazione tutti gli utenti maggiorenni residenti con disturbi dello spettro schizofrenico e affettivi psicotici che hanno avuto un contatto entro 7 giorni dalla dimissione del ricovero ospedaliero con il DSM.

Riflettendo sui dati, si nota un calo di circa il 3%, che va dal 40,0% del 2010 al 36,9% del 2011, nel numero di pazienti che hanno avuto un contatto con il DSM entro 7 giorni dalla dimissione ospedaliera. Al contrario dei due indicatori che si riferiscono alle riammissioni, monitorato ormai da più anni, questo indicatore è nuovo nel sistema di valutazione regionale e, come tale, il calo può rappresentare un cambiamento naturale nel dato. Anche per questo indicatore colpisce la difformità tra Aziende USL. Escludendo l'AUSL di Massa-Carrara, dove si è verificato un errore nella trasmissione dei dati, i valori del 2011 vanno dal 17,4% per l'AUSL di Viareggio al 60,2% per l'AUSL di Arezzo (Figura 2.9).

**Figura 2.9**  
Percentuale di utenti con un contatto entro 7 giorni dalla dimissione ospedaliera con il DSM, Toscana, anno 2011<sup>9</sup>



<sup>9</sup> Fonte dati: Sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie toscane, Laboratorio MeS, 2011.

## 2.4 Conclusioni

In Toscana, il ricorso al ricovero ospedaliero per il disturbo psichico risulta inferiore rispetto alla media nazionale e in costante diminuzione. Questo cambiamento risente sicuramente di un più ampio obiettivo di politica sanitaria perseguito in gran parte del territorio italiano che vede, come target principale, la contrazione dei posti letto per acuti all'interno della contrazione generale del numero totale dei ricoveri per disturbi mentali. Alla riduzione dei posti letto si aggiunge, non per ultima, la modificazione culturale avvenuta nel corso degli anni con un aumento della presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali e un sempre più ridotto ricorso al ricovero ospedaliero che rimane, in molti casi, un intervento attivato soltanto in fase acuta.

L'aumento dei ricoveri ospedalieri nella fascia de'età dell'infanzia e dell'adolescenza, anche se non limitato esclusivamente alla Toscana, richiede un'attenzione particolare: deve anzitutto porre domande che riguardano la prevenzione e la promozione, l'individuazione precoce del disturbo e il funzionamento dei servizi territoriali, nonché l'appropriatezza dei ricoveri in questa fascia d'età.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei Reparti psichiatrici per adulti sul territorio, la prima cosa che colpisce è la variabilità a livello territoriale degli indicatori presi in considerazione. Sebbene questa variabilità possa essere amplificata da flussi non sempre aggiornati, come per esempio nel caso dei posti letto, e ricorran talvolta errori nella trasmissione dei dati, tali problemi sono circoscritti e non inficiano le conclusioni su di una situazione complessiva nella misura in cui anche gli indicatori non sensibili a questi errori nei flussi confermano tale variabilità. Questa variabilità è meno marcata per l'indicatore che riguarda la complessità della domanda, l'indice del case-mix, suggerendo stili gestionali molto diversi tra loro nei vari reparti psichiatrici. Risulta pertanto utile una riflessione comune sulle pratiche e i protocolli adottati sul territorio toscano.

Infine, i dati presentati, suggeriscono che un'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse potrebbe migliorare anche l'efficacia del ricovero, soprattutto la riammissione e in particolare la riammissione entro 7 giorni.



## Capitolo 3

# La psicoterapia nei servizi territoriali di salute mentale della Toscana

*Daniel de Wet*

*Davide Buttaglieri*



---

### 3. La psicoterapia nei servizi di salute mentale in Toscana

La psicoterapia è tradizionalmente considerata come una parte essenziale all'interno del servizio di salute mentale in Italia e nel mondo. Se, in generale, costituisce una delle principali attività cliniche di psichiatri, neuropsichiatri e psicologi, i dati della Toscana degli ultimi anni suggeriscono, in realtà, che il suo utilizzo nel trattamento della comunità risente di una diminuzione.

Oggi, anche alla luce di tale diminuzione, è necessario affrontare le tematiche relative alla psicoterapia nei servizi pubblici in modo adeguato. L'ideologizzazione di alcune scuole di pensiero psicoterapiche, la loro varietà e conflittualità, hanno reso dibattuta la loro scelta. In Toscana, come nel resto d'Italia, pertanto, la tematica relativa al ruolo della psicoterapia nel Servizio sanitario regionale richiede una riflessione scientifica e sistematica approfondita. Tale riflessione diventa urgente specialmente in un contesto come quello attuale, in cui le risorse sanitarie sono limitate e si richiede un loro utilizzo responsabile e appropriato.

La domanda che ci poniamo non riguarda la scelta o meno della psicoterapia. La psicoterapia, come è stato dimostrato, è un intervento clinico ad alta efficacia nel trattamento di un ampio spettro di disturbi mentali e condizioni di disagio sociale. Il suo utilizzo produce un miglioramento duraturo, paragonabile, e spesso anche superiore, ai trattamenti farmacologici. Nella letteratura scientifica internazionale esiste un ampio consenso nell'affermare che la psicoterapia funziona. È possibile indicare quale tipo di psicoterapia funziona, per quale diagnosi o disturbo. Apporta, inoltre, un notevole vantaggio nel rapporto costo-beneficio e costo-offset se utilizzata in modo appropriato nell'ampio spettro di condizioni prevalenti.

La psicoterapia viene considerata una componente fondamentale dei percorsi di trattamento e cura nei servizi di salute mentale, da usare spesso in modo integrato ai trattamenti farmacologici.

Se, da un lato, l'importanza della psicoterapia viene rivalutata come trattamento integrato a quello farmacologico e come base per la progettazione della cura biopsicosociale dei disturbi mentali, dall'altro, la ristrettezza delle risorse economiche richiede altresì un'attenta analisi del suo utilizzo per garantirne appropriatezza e beneficio.

La psicoterapia viene considerata come un intervento di alta "tecnologia umana" e come tale necessita di notevoli risorse economiche. Tuttavia, i trattamenti psicologici possono essere anche molto vantaggiosi a livello del rapporto costo-efficacia e più convenienti rispetto agli interventi farmacologici comunemente utilizzati. Gli interventi psicoterapici sembrano avere un potenziale per ridurre i costi di assistenza sanitaria per i pazienti trattati con successo, i quali riducono il loro utilizzo di altri servizi. In alcuni casi, la riduzione dei costi per il sistema sanitario può effettivamente essere maggiore del costo del servizio psicoterapico, risultando così in un costo totale di offset al sistema.

Ovviamente, è a vantaggio di tutti i toscani che queste conclusioni basate su fatti vengano considerate nel tentativo di un globale rinnovamento del sistema sanitario. E questo nell'interesse sia della salute della popolazione che della stabilità finanziaria dell'intero sistema sanitario. Con i costi crescenti della società per l'assistenza sanitaria, qualsiasi servizio in grado di fornire un migliore stato di salute e la possibilità di notevole risparmio merita senz'altro l'attenzione degli analisti politici e del Ministero della salute. In sintesi, i dati della ricerca che considerano i costi costituiscono una base molto solida per espandere il finanziamento pubblico dei servizi psicologici e per favorire un maggiore accesso della popolazione a interventi psicologici efficaci.

Mentre nella ricerca psicoterapica, in passato, si è rivolta attenzione particolare allo studio dell'efficacia delle psicoterapie e i cosiddetti fattori comuni, recentemente si sono intensificati gli studi sul tema della "ricerca differenziale del trattamento". Si tratta di considerare il tipo di trattamento, le condizioni alle quali si ottengono effetti sul tipo di disturbo e il modo in cui questi effetti possono essere stabilizzati ("indicazione differenziale"), andando a verificare, quindi, l'incremento dell'efficacia e degli esiti della ricerca ("esito ricerca") e dei processi durante i trattamenti ("processo di ricerca").

A questo punto diventa importante definire quello che si intende per "psicoterapia". Secondo la Regione Toscana la psicoterapia è<sup>1</sup>.

"[...] un intervento strutturato che prioritariamente mira a modificare le emozioni, i pensieri e i comportamenti del paziente e il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri, neuropsichiatri infantili o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Una seduta di psicoterapia, salvo casi eccezionali, dura almeno 40 minuti.

Si articola in:

Psicoterapia individuale: coinvolge in una relazione a due, il singolo paziente e lo psicoterapeuta.

La psicoterapia individuale esclude: i colloqui con psichiatri, neuropsichiatri infantili e psicologi a carattere psicoterapico, ma non formalizzati come psicoterapie (visite specialistiche); gli interventi in cui prevale l'insegnamento di abilità (intervento rispetto alle abilità di base, interpersonali e sociali).

Psicoterapia di coppia: è rivolta a due soggetti legati da una relazione affettiva per la quale essi stessi si definiscono come coppia; il suo scopo è migliorare gli aspetti problematici della relazione stessa o di portare ad una separazione non conflittuale. Vengono considerati aspetti psicologici, sessuali, etici ed economici della relazione. I due membri della coppia possono essere visti singolarmente o insieme.

---

<sup>1</sup> Deliberazione della Giunta regionale della Toscana N. 687 del 27 giugno 2005 ("Messa a regime Sistema Informativo Regionale sulla Salute Mentale e inserimento nel Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari").

Psicoterapia familiare: intervento rivolto al trattamento nella stessa seduta di più di un membro di una famiglia o dell'intero nucleo familiare disfunzionale secondo un modello sistematico o relazionale.

La psicoterapia di coppia e familiare escludono: singoli interventi con i familiari (anche se frequenti) non strutturati in una terapia della coppia/famiglia (colloquio con i familiari); interventi psicoeducativi (intervento informativo e psicoeducativo con i familiari).

Psicoterapia di gruppo: applicazione di tecniche psicoterapiche da parte di un terapeuta che usa le interazioni emotive dei membri del gruppo per aiutarli ad alleviare il disagio e possibilmente a modificare il loro comportamento. Il gruppo è abitualmente composto di 4-12 persone che si incontrano regolarmente con il terapeuta.

La psicoterapia di gruppo esclude: gruppi di risocializzazione finalizzati alla discussione.”

Allo scopo di rendere più chiare le informazioni contenute in questo capitolo, abbiamo deciso di suddividerlo in due parti. Nella prima verrà analizzato l'uso della psicoterapia nei servizi di salute mentale in Toscana, utilizzando i dati provenienti dal flusso informativo regionale. I risultati devono far riflettere in primis su come viene utilizzata questa risorsa nel Servizio sanitario toscano (SST), con l'auspicio che tale riflessione getti luce anche sul ruolo attuale della psicoterapia nei servizi di salute mentale e, come secondo aspetto, disponendo di dati amministrativi, è possibile ricavare informazioni sui modi d'uso della psicoterapia, utili a fornire informazioni sui processi ma non sull'esito del trattamento.

Nella seconda parte del capitolo verranno restituiti i primi risultati di un progetto promosso dalla Regione Toscana che mira a offrire delle risposte alla domanda di misurazione degli esiti degli interventi psicoterapeutici in modo routinario.

### **3.1 L'uso della psicoterapia nei servizi di salute mentale in Toscana**

Nel corso degli ultimi cinque anni (2007-2011) si è registrato un calo complessivo del 12,6% nel numero di prestazioni psicoterapiche erogate e del 16,4% nel numero degli utenti che ne ha usufruito. A fronte di un costante aumento nel numero degli utenti che hanno accesso ai servizi di salute mentale, la percentuale di utenti che hanno accesso alle prestazioni psicoterapiche mostra un costante calo dal 14,3% nel 2007 al 10,7% nel 2011. Occorre precisare la presenza di problemi che si sono verificati nelle trasmissioni dei dati per l'AUSL 3 di Pistoia per gli ultimi due anni. I dati tra il 2007 e il 2009 indicano che l'AUSL ha erogato in media circa 3.250 prestazioni a circa 450 utenti l'anno. Anche se si sommassero i valori dell'AUSL 3 di Pistoia ai dati riportati in Tabella 3.1 per l'anno 2011, il trend complessivo non subirebbe variazioni, se non una riduzione dell'entità dei cali registrati.

In Tabella 3.1, è riportato, inoltre, il numero medio di prestazioni psicoterapiche per utente, che fornisce un ulteriore dettaglio su come viene utilizzata la psicoterapia nel territorio.

**Tabella 3.1**

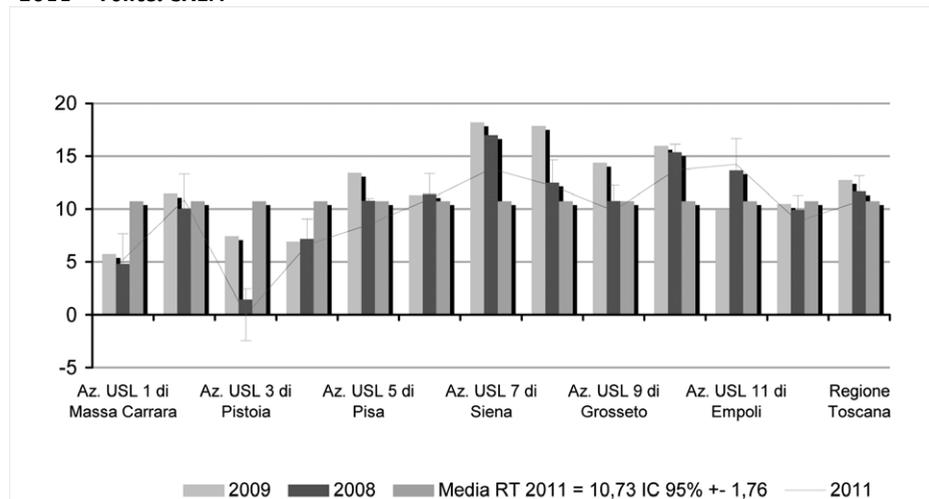
**Uso della psicoterapia nei servizi di salute mentale della Toscana - Anni 2007-2011 - Fonte: flusso Salute mentale (SALM)**

Anno	N. utenti	N. prestazioni	Media	Mediana	Moda	Prevalenza trattata	% degli utenti prevalenti che ricevono prestazioni psicoterapiche
2007	10.062	73.587	7,31	4	1	70.303	14,3
2008	9.943	77.235	7,77	4	1	74.761	13,3
2009	9.892	73.730	7,45	4	1	77.478	12,8
2010	9.095	70.080	7,71	4	1	77.987	11,7
2011	8.409	64.322	7,65	4	1	78.356	10,7

Tra le AUSL esiste anche una grande variabilità nella percentuale degli utenti attivi che ricevono prestazioni psicoterapiche in un anno, con valori, per il 2011, che vanno dal 14,2% dell'AUSL 11 di Empoli al 5,2% dell'AUSL 1 di Massa-Carrara. A parte qualche eccezione, i dati per le singole aziende non mostrano grandi variazioni da un anno all'altro nel triennio 2009-2011, con un trend in calo per la maggior parte delle Aziende a cui solo la AUSL 11 di Empoli fa eccezione (Figura 3.1).

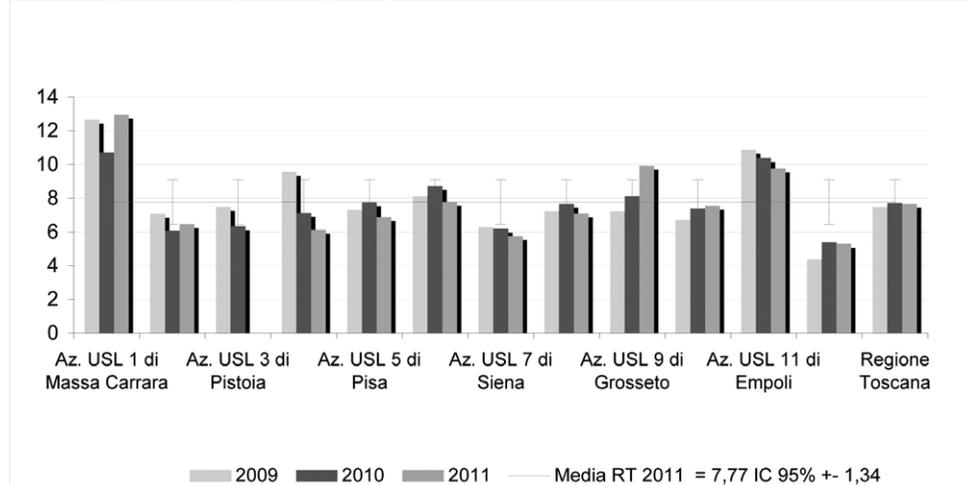
**Figura 3.1**

**Percentuale degli utenti attivi che hanno ricevuto prestazioni psicoterapiche - Toscana 2009-2011 - Fonte: SALM**



Come per la percentuale degli utenti attivi nel DSM che ricevono prestazioni psicoterapiche, sul territorio toscano esiste una grande variabilità nel numero medio di prestazioni psicoterapiche erogate agli utenti in un anno. Nel 2011, questo era compreso tra 5,3 e 13 sedute. A parte qualche eccezione, i dati per le singole AUSL non mostrano grandi variazioni da un anno all'altro (Figura 3.2)

**Figura 3.2**  
N. medio prestazioni psicoterapiche per utente in un anno - Toscana 2009-2011 - Fonte: SALM



Considerando i dati dei due grafici sopra riportati, si nota la variabilità tra le AUSL. Emerge una stretta relazione tra il numero medio delle prestazioni psicoterapiche che vengono erogate all'utente nelle singole AUSL e la percentuale degli utenti prevalenti che ricevono prestazioni psicoterapiche. Come è ipotizzabile, più alto è il numero medio delle prestazioni per utente in un'Azienda sanitaria, minore risulta la percentuale degli utenti attivi che ricevono prestazioni psicoterapiche in quella stessa Azienda. Questo andamento rispecchia il fatto che il numero di psicoterapeuti è limitato e un aumento di uno degli indicatori implica una diminuzione dell'altro.

Se si considera la somma delle prestazioni che un utente ha ricevuto nel corso di 4 anni (2007-2010), tenendo conto di coloro che hanno iniziato percorsi psicoterapici durante il 2006 e che non lo hanno completato alla fine del 2010, si nota che quasi il 65% degli utenti ha ricevuto meno di 10 prestazioni psicoterapiche, mentre coloro che ne hanno ricevute più di 30 rappresenta il 10%. Come si evince dalla Tabella 3.2, ciò significa che solo il 23% degli utenti ha ricevuto tra 10 e 30 prestazioni psicoterapiche.

**Tabella 3.2**

**Suddivisione degli utenti che hanno ricevuto prestazioni psicoterapiche nel quadriennio 2007-2010 in base al numero totale di prestazioni ricevute – Toscana 2006-2010 – Fonte: SALM**

Durata e numero di prestazioni		N. utenti	%
Ultra Breve	1-3 Prestazioni	10.629	39,1%
Breve	4-9 Prestazioni	6.936	25,6%
Medio	10-20 Prestazioni	4.573	16,8%
Medio - lungo	21-30 Prestazioni	1.789	6,6%
Lungo	31-50 Prestazioni	1.592	5,9%
Molto lungo	50-100 Prestazioni	1.162	4,3%
Estremamente lungo	>101 Prestazioni	466	1,7%
Totale		27.147	100,0%

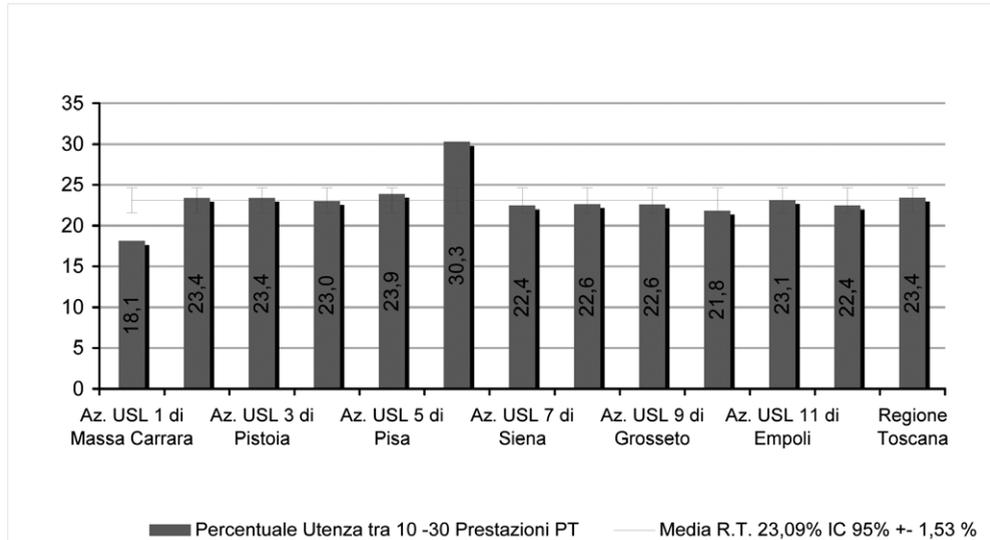
Questo dato è molto rilevante, poiché la letteratura internazionale in questo settore ha mostrato che, indipendentemente dall'approccio psicoterapico, dalla diagnosi e dalla popolazione in esame, una media del 50% dei pazienti raggiunge un miglioramento clinicamente significativo tra circa 11 e 21 sessioni psicoterapiche. Affinché il 75% dei pazienti raggiunga un miglioramento clinicamente significativo sono necessarie una media di 26 sessioni, mentre per raggiungere l'85% del successo ce ne vogliono ben 65. Dopo tale soglia non si verifica più alcun miglioramento accertabile. Considerando la curva di miglioramento, si nota che entro le prime 30 sessioni vengono registrati gli effetti terapeutici più significativi mentre, dopo tale quota, gli effetti diminuiscono, fino ad arrivare alle 60 sessioni, tetto dopo il quale gli effetti sono praticamente inesistenti<sup>2</sup>. In termini pratici, questi dati suggeriscono che una psicoterapia deve avere una durata sufficiente a garantire che la maggior parte degli utenti raggiunga un miglioramento clinicamente significativo e che è possibile stabilire statisticamente un limite oltre il quale (circa 30 sedute) l'investimento non ha più un ritorno in termini di miglioramento della salute del paziente. In base a questi dati è stato possibile individuare una cosiddetta "area di appropriatezza", compresa tra le 10 e le 30 sessioni. Una durata inferiore a 10 sessioni mostra di non consentire, né garantire con ragionevolezza, un esito clinico positivo, mentre una durata maggiore alle 30 sedute deve considerarsi un investimento con più scarso ritorno in termini di salute.

<sup>2</sup> Margraf, J. 2009, *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

La Figura 3.3 riporta la percentuale degli utenti che hanno ricevuto un percorso psicoterapico che entra nell'area di appropriatezza per AUSL. A livello regionale, si nota una uniformità tra le AUSL con l'eccezione di Massa-Carrara e Livorno.

**Figura 3.3**

**Percentuale degli utenti in psicoterapia che hanno ricevuto un numero complessivo di prestazioni comprese tra le 10 e le 30 sedute per Azienda USL – Toscana 2007-2010 – Fonte: SALM**



### 3.1.1 Le tipologie prevalentemente utilizzate

Come mostra la Tabella 3.3, il tipo di psicoterapia prevalentemente praticato nei servizi di salute mentale è quella individuale, che corrisponde a circa i due terzi delle prestazioni psicoterapiche erogate. La psicoterapia di gruppo rappresenta in media, negli ultimi tre anni, poco più di un quinto delle prestazioni e la psicoterapia di coppia e familiare insieme corrispondono a circa l'11% delle prestazioni.

Nonostante questo, dal 2009 si nota una leggera, ma costante, diminuzione nelle psicoterapie individuali. A tale diminuzione corrisponde un aumento delle prestazioni psicoterapiche di gruppo. Si considera questo trend sostanzialmente positivo nella misura in cui potrebbe rappresentare una risposta per contrastare l'osservata diminuzione del numero di utenti prevalenti che hanno accesso alla psicoterapia. Tuttavia, per risultare davvero positivo, il trend di aumento della psicoterapia di gruppo dovrebbe mostrare un incremento molto più rilevante. Per far fronte alle liste di attesa presenti sul territorio, è auspicabile che la psicoterapia di gruppo diventi la terapia prevalente, da scartare solo se controindicata rispetto al disturbo da trattare.

**Tabella 3.3****Tipologia di psicoterapia praticata nei servizi di salute mentale - Toscana 2009 – 2011 – Fonte: SALM**

Tipo di psicoterapia	2009		2010		2011	
	N. prestazioni	%	N. prestazioni	%	N. prestazioni	%
Psicoterapia individuale	50.429	68,1	46.866	66,6	41.621	64,7
Psicoterapia di coppia	1.634	2,2	1.528	2,2	1.473	2,3
Psicoterapia familiare	7.218	9,8	6.804	9,7	5.919	9,2
Psicoterapia di gruppo	14.733	19,9	15.126	21,5	15.309	23,8
<b>Totale</b>	<b>74.014</b>	<b>100</b>	<b>70.324</b>	<b>100</b>	<b>64.322</b>	<b>100</b>

### 3.1.2 Conclusioni

Dall'analisi condotta possiamo dedurre fondamentalmente quattro conclusioni su cui riflettere.

1. Le tabelle mostrano un calo nell'utenza e nei volumi delle prestazioni della psicoterapia. Questo è un dato preoccupante se si considera il ruolo fondamentale che la psicoterapia dovrebbe svolgere in un sistema sanitario, non solo in termini di cura, ma anche della sostenibilità del sistema.
2. L'analisi ha mostrato che tra le Aziende USL esiste un'ampia variazione nell'uso della psicoterapia se si prende in considerazione l'utenza che ha accesso alla psicoterapia e il numero di prestazioni che vengono erogate a questi utenti nell'arco di un anno.
3. Inoltre, l'analisi suggerisce la possibilità di un ampio margine per una maggior efficienza e un miglior utilizzo di questa risorsa: il dato che lo indica chiaramente è costituito dal fatto che il percorso psicoterapico può essere considerato adeguato solo per il 23% degli utenti, mentre la maggior parte di loro terminano precocemente il percorso terapeutico e un numero consistente riceve prestazioni che non corrispondono a un effettivo miglioramento clinico.
4. Non in ultimo, si nota anche un lento cambiamento in atto nel tipo di psicoterapia che viene erogata. Come sottolineato sopra, si ritiene che il maggior uso della psicoterapia di gruppo vada ulteriormente sostenuto e incentivato, in quanto rappresenta una delle poche possibilità per garantire un maggior accesso ai servizi in un contesto dove le risorse economiche e di personale sono sempre minori.

Dai dati analizzati risulta altresì urgente lo sviluppo di linee guida a livello regionale per un miglior governo e utilizzo della psicoterapia. Ad oggi esiste la possibilità di dare una risposta alla domanda: "Quale terapia, fornita da chi, è la terapia più efficace per questo individuo, con questo specifico problema, e in questo contesto?"<sup>3</sup>. Questa risposta deve essere condivisa a livello regionale e messa in atto nei servizi, affiancando a tale consapevolezza l'introduzione di interventi di valutazione della psicoterapia di routine.

<sup>3</sup> Paul, G. (1967), Strategy of outcome research in psychotherapy. Journal of Consulting Psychotherapy, 31 pp. 109-118.

## 3.2 La valutazione degli esiti in psicoterapia

La valutazione degli esiti (*outcome*) in psicoterapia si sta configurando come elemento di fondamentale utilità per aumentare il grado di conoscenza su come fornire prestazioni sempre più appropriate ed efficaci in risposta ai bisogni assistenziali e di cura. La psicoterapia è, però, un processo notoriamente difficile da misurare e, nei servizi pubblici, questa difficoltà si inserisce in un contesto peculiare per tipologia di utenza, di patologie, di trattamenti e, non da ultimo, per il sempre crescente carico di lavoro degli operatori. Lo strumento ideale, quindi, dovrebbe essere relativamente breve, adatto a somministrazioni ripetute e sufficientemente versatile, in modo da poter essere utilizzato con tipologie di pazienti, di setting e di servizi diversi. Dovrebbe inoltre essere snello, trovare un buon accoglimento da parte degli psicoterapeuti e configurarsi come uno strumento utile non solo per la valutazione degli esiti di efficacia ma anche per fornire informazioni utili al clinico durante le varie fasi della terapia.

L'obiettivo che si è posto il gruppo Efficacia terapeutica dell'Area vasta Nord-ovest è stato, quindi, quello di sviluppare un protocollo che, in modo sperimentale, misurasse gli esiti routinari nei servizi psicoterapici nell'Area vasta Nord-ovest della Toscana, in modo da dare risposta:

1. ai cittadini, che richiedono una trasparenza degli esiti e i benefici degli interventi psicoterapici;
2. ai dirigenti, per verificare la congruità, l'appropriatezza e l'omogeneità organizzativa del percorso assistenziale, nonché la qualità delle prestazioni e dei risultati conseguiti dalle Aziende;
3. agli psicoterapeuti, che devono cercare di migliorare costantemente la qualità del loro lavoro, e usare le risorse disponibili con il maggior profitto possibile.

### 3.2.1 Il sistema *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*

Per raggiungere l'obiettivo, dopo aver analizzato la letteratura internazionale rispetto alla valutazione degli esiti e aver verificato l'applicabilità dei modelli esistenti all'interno del contesto ecologico di riferimento, il gruppo ha scelto di adottare il sistema *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE – valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia). Il CORE è largamente utilizzato nel Regno Unito per valutare l'esito delle psicoterapie nel servizio pubblico (Barkham et al., 1998)<sup>4</sup> ed è stato validato con uno studio multicentrico su di un vasto campione clinico italiano (Palmieri et al., 2006)<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Barkham M, Margison F, Leach C, Lucock M, Mellor-Clark J, Evans C, et al. (2001), Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures*. *J Consult Clin Psychol*; 69(2):184-96.

<sup>5</sup> Palmieri G, Evans C, Hansen V, Brancaloni G, Ferrari S, Porcelli P, et al. (2009), Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clin Psychol Psychother*; 16(5):444-9.

Il sistema CORE è composto da tre strumenti distinti: una scheda di inizio terapia, un questionario clinico denominato *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure* (CORE-OM - valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia – indicatori di risultato) e una scheda di fine terapia.

I formulari di inizio e fine terapia, compilati dal terapeuta, contengono informazioni circa le caratteristiche del setting di intervento, i dati generali sul paziente (come, ad esempio, il contesto familiare, l'utilizzo in passato dei servizi, l'utilizzo di psicofarmaci ecc.), le valutazioni del clinico sulle criticità riscontrate, la diagnosi e il tipo di intervento. Nella scheda finale sono aggiunte, inoltre, informazioni circa il tipo di trattamento effettuato (frequenza delle sessioni, setting, modello terapeutico). Il tempo medio di compilazione varia tra i 5 e i 10 minuti.

Il CORE-OM, invece, è un questionario di autocompilazione di 34 item composto da quattro sotto-scale: benessere soggettivo, problemi e sintomi, funzionalità, rischio. Il punteggio dello strumento identifica fasce di gravità via via crescenti: il cut-off per discriminare soggetti sani da soggetti con un livello di gravità lieve è 10, mentre punteggi superiori a 25 identificano un livello sintomatologico grave. Il tempo medio di compilazione del CORE-OM da parte del paziente è di circa 10 minuti.

### 3.2.2 Il protocollo

Il protocollo proposto dal gruppo di lavoro è stato sviluppato per essere utilizzato dagli psicoterapeuti, medici e psicologi del servizio pubblico, allo scopo di valutare gli esiti clinici di routine dei pazienti che effettuano un percorso di psicoterapia, senza però alterare, in misura rilevante, il modo di lavorare degli operatori o configurarsi come elemento di frizione all'interno dei servizi. Il protocollo è stato pensato per essere utilizzato con tutti i pazienti afferenti ai servizi con età maggiore di 18 anni e con una conoscenza della lingua italiana sufficientemente buona alla comprensione e compilazione degli strumenti proposti.

Il protocollo prevede essenzialmente tre fasi, di seguito esplicitate:

- una fase iniziale nella quale viene somministrato al paziente il CORE-OM e il terapeuta compila la Scheda di inizio terapia. In questa fase sarebbe opportuno somministrare il CORE-OM quanto prima possibile, in modo da fotografare la condizione del paziente al suo accesso ai servizi. Nel caso in cui il CORE-OM venisse somministrato durante il primo incontro con lo psicoterapeuta e intercorressero più di 30 giorni tra questo colloquio e l'inizio della terapia si renderebbe necessaria un'ulteriore somministrazione dello strumento per poter controllare l'effetto lista di attesa;
- una fase intermedia nella quale l'operatore può effettuare altre somministrazioni del CORE-OM per verificare lo stato del paziente e l'andamento della terapia. A dispetto della fase precedente le misurazioni sono facoltative. L'operatore può, quindi, decidere se effettuarle o meno;

- la fase finale del protocollo prevede, alla fine del percorso terapeutico la somministrazione del CORE-OM e della Scheda di fine terapia. Lo psicoterapeuta, inoltre, può decidere di effettuare ulteriori somministrazioni del CORE-OM al termine della terapia durante gli incontri di follow-up, quando previsti. Queste somministrazioni aggiuntive sono previste nel protocollo ma non obbligatorie.

In sintesi, il protocollo, nella sua forma più snella, prevede l'utilizzo di due schede informative compilate dal terapeuta, e due somministrazioni del CORE-OM (una ad inizio terapia e una alla fine) al paziente, in forma di autocompilazione.

Per collezionare e gestire in modo snello ed efficiente i dati provenienti da tutti gli operatori è stata sviluppata una piattaforma informatica appositamente dedicata a questo progetto. Valore aggiunto del sistema, per gli operatori, consiste nella possibilità di ottenere un quadro dello stato clinico del paziente tramite la consultazione in tempo reale di un report, stampabile, con lo scoring del CORE-OM e delle sue sotto-scale.

### 3.2.3 I dati raccolti

Le AUSL che hanno partecipato al protocollo e che hanno contribuito attivamente all'implementazione del database, sono state quelle di Massa-Carrara, Lucca, Prato, Pisa, Livorno, Grosseto, Firenze e Viareggio. Complessivamente, dall'inizio di 2010, sono state inserite 513 Schede di inizio terapia, 251 Schede di fine terapia e 1.183 CORE-OM relativi a 809 soggetti (Tabella 3.4).

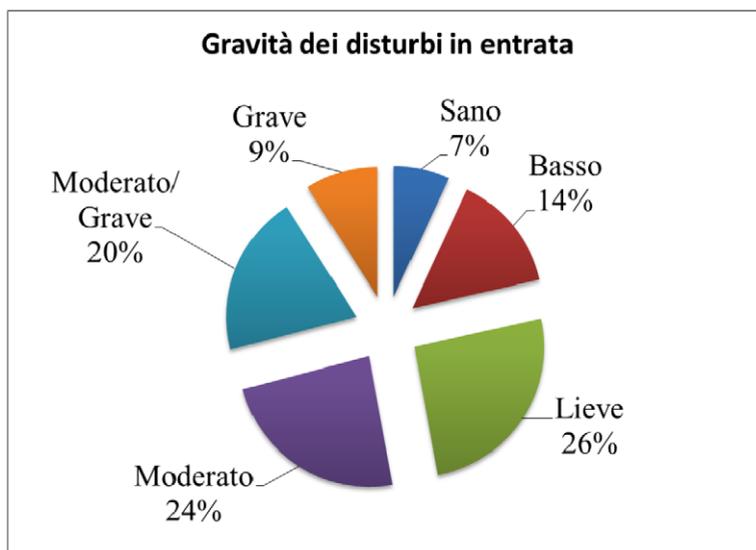
**Tabella 3.4**  
Questionari CORE-OM compilati, per genere

Genere	Numero	%
Femmine	537	66,4
Maschi	272	33,6
Totale	809	100,0

I valori estrapolati dai questionari CORE-OM somministrati nella fase iniziale del protocollo, nella quale viene fotografata la situazione del paziente prima di iniziare il percorso terapeutico, mostrano un livello di gravità in entrata "moderato" (Figura 3.4). Le analisi indicano, inoltre, che sussiste una differenza statisticamente significativa ( $t=-4,767$ ;  $df=560,154$ ;  $p<0,01$ ) tra i punteggi delle femmine (punteggio medio = 16,4) e quello dei maschi (punteggio medio = 14,1) che afferiscono ai servizi (Tabella 3.5).

**Figura 3.4**

**Livello di gravità dei disturbi nei pazienti all'entrata nei servizi, in base ai punteggi ottenuti ai questionari CORE-OM**

**Tabella 3.5**

**Punteggi ottenuti ai questionari CORE-OM somministrati in entrata nei servizi, per genere**

Genere	Numero	Media	Dev. standard	Min	Max
Femmine	537	16,4	6,7	0,9	34,4
Maschi	272	14,1	6,5	1,5	36,5
Totale	809	15,6	6,7	0,9	36,5

Degli 809 soggetti all'interno del database che hanno un punteggio al CORE-OM iniziale e che hanno iniziato una terapia, al momento attuale, circa il 22% ( $n=180$ ) hanno concluso il percorso psicoterapico. Per questi soggetti sono stati analizzati i punteggi del CORE-OM iniziali e quelli finali e si è provveduto a effettuare un confronto per verificare se la differenza tra i punteggi fosse statisticamente rilevante. Il confronto delle medie evidenzia una differenza statisticamente significativa ( $t=7,230$ ;  $df=349,120$ ;  $p<0,05$ ) tra i punteggi dei soggetti prima della terapia (punteggio medio = 13,5) e i punteggi rilevati nel corso dell'ultima seduta (punteggio medio = 9,2) (Tabella 3.6). Non è possibile, invece, rilevare delle differenze di genere ( $t=-0,912$ ;  $df=178$ ;  $p=0,363$ ) in merito ai punteggi finali (punteggio medio<sub>maschi</sub> = 8,6; punteggio medio<sub>femmine</sub> = 9,4).

**Tabella 3.6****Punteggi ottenuti al CORE-OM, confronto tra valori all'inizio e al termine del percorso psicoterapico**

Intervallo	Numero	Media	Dev. standard	Min	Max
Inizio terapia	180	13,5	6,1	1,5	33,8
Fine terapia	180	9,2	5,2	0,9	25,3

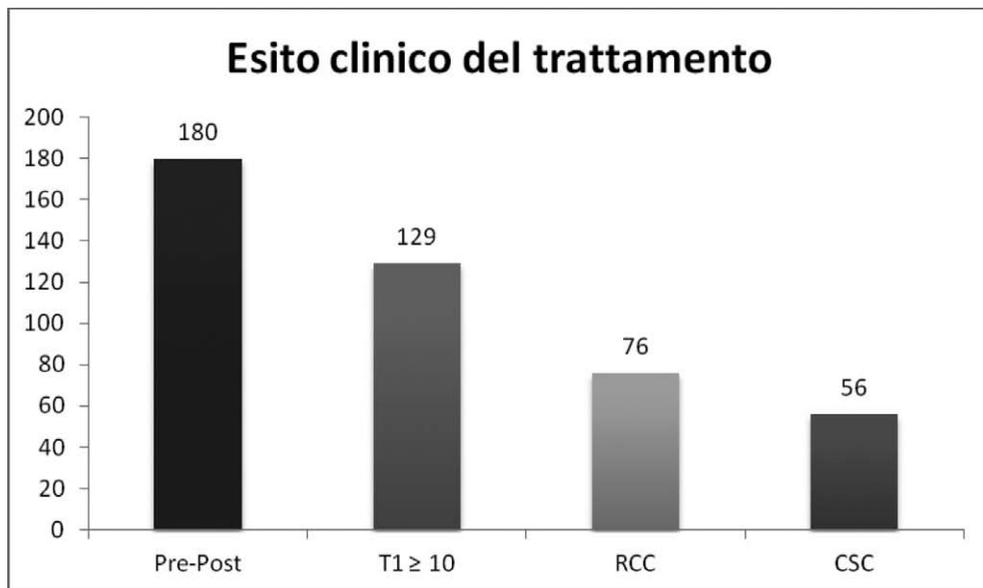
Il CORE-OM permette di fare una distinzione tra un *Reliable Clinical Change* (RCC - cambiamento affidabile della condizione clinica) del paziente e un *Clinical Significant Change* (CSC – cambiamento clinicamente significativo). Un RCC del paziente viene definito come un cambiamento di 5 punti o più sulla scala CORE-OM. Un CSC è un cambiamento dove è presente un cambiamento affidabile come definito prima, ma con la condizione che il punteggio iniziale è sopra 10 e il punteggio finale sotto 10 punti. In breve si può affermare che, per definire i pazienti “guariti”, essi devono presentare quattro caratteristiche: devono aver fatto sia la valutazione iniziale sia quella finale, il punteggio al CORE-OM iniziale deve essere maggiore o uguale a 10, la differenza nel punteggio iniziale e finale deve essere maggiore di 5 (per garantire una certezza di miglioramento) e, infine, per stabilire un cambiamento clinicamente significativo, il punteggio finale del CORE-OM del paziente deve essere meno di 10. Questi criteri sono stati scelti in base alla descrizione dei criteri presentati da Jacobson et al.<sup>6</sup>

Hanno ottenuto una valutazione iniziale e una finale circa il 22% del totale dei pazienti (N=180). Di questi, circa il 42% (N=76) ha mostrato un cambiamento affidabile positivo nella condizione clinica (un miglioramento maggiore di 5 punti), mentre 6 pazienti hanno mostrato un cambiamento affidabile negativo nella condizione clinica (un peggioramento maggiore di 5 punti). Il 31% dei soggetti (N=56) ha mostrato un cambiamento clinicamente significativo (un miglioramento maggiore di 5 punti con il punteggio finale inferiore a 10) (Figura 3.5 e 3.6).

<sup>6</sup> Jacobson NS, Truax P (1991), Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*; 59(1):12-9.

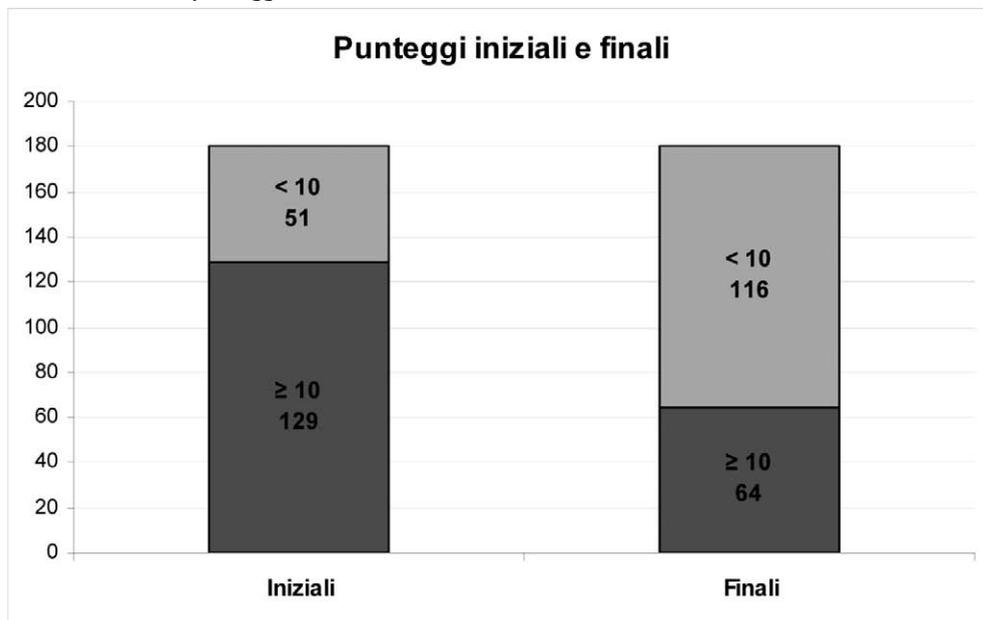
**Figura 3.5**

Numero di pazienti che hanno ricevuto una valutazione pre-post-terapia suddivisi in base all'esito ottenuto al CORE-OM



**Figura 3.6**

Distribuzione dei punteggi iniziali e finali al CORE-OM



### 3.2.4 Conclusioni

Dalla quantità e qualità dei dati analizzati risulta piuttosto evidente non solo la fattibilità della rilevazione di routine degli esiti delle psicoterapie all'interno dei servizi sanitari, ma anche l'efficacia del trattamento psicoterapico erogato. Sono però indispensabili alcune condizioni, dalle quali non è possibile prescindere per poter efficacemente valutare gli esiti nei servizi.

Nonostante la valutazione risulti un elemento essenziale per la sopravvivenza e l'adattamento di un qualsiasi sistema, è emersa, spesso, la difficoltà da parte degli operatori ad applicare questo strumento all'interno del quotidiano iter lavorativo. La letteratura suggerisce alcune chiavi di lettura per spiegare questo fenomeno: 1) la valutazione implica una *rivisitazione dei principi e degli obiettivi* su cui la struttura si fonda, il che significa la *riemergenza di ansie solitamente* tenute a bada dalla routine; 2) ridiscutere comporta sfidare ciò che ci fornisce *sicurezza* e avere la capacità di correre *rischi*; 3) le esigenze di *controllo* sul sistema (es. gli utenti) aumentano le resistenze perché creano un senso di minaccia. Le condizioni per superare queste criticità sembrerebbero convergere verso un maggior impegno dei dirigenti nel legittimare il processo di valutazione che dovrebbe peraltro poter facilitare l'analisi dei problemi, la formulazione di ipotesi in merito alle cause e suggerire strategie per il cambiamento. Le informazioni raccolte dovrebbero quindi arrivare alla dirigenza, alla mente aziendale, in modo da attuare il cambiamento. Cambiare si può, ma condizione imprescindibile per lo sviluppo di una cultura della misura rispetto alla psicoterapia è data dalla psicoterapicità del servizio, ovvero dalla riappropriazione dell'utilizzo di questo strumento e da un lavoro di riflessione sul suo utilizzo e sulle condizioni che lo rendono più efficace ed efficiente da parte dei servizi.

È necessario sviluppare un sistema di inserimento dati che sia in grado di integrarsi con le cartelle informatizzate e con i database esistenti nel sistema informatico aziendale per snellire e razionalizzare il carico di lavoro degli operatori. È stato, infatti, rilevato che, spesso, la compilazione delle schede di pertinenza dello psicoterapeuta e l'inserimento dei dati nel sistema informatico richiede tempo, che il terapeuta percepisce come sottratto al lavoro di cura, come un aggravio rispetto a quanto già richiesto o come un mezzo di controllo sulla relazione col paziente.



## Capitolo 4

# L'utilizzo dei servizi territoriali di salute mentale in Toscana da parte di cittadini non italiani

*Daniel de Wet*

*Giuseppe Cardamone*

*Francesco Bardicchia*

---

---

## 4. L'utilizzo dei servizi pubblici di salute mentale in Toscana da parte di cittadini non italiani

Il monitoraggio costante e accurato dei bisogni di salute della popolazione immigrata è una questione di particolare rilevanza per il Sistema sanitario regionale (SSR). Più rilevante è la presenza di stranieri sul territorio, più forte viene avvertita l'esigenza di studiare a fondo il fenomeno da punti di vista non solo socio-culturali ed economici, ma anche nelle sue implicazioni sanitarie. L'analisi di tali aspetti, infatti, diventa fondamentale al fine di formulare scelte politico-programmatiche incentrate sui reali bisogni degli immigrati e della collettività intera.

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) garantisce la parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri tra cittadini italiani e cittadini stranieri, comunitari e non, regolarmente presenti sul territorio italiano, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria erogata. Questa parità si allarga anche al cittadino non-comunitario, che non possiede regolare permesso di soggiorno e che necessita di cure sanitarie. In tali casi è previsto il rilascio di un tesserino per "straniero temporaneamente presente" (STP), erogato direttamente dai servizi dell'Azienda.

Negli ultimi anni, le disparità etnico/raziali nello stato di salute hanno ricevuto una crescente attenzione sia a livello internazionale che nazionale. A livello internazionale, il divario dello stato di salute tra immigrati non risulta particolarmente documentato. Nonostante ciò, si ritiene che rifletta, tra gli altri, i fattori che riguardano una differenza nell'accesso alle cure. Nel campo della salute mentale, la ricerca ha ripetutamente riportato differenze nei tassi di trattamento e modi d'uso dei servizi di salute mentale nei gruppi di minoranza etnica, mostrando, inoltre, che le esigenze di questa popolazione, restano in gran parte senza risposta<sup>1</sup>. Tra le persone che appartengono a gruppi di minoranze etniche, e hanno ricevuto trattamenti dai Servizi di salute mentale, la prematura interruzione del trattamento risulta particolarmente problematica come, altresì, una sotto-rappresentazione in regime ambulatoriale e una sovra-rappresentazione nei trattamenti di emergenza<sup>2</sup>. Diversi fattori sembrano spiegare le differenze osservate nell'accesso di cura-trattamento, da un lato la tendenza ad attribuire i problemi di salute mentale alla differenza di religione e ad altri fattori culturali, mentre dall'altro la mancanza di Servizi recettivi di assistenza, adatti e culturalmente compatibili, in cui gli operatori sanitari siano dotati della necessaria sensibilità culturale<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Snowden L. & Yamada AM (2005), Cultural differences in access to care. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1:143-66; Institute of Medicine. (2003), *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academy Press; U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health (2001), Culture, Race, and Ethnicity—A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration;

<sup>2</sup> Diala CC, Muntaner C, Walrath C, Nickerson K, LaVeist T, Leaf P. (2001), Racial/ethnic differences in attitudes toward seeking professional mental health services. *Am J Public Health.* 91(5):805-7; Snowden L. & Yamada AM. (2005), Cultural differences in access to care. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005. 1:143-66.

<sup>3</sup> Snowden L. & Yamada AM. (2005), Cultural differences in access to care. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005. 1:143-66.

## 4.1 Cenni demografici

Negli ultimi anni, la quota di stranieri regolarmente iscritti alle anagrafi dei Comuni della Regione Toscana è aumentata notevolmente, passando dal 3,6% del totale dei residenti al 01/01/2003 al 9,7% al 01/01/2011 e, in termini assoluti, da 127.298 a 364.152 persone. Nel 2010, la Toscana si collocava tra le regioni con le presenze straniere più elevate in Italia, preceduta solamente da Emilia-Romagna (10,5%), Umbria (10,4%), Lombardia (10,0%) e Veneto (9,8%). Nella nostra regione, nel 2011, il 13,3% dei minorenni risulta cittadino straniero rispetto al 9,1% osservato fra gli adulti. È interessante notare che l'11,9% della popolazione in età lavorativa (18-65 anni) è straniera, valore che, riportato sul totale degli stranieri, corrisponde al 76,6%.

Sul territorio toscano sono presenti ben 173 nazionalità che rendono l'immigrazione un fenomeno multietnico. La maggior parte degli stranieri, così come a livello nazionale, proviene dai Paesi a forte pressione migratoria (PFPM), anche se in Toscana si riscontra una proporzione più alta rispetto all'Italia di stranieri originari dai Paesi a sviluppo avanzato (PSA) (7,0% contro 4,2%). Secondo i dati Istat (2010), in Toscana, più della metà (54,2%) degli stranieri residenti proviene dall'Europa centro-orientale, il 18,3% è di origine asiatica e il 10,2% è nordafricano. Rispetto al dato nazionale, in Toscana è più elevata la presenza di estereuropei e di asiatici, mentre è più bassa la presenza di africani e di sudamericani (Tabella 4.1).

**Tabella 4.1**

**Popolazione straniera residente in Toscana - Anno 2011 - Fonte: ISTAT 2011**

Paese di cittadinanza	Classificazione banca mondiale (2006) su reddito nazionale lordo pro capite	Maschi	Femmine	Totale	Tasso per 1.000 abitanti
Romania	PFPM	32159	44979	77138	20,57
Albania	PFPM	37132	31201	68333	18,22
Cina Rep. Popolare	PFPM	16481	15192	31673	8,45
Marocco	PFPM	16288	11485	27773	7,41
Filippine	PFPM	5119	6405	11524	3,07
Ucraina	PFPM	2020	8602	10622	2,83
Polonia	PFPM	2427	7480	9907	2,64
Perù	PFPM	3868	5685	9553	2,55
Senegal	PFPM	6958	1734	8692	2,32
Macedonia	PFPM	3592	2347	5939	1,58
Sri Lanka	PFPM	3186	2511	5697	1,52
Germania	PSA	2013	3348	5361	1,43
Moldova	PFPM	1820	3522	5342	1,42
India	PFPM	2833	2340	5173	1,38
Tunisia	PFPM	3302	1786	5088	1,36
Bangladesh	PFPM	2861	1374	4235	1,13
Pakistan	PFPM	2864	1289	4153	1,11
Regno Unito	PSA	1774	2280	4054	1,08
Russia Federazione	PFPM	1015	2594	3609	0,96
Brasile	PFPM	1001	2474	3475	0,93

## 4.2 Il quadro concettuale: differenze, disparità e discriminazione

Disuguaglianze di trattamento sottolineano le differenze, le disparità e la discriminazione<sup>4</sup>.

Una differenza nell'uso sanitario è la semplice differenza delle medie o dei tassi tra i gruppi razziali/etnici, come per esempio tra gli italiani e i romeni presenti sul territorio toscano, e potrebbe essere spiegata interrogando diversi fattori, tra cui le differenze nello stato di salute tra i due gruppi. Alcuni gruppi etnici, ad esempio, potrebbero avere meno problemi di salute perché sono più giovani e non richiedono assistenza o richiedono un minor numero di visite. Le differenze nell'uso dei servizi, a causa dello stato di salute, non vengono considerate come parte di una disparità, così come quelle causate da preferenze diverse per il tipo trattamento sanitario. Il resto della differenza viene considerato disparità nel trattamento.

Il funzionamento del sistema sanitario sussume una varietà di fonti di disparità sistematiche, compresi i modelli di pratica, costi legati al trattamento e fattori sanitari che interessano in modo differenziale gruppi razziali/etnici. Le minoranze hanno spesso redditi e scolarizzazioni più bassi e, se questo inibisce l'uso della sanità, le differenze risultanti contribuiscono a consolidare le disparità. La discriminazione avviene quando un servizio fornisce meno a un membro di una minoranza razziale/etnica rispetto a un paziente di cittadinanza italiana. Anche la discriminazione può essere considerata un elemento di disparità nel trattamento.

In questo breve lavoro ci limiteremo ad esplorare alcune delle differenze nell'uso dei servizi di salute mentale territoriali e ospedalieri tra italiani residenti in Toscana e stranieri residenti o meno, quale primo tentativo di analisi di una tematica molto complessa.

## 4.3 I servizi ospedalieri

In termini di numeri assoluti, l'andamento dei ricoveri per patologie psichiatriche (ICD 9 CM 290-310) evidenzia un chiaro trend in aumento fra gli stranieri. Questo aumento riguarda sia i ricoveri in regime ordinario sia quelli in regime di day hospital (DH). Come mostra la Tabella 4.2, fra gli adulti italiani, invece, si osserva una diminuzione nei ricoveri sia ordinari sia in regime di day hospital mentre, fra i minorenni, il trend, pur con modalità diverse, mostra un aumento sia fra gli stranieri sia fra gli italiani in entrambi i regimi di ricovero. Anche se i ricoveri per stranieri rappresentano, fra i minorenni, il 6,6% e fra gli adulti il 7,2% dei ricoveri totali, si nota un aumento (per patologie psichiatriche) del 90% fra gli stranieri minori e del 16,3% negli adulti, in un lasso temporale di quattro anni.

<sup>4</sup> McGuire TG, Alegria M, Cook BL, Wells KB, Zaslavsky AM. (2006), Implementing the Institute of Medicine definition of disparities: an application to mental health care. *Health Serv Res.* 41(5):1979-2005.

**Tabella 4.2**

**Numero di ricoveri per patologie psichiatriche (ICD 9 CM 290-319) per regime di ricovero – Toscana 2008-2011 - Fonte: SDO**

Nazionalità		2008		2009		2010		2011	
		DH	Ordinario	DH	Ordinario	DH	Ordinario	DH	Ordinario
Italiana	Minori	1.716	1.558	1.957	1.545	2.183	1.647	2.435	1.610
	Adulti	2.614	10.674	2.423	10.434	2.707	10.025	2.464	9.491
Straniera	Minori	67	60	99	60	144	100	196	114
	Adulti	59	631	61	632	87	664	90	734
Non nota	Minori	5	2	23	20	29	14	3	2
	Adulti	5	23	1	32	2	26	3	25
Totale	Minori	<b>1.788</b>	<b>1.620</b>	<b>2.079</b>	<b>1.625</b>	<b>2.356</b>	<b>1.761</b>	<b>2.634</b>	<b>1.726</b>
	Adulti	<b>2.678</b>	<b>11.328</b>	<b>2.485</b>	<b>11.098</b>	<b>2.796</b>	<b>10.715</b>	<b>2.557</b>	<b>10.250</b>

Analizzando più specificamente i ricoveri ordinari, si notano alcune differenze tra gli italiani e gli stranieri nell'età del ricovero: nel 2011, nei minorenni residenti in Toscana, non è rilevabile alcuna differenza nell'età media tra stranieri e italiani (sono state escluse le riammissioni). Per i minori che provengono da altre zone, cioè con una residenza all'estero o in un'altra regione, si nota che: l'età media del ricovero ordinario è di due anni superiore rispetto all'età media degli italiani residenti in Toscana e di tre anni maggiore rispetto agli italiani provenienti da fuori regione. La differenza in età tra gli italiani minori residenti fuori regione e gli stranieri minori residenti fuori regione è significativa [ $t(958) = 3,86; p < 0.000$ ]. Invece, per gli adulti, l'età media del ricovero per gli stranieri risulta inferiore a quella degli italiani, siano essi residenti in Toscana [ $t(497,2) = 24,8; p < 0.00$ ] che non ( $t(249,05) = 4,28; p < 0.00$ ). Fra gli adulti, la differenza in termini di età riflette il fatto che la maggior parte della popolazione risulta in età lavorativa (< 65 anni) (Tabella 4.3).

**Tabella 4.3**

**Età media al primo ricovero in regime ordinario - Anno 2011- Fonte: SDO 2011**

Nazionalità		N	Età media	Deviazione std.	Errore std. della media
Minori residenti in Toscana	Italiani	370	9,2	5,5	0,3
	Stranieri	53	9,3	5,5	0,7
Adulti residenti in Toscana	Italiani	5334	53,7	22,9	0,3
	Stranieri	331	35,8	11,9	0,6
Minori non residenti in Toscana	Italiani	933	8,2	4,6	0,1
	Stranieri	27	11,7	5,7	1,1
Adulti non residenti in Toscana	Italiani	1245	42,9	15,7	0,4
	Stranieri	175	38,2	13,1	1,0

Analizzando i ricoveri ordinari per genere, residenza e cittadinanza, si nota che nei minorenni sono prevalenti i soggetti di sesso maschile, ad eccezione dei minori stranieri residenti in Toscana dove sono prevalenti i soggetti di sesso femminile. Nei minorenni non ci sono differenze significative nel rapporto tra maschi e femmine, né per i minori residenti in Toscana né per i minori residenti fuori dalla Toscana. Negli adulti, invece, si nota una prevalenza maggiore nel genere femminile ad eccezione degli adulti stranieri ricoverati in Toscana, dove si registra un rapporto invertito con 2 maschi per ogni femmina ricoverata (2:1) nonostante il rapporto tra maschi e femmine negli stranieri e negli italiani residenti in Toscana non registra una differenza significativa, come viene invece registrata negli adulti residenti fuori regione ( $X^2=24,22$ ;  $p<0,000$ ;  $OR= 2,28$ ) (Tabella 4.4).

**Tabella 4.4****Distribuzione per genere, residenza ed età dei ricoveri ordinari - anno 2011- Fonte: SDO 2011**

Ricoveri		Italiani	Stranieri	Totale
Minori residenti in Toscana	Femmina	158	29	187
	Maschio	212	24	236
	<b>Totale</b>	<b>370</b>	<b>53</b>	<b>423</b>
Adulti residenti in Toscana	Femmina	2916	197	3113
	Maschio	2418	134	2552
	<b>Totale</b>	<b>5334</b>	<b>331</b>	<b>5665</b>
Minori non residenti in Toscana	Femmina	311	10	321
	Maschio	622	17	639
	<b>Totale</b>	<b>933</b>	<b>27</b>	<b>960</b>
Adulti non residenti in Toscana	Femmina	653	57	710
	Maschio	592	118	710
	<b>Totale</b>	<b>1245</b>	<b>175</b>	<b>1420</b>

Dall'analisi dell'età e del sesso si evince che le due popolazioni sono significativamente diverse tra loro. Questo è un fattore importante da tenere presente nelle analisi successive, ma non deve tuttavia condurre a conclusioni precoci in relazione ad eventuali disuguaglianze nei servizi di salute mentale.

Negli adulti italiani residenti in Toscana, il tasso di ricovero per disturbi psicotici risulta quasi il doppio rispetto a quello degli stranieri. Per quanto riguarda i disturbi non psicotici, con l'esclusione del ritardo mentale nell'età adulta, i tassi per gli italiani residenti risultano leggermente più alti per tutte le voci che li compongono, ad eccezione della dipendenza e dell'abuso di sostanze, dove gli stranieri residenti registrano un tasso leggermente più alto (Tabella 4.5 e 4.6).

**Tabella 4.5**

Ospedalizzazione per disturbi psichici in regime ordinario – Codifiche ICD-9CM 290-319 - Tassi grezzi per età per 100.000 residenti - Adulti, Toscana 2011 – Fonte: SDO 2011

Diagnosi Psichiatriche	Italiani		Stranieri	
	N	Tasso x 100.000 res.	N	Tasso x 100.000 res.
<b>1 Psicosi (290–299)</b>	<b>3863</b>	<b>134,7</b>	<b>204</b>	<b>70,6</b>
1.1 Stati psicotici organici (290–294)	841	29,3	17	5,9
1.2 Altre psicosi (295–299)	3022	105,4	187	64,7
<b>2 Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici (300–316)</b>	<b>1438</b>	<b>50,2</b>	<b>125</b>	<b>43,3</b>
2.1 Disturbi nevrotici (300)	336	11,7	29	10,0
2.2 Disturbi di personalità (301)	252	8,8	17	5,9
2.3 Deviazioni e disturbi sessuali (302)	9	0,3	1	0,4
2.4 Dipendenza e abuso di sostanze psicoattive (303–305)	394	13,7	41	14,2
2.5 Altro (Esordio prevalentemente in età adulta) (306–311)	433	15,1	37	12,8
2.6 Disturbi mentali diagnosticati in età evolutiva (312–316)	14	0,5	0	0,0
<b>3 Ritardo mentale (317–319)</b>	<b>33</b>	<b>1,1</b>	<b>2</b>	<b>0,7</b>
<b>Totale ricoveri per patologie psichiatriche</b>	<b>5334</b>	<b>186,1</b>	<b>331</b>	<b>114,6</b>

**Tabella 4.6**

Ospedalizzazione per disturbi psichici in regime ordinario – Codifiche ICD-9CM 290-319 - Tassi grezzi per età per 100.000 residenti - Minori, Toscana 2011 – Fonte: SDO 2011

Diagnosi Psichiatriche	Italiani		Stranieri	
	N	Tasso x 100.000 res.	N	Tasso x 100.000 res.
<b>1 Psicosi (290–299)</b>	<b>86</b>	<b>17,5</b>	<b>10</b>	<b>13,3</b>
<b>2 Disturbi nevrotici e della personalità e altri disturbi psichici non psicotici (300–316)</b>	<b>196</b>	<b>39,9</b>	<b>28</b>	<b>37,1</b>
<b>3 Ritardo mentale (317–319)</b>	<b>88</b>	<b>17,9</b>	<b>15</b>	<b>19,9</b>
<b>Totale ricoveri per patologie psichiatriche</b>	<b>370</b>	<b>75,3</b>	<b>53</b>	<b>70,3</b>

Un'ultima riflessione sull'aspetto ospedaliero prende in considerazione la durata media dei ricoveri. Dalla Tabella 4.7 si nota che, sia per gli adulti sia per i minori, la durata media del ricovero per patologie psichiatriche in regime ordinario per gli italiani, residenti in o fuori Toscana, è superiore a quella degli stranieri. Nei minori, questa differenza è significativa solo per i residenti in Toscana ( $\tau(566) = 2,38; \rho = 0,018$ ), ma non per coloro che abitano fuori regione.

Invece, negli adulti, si nota una differenza significativa nella degenza media, sia per i residenti in Toscana ( $\tau(981,79) = 8,88; \rho < 0.00$ ) sia per i residenti fuori dalla Toscana ( $\tau(484,33) = 11,52; \rho < 0.00$ ). In base a quanto illustrato nei paragrafi precedenti, parte di questa differenza può essere spiegata dalla giovane età della popolazione migrante e dal diverso quadro psicopatologico da cui risulta affetta.

**Tabella 4.7**

**Degenza media per i ricoveri in regime ordinario, confronto fra popolazione italiana e straniera residente in Toscana e non – Toscana 2011 – Fonte: SDO 2011**

Ricoveri		N	Età media	Deviazione std.	Errore std. della media
Minori residenti in Toscana	Italiani	493	10,0	15,6	0,7
	Stranieri	75	5,6	8,4	1,0
Adulti residenti in Toscana	Italiani	7385	13,1	24,4	0,3
	Stranieri	465	8,6	9,0	0,4
Minori non residenti in Toscana	Italiani	1016	5,9	6,7	0,2
	Stranieri	33	4,3	4,1	0,7
Adulti non residenti in Toscana	Italiani	1506	19,4	22,1	0,6
	Stranieri	239	7,6	13,1	0,8

#### 4.4 I servizi territoriali

Nel 2011, nei servizi di salute mentale territoriali della regione Toscana, risultano presenti cittadini provenienti da ben 116 paesi. Nonostante questo, complessivamente, rappresentano meno del 5% dell'utenza totale in carico ai servizi. Le due aree geografiche maggiormente rappresentate sono l'Unione europea e l'Europa centro-orientale da dove proviene circa il 55% della popolazione straniera che accede ai servizi territoriali. I paesi più rappresentati sono la Romania e l'Albania con quasi il 70% degli stranieri nella propria area di appartenenza (Tabella 4.8).

La presenza di stranieri nei servizi territoriali è in costante aumento. Come mostra la Tabella 4.9, in termini di numeri assoluti, si nota che nel 2009 vi hanno avuto accesso 2.775 cittadini stranieri rispetto ai 3.497 registrati nel 2011. Dobbiamo ricordare, però, che il flusso informatico soffre di alcune criticità, in particolare nei minori. Si sono verificati, infatti, problemi nella trasmissione dei dati per cui i numeri assoluti, nonostante indichino un chiaro trend in aumento, non corrispondono al reale numero totale (sia per i minori italiani che stranieri).

Per quanto riguarda gli adulti, risulta interessante mettere in evidenza la differenza esistente, sia in termini di prevalenza che d'incidenza, nei tassi di trattamento fra le due popolazioni.

Osserviamo un andamento simile anche nella popolazione minorenni.

**Tabella 4.8**

**Aree geografiche di provenienza dei cittadini stranieri che accedono ai servizi di salute mentale territoriali, Toscana 2011 – Fonte: SALM 2011**

Area geografica di provenienza	N	%
Italia	72.933	93,7
Unione europea	979	1,3
Altri paesi europei	8	0,0
Europa centro-orientale	1.058	1,4
Africa settentrionale	552	0,7
Africa occidentale	148	0,2
Africa orientale	45	0,1
Africa centro-meridionale	21	0,0
America settentrionale	31	0,0
America centro-meridionale	398	0,5
Asia centro-meridionale	124	0,2
Asia occidentale	34	0,0
Asia orientale	196	0,3
Oceania	1	0,0
Apolidi	118	0,1
Non noto	1.220	1,6
<b>Di cui:</b>		
PFPM*	3.417	4,4
PSA**	178	0,2
<b>Totale complessivo</b>	<b>77.866</b>	<b>100,0</b>

\* Paesi a forte pressione migratoria.

\*\* Paesi a sviluppo avanzato.

**Tabella 4.9**

Confronto fra la prevalenza e l'incidenza di trattamento nelle due popolazioni residenti in Toscana (adulti e minori) – Toscana 2009-2011 – Tassi grezzi per 1.000 residenti, popolazione: Toscana 2011, Fonte: SALM 2011

Utenti in carico ai servizi		Italiani				Stranieri		
		Anno	Numero utenti	Popolazione residente in Toscana*	Tassi x 1.000 residenti	Numero utenti	Popolazione residente in Toscana*	Tassi x 1.000 residenti
Prevalenza trattata	Adulti	2009	49.440	2.909.017	<b>17,00</b>	1.458	244.478	<b>5,96</b>
		2010	49.342	2.901.281	<b>17,01</b>	1.729	267.674	<b>6,46</b>
		2011	49.348	2.894.579	<b>17,05</b>	1.905	288.788	<b>6,60</b>
	Minori	2009	20.919	489.150	<b>42,77</b>	1.317	65.173	<b>20,21</b>
		2010	20.737	490.103	<b>42,31</b>	1.359	71.072	<b>19,12</b>
		2011	22.437	491.082	<b>45,69</b>	1.592	75.364	<b>21,12</b>
Incidenza trattata	Adulti	2009	18.456	2.909.017	<b>6,34</b>	824	244.478	<b>3,37</b>
		2010	19.987	2.901.281	<b>6,89</b>	1.049	267.674	<b>3,92</b>
		2011	17.020	2.894.579	<b>5,88</b>	1.129	288.788	<b>3,91</b>
	Minori	2009	7.593	489.150	<b>15,52</b>	603	65.173	<b>9,25</b>
		2010	8.973	490.103	<b>18,31</b>	719	71.072	<b>10,12</b>
		2011	9.730	491.082	<b>19,81</b>	794	75.364	<b>10,54</b>

\* ISTAT, 2011.

Come per i ricoveri, si nota che l'età media dei cittadini stranieri residenti in Toscana, e presenti nei servizi territoriali di salute mentale, mostra differenze significative nella popolazione adulta ( $\tau(1301,36) = 37,88; \rho < 0,00$ ), ma non in quella minorenni (Tabella 4.10).

**Tabella 4.10**

Età media della popolazione, italiana e straniera, in carico ai servizi di salute mentale (adulta e minore) – Toscana 2011 – Fonte: SALM 2011

Utenti in carico ai servizi		N	Età media	Deviazione std.	Errore std. della media
Minori residenti in Toscana	Italiani	8.053	7,9	4,4	0,05
	Stranieri	695	8,1	4,5	0,17
Adulti residenti in Toscana	Italiani	14.420	52,3	19,6	0,16
	Stranieri	935	36,6	11,69	0,38

Per quanto riguarda i generi (Tabella 4.11), non si nota, come accadeva ai servizi ospedalieri, alcuna differenza significativa per la popolazione minorenni, mentre, per quanto riguarda la popolazione adulta, i dati mostrano un numero minore negli stranieri di genere maschile ( $X^2=26,43$ ;  $p<0,000$ ;  $OR= 0,78$ ).

**Tabella 4.11**

**Popolazione, italiana e straniera, in carico ai servizi di salute mentale (adulta e minore) per genere – Toscana 2011 – Fonte: SALM 2011**

Utenti in carico ai servizi		Italiani	Stranieri	Totale
Minori residenti in Toscana	Femmina	8.284	584	8.868
	Maschio	14.152	1.008	15.160
	<b>Totale</b>	<b>22.436</b>	<b>1.592</b>	<b>24.028</b>
Adulti residenti in Toscana	Femmina	28.179	1.214	29.393
	Maschio	20.572	691	21.263
	<b>Totale</b>	<b>48.751</b>	<b>1.905</b>	<b>50.656</b>

## 4.5 Conclusioni

Lo scopo di questa prima analisi è quella di esplorare eventuali differenze nell'utilizzo dei servizi di salute mentale tra la popolazione italiana e quella straniera.

Dalla ricerca condotta emerge, abbastanza chiaramente, il forte incremento avvenuto nel corso degli ultimi anni dei ricoveri per disturbi psichici fra gli stranieri, andamento che, invece, non sembra essere confermato nell'accesso di questa popolazione ai servizi di salute mentale territoriali. Quest'ultima informazione pone l'accento sulla capacità, da parte dei DSM, di intercettare la domanda della popolazione straniera presente nella regione e interrogarsi sulle modalità di accesso a tali servizi.

Dobbiamo però ricordare, come più volte abbiamo accennato, che il flusso territoriale mostra alcune criticità nella raccolta delle informazioni ma, seppur in modo ancora parzialmente completo, questa prima analisi ha cercato di mettere in luce le differenze esistenti sul territorio toscano nel trattamento della salute mentale fra gli italiani e gli stranieri residenti. Possiamo definirla, quindi, un primo passo verso un sempre più attento approfondimento di una realtà che, in futuro, si rivelerà un fattore di confronto centrale sul piano dell'utilizzo dei servizi sanitari regionali.

## Capitolo 5

La costruzione  
di una rete integrata per la cura  
dei disturbi del comportamento  
alimentare nella Regione Toscana  
Monitoraggio del processo  
in corso

*Paolo Dirindelli*

*Michela Caselli*

*Maria Grazia Martinetti*



---

## 5. La costruzione di una rete integrata per la cura dei disturbi del comportamento alimentare nella Regione Toscana - Monitoraggio del processo in corso<sup>1</sup>

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono riconosciuti come disturbi psichiatrici gravi. La complessità dipende da numerose variabili: coinvolgimento del corpo e della psiche con necessità di una presa in carico interdisciplinare (psicologica, medica e nutrizionale), decorso prolungato, tendenza alla cronicizzazione e alle ricadute, frequente comorbidità psichiatrica, possibile evoluzione verso altri disturbi psichici (disturbi d'ansia, depressione, dipendenze), e un indice di mortalità che varia fra il 2 e il 15% (seconda causa di morte dopo il suicidio per quello che riguarda i disturbi psichiatrici). Oltre al costo individuale, parlando di queste patologie va considerato anche quello familiare e sociale, con impoverimento della qualità della vita, perdita della capacità di individuare risorse e di utilizzare fonti di aiuto.

Dati epidemiologici riguardanti sei paesi europei<sup>2</sup> indicano un tasso di prevalenza dei DCA nella popolazione femminile di 1,0% per l'anoressia nervosa (AN), 0,9% per la bulimia nervosa (BN) e 1,9% per il *Binge Eating Disorder* (BED – disturbo da iperalimentazione). I DCA colpiscono in eguale misura i maschi e le femmine prima della pubertà. In seguito sono nettamente più frequenti nelle femmine, con un rapporto di 1:10 per l'AN e di 1:20 per la BN. Nella maggior parte dei casi, l'età d'esordio dei DCA è compresa fra i 10 e i 30 anni, con un picco di incidenza fra i 15 e i 18 anni per l'AN, mentre la BN, rara al di sotto dei 13 anni, diviene più comune dell'anoressia nelle donne giovani-adulte<sup>3</sup>. Da ricordare anche il fenomeno del crossover diagnostico, per cui si hanno frequenti passaggi da una diagnosi all'altra e, più in generale, da forme restrittive a forme caratterizzate da abbuffate/condotte di eliminazione o viceversa<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Hanno partecipato alla ricerca:

Dott.ssa Maria Rita Troiani, Dott. Daniel de Wet, Dott.ssa Valentina Corridori, Dott. Roberto Leonetti, Prof. Ferruccio Santini, Dott.ssa Alessandra Pennacchioni, Prof. Valdo Ricca, Dott.ssa Barbara Mezzani, Dott. Stefano Lucarelli, Dott.ssa Maria Pia Teodori, Dott.ssa Gabriella Settefonti, Dott. Vito D'Anza, Dott.ssa Nerina Landi, Dott.ssa Patricia Bettini, Dott.ssa Sandra Maestro, Dott. Giovanni Gravina, Prof. Mauro Mauri, Dott.ssa Chiara Gonnelli, Prof. Mario Di Fiorino, Dott.ssa Beatrice Milianti, Dott. Nicola Artico, Dott.ssa Alessandra Pennacchioni, Dott. Giorgio Apazzi, Dott. Claudio Lucii, Dott. Maurizio Riccetti, Dott. Luca Maggi, Dott. Francesco Mengali.

<sup>2</sup> Preti A, Girolamo G, et al. (2009), The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, Sep; 43(14):1125-1132.

<sup>3</sup> Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al. (2007), Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *Int J EatDisord*, Nov;40 Suppl:S117-22. Review.

<sup>4</sup> Castellini G, Sauro CL, Mannucci E, et al. Psychosomatic Medicine 73 (3), 270-279 Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosom Med* 73(3):270-9 (2011) PMID 21257978.

I dati epidemiologici italiani<sup>50</sup>no in linea con quelli europei e dei paesi industrializzati, indicando valori di prevalenza di 0,2-0,8% per l'AN, 1-5% per la BN e 7% per gli *Eating Disorders Not Otherwise Specified* (EDNOS - disturbi sottosoglia). Viene inoltre segnalato un incremento di BN, BED e forme subcliniche, nonché un incremento di forme riguardanti il genere maschile.

Le linee guida internazionali (National Institute for Clinical Excellence - NICE e American Psychiatric Association - APA), il progetto nazionale “Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale nei disturbi del comportamento alimentare” (2008) e il documento di Consenso multicentrico italiano del 2010<sup>6</sup> forniscono indicazioni riguardo alle modalità di intervento. Ogni intervento deve realizzarsi attraverso una presa in carico integrata multidisciplinare che si articola nella cura degli aspetti psicologici/psichiatrici, dietetici e medici, attraverso la condivisione del progetto terapeutico fra i diversi professionisti coinvolti. A seconda dei bisogni di cura, sono necessari diversi livelli di trattamento nell'ambito di una rete di servizi visibile, accessibile e dinamica.

La Regione Toscana da anni lavora per la creazione di una rete integrata di servizi, per la definizione di standard di cura e la costruzione e aggiornamento della mappa dei servizi<sup>7</sup>.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 279 del 2006 “Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del comportamento Alimentare nella Regione Toscana”, integrata dalla deliberazione n. 441 del 2010, vengono individuati più livelli di intervento (format) che prevedono un ambito territoriale (rete di prevenzione, centro ambulatoriale, centro diurno, struttura residenziale terapeutico-riabilitativa) e uno ospedaliero (ricovero medico, psichiatrico e specialistico intensivo).

Per verificare l'attuazione delle linee di indirizzo e per rafforzare la competenza e l'integrazione fra i differenti professionisti e i diversi format previsti, è stato avviato il progetto di ricerca “Monitoraggio dell'attuazione della rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA nella Regione Toscana”, condotto negli anni 2006-2012 dalla Struttura ospedaliera dipartimentale di Neuropsichiatria infantile del Dipartimento di Scienze neurologiche e psichiatriche dell'Università degli Studi di Firenze in collaborazione con la Regione Toscana, al quale partecipano 22 servizi che si occupano in maniera specifica dei DCA (Figura 5.1).

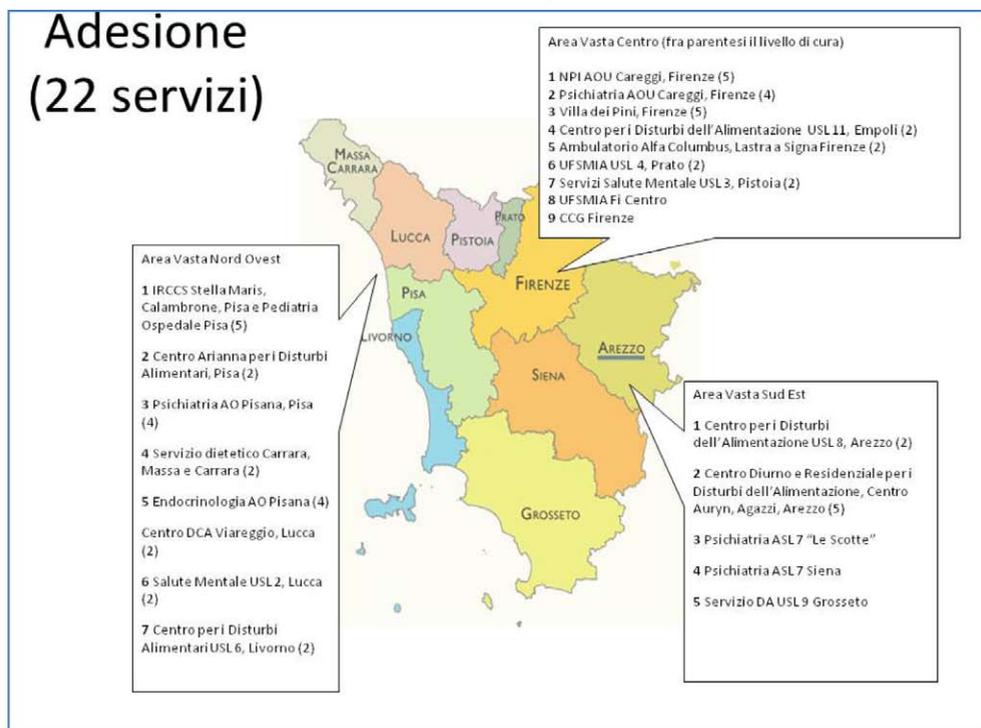
<sup>5</sup> Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute <http://www.epicentro.iss.it/problemi/anoressia/epid.asp>

<sup>6</sup> Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, et al. (2010), Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document Eat Weight Disord. Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31.

<sup>7</sup> [http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2010/02/25/f12e54d485f1a61041efd3a2ff8461ef\\_co mportamentoalimentare.pdf](http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2010/02/25/f12e54d485f1a61041efd3a2ff8461ef_co mportamentoalimentare.pdf)

**Figura 5.1**

**Mapa dei servizi che partecipano al progetto “Monitoraggio dell’attuazione della rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei DCA nella Regione Toscana”**



Tale progetto di ricerca si caratterizza per l’integrazione tra i differenti professionisti e servizi coinvolti nella presa in carico dei DCA.

Il progetto, dettagliato in una recente pubblicazione<sup>8</sup>, evidenzia fra gli obiettivi quello di ottenere informazioni sistematizzate rispetto all’epidemiologia dei DCA in Toscana, al percorso clinico-assistenziale dei pazienti e all’andamento longitudinale dei disturbi, nonché di verificare l’adeguatezza e l’efficacia dei trattamenti e l’outcome clinico. La raccolta dei dati si è svolta con l’utilizzo di due canali:

- sistemi informativi regionali: schede di dimissione ospedaliera (SDO);
- scheda informatizzata ad hoc per i DCA, utilizzata dai 22 servizi che fanno parte del progetto.

<sup>8</sup> M.G. Martinetti, M. Caselli, P. Dirindelli, M. R. Troiani, M. C. Stefanini, D. De Wet , G. Guidi (2010), I disturbi del comportamento alimentare. La rete integrata dei servizi per la prevenzione e la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare nell’Area Vasta Centro della Regione Toscana: partecipando ai lavori in corso. Salute e Territorio, vol. 182, pp. 262-266, ISSN: 0392-4505.

## 5.1 La rilevazione dal flusso SDO

I dati SDO non ci permettono di avere informazioni riguardo ai pazienti trattati in strutture ambulatoriali, che per i DCA dovrebbero rappresentare la maggior parte dei pazienti (fino all'80% del totale), tuttavia ci danno la possibilità di valutare la specificità dei ricoveri, di ottenere un dato epidemiologico rispetto alla prevalenza trattata a livello ospedaliero e di individuare i centri di riferimento regionali e la loro capacità di attrazione rispetto ai pazienti provenienti da altre regioni. Anche a livello nazionale, le SDO sono state lo strumento utilizzato per cercare di costruire un andamento epidemiologico dei DCA in Italia<sup>9</sup>.

I dati 2011 mostrano un incremento del numero di pazienti ricoverati con prima diagnosi di DCA, sul totale dell'utenza, del 17,4% rispetto al 2010 e del 37,8% rispetto al 2005. L'aumento è più contenuto per le femmine (20,1%), mentre, rispetto al 2005, sono quasi triplicati (284%) i soggetti di genere maschile con un trend in costante aumento.

La tabella 5.1 mostra l'andamento per fasce di età relativo agli anni 2009-2011. La figura 5.2, l'andamento 2005-2011 delle diagnosi di DCA (codici di dimissione 307.1, anoressia nervosa; 307.51, bulimia nervosa; 307.50) e dei disturbi alimentari del neonato e dell'infanzia.

**Tabella 5.1**  
Andamento per fasce di età – Anni 2009-2011 – Fonte: SDO

Fasce di età	2009		2010		2011	
	Numero utenti	%	Numero utenti	%	Numero utenti	%
0-8	123	22,1	143	25,7	<b>191</b>	<b>29,3</b>
9-13	32	5,7	23	4,1	<b>34</b>	<b>5,2</b>
14-17	112	20,1	102	18,3	<b>89</b>	<b>13,7</b>
18-25	76	13,6	78	14,5	<b>79</b>	<b>12,1</b>
>25	214	38,4	209	37,6	<b>259</b>	<b>39,7</b>

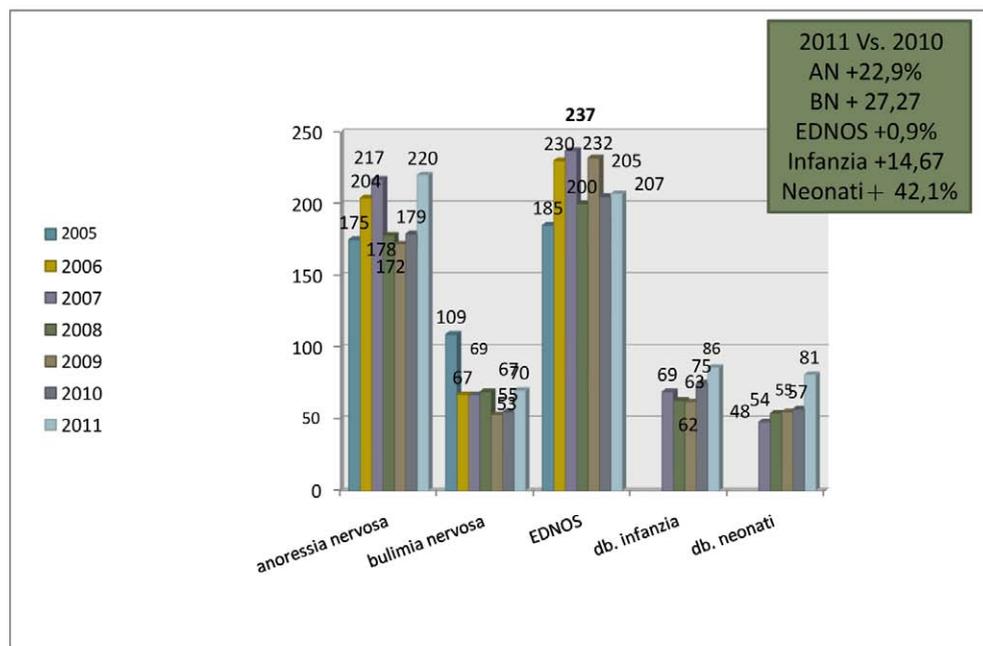
Si rileva un aumento dei ricoveri per anoressia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) nell'ultimo anno, tuttavia l'andamento complessivo degli anni dal 2005 al 2011 testimonia oscillazioni all'interno dello stesso range per AN ed EDNOS, mentre vi è una complessiva diminuzione nel lungo periodo dei ricoveri per BN.

Importante l'aumento dei ricoveri per disturbi alimentari nella prima infanzia (68,7% fra il 2005 e il 2011). Soprattutto per l'infanzia, relativamente ai dati SDO, è di difficile determinazione se un aumento dell'utilizzo di un codice di dimissione corrisponde realmente a un aumento della prevalenza trattata del disturbo o a un maggiore utilizzo del codice di dimissione.

<sup>9</sup> Gigantesco A., Masocco M., Picardi A., Lega I., Conti S., Vichi M. (2010), [Hospitalization for anorexia nervosa in Italy](#), Riv Psichiatr. May-Jun;45(3):154-62.

**Figura 5.2**

**Andamento 2005-2011 per diagnosi - AN: anoressia nervosa; BN: bulimia nervosa; EDNOS: disturbi alimentari non altrimenti specificati – Fonte: SDO**



A livello regionale osserviamo che il 46,7% delle dimissioni, compresi i DCA dell'infanzia, si svolgono in reparti ospedalieri non specifici per la cura integrata dei DCA (Medicina interna, Pediatria, altre specialistiche). Va considerato che questi ricoveri corrispondono spesso a ricoveri di controllo per lo stato di salute o ad approfondimenti medico-specialistici, hanno infatti breve durata e prevalentemente coinvolgono la medicina generale e la pediatria.

La Toscana si conferma polo di attrazione per pazienti provenienti sia dal Suditalia (Campania e Sicilia; rispettivamente 8 e 23 pazienti), sia dalle regioni limitrofe (Emilia-Romagna, Lazio e Liguria; rispettivamente 11, 35 e 27 pazienti).

La Casa di cura Villa dei Pini per gli adulti e l'IRCCS Stella Maris per l'infanzia e l'adolescenza rappresentano i poli di attrazione più significativi, rispettivamente con il 56,7% e 34,0% dei pazienti in carico provenienti da fuori regione.

Si consideri che un ricovero specialistico, avulso da una rete territoriale, come può accadere nei ricoveri extraregionali, costituisce un elemento di criticità per la continuità terapeutica.

Per quanto riguarda i pazienti toscani, i tassi di prevalenza trattata a livello ospedaliero in Toscana sono rispettivamente di 17/100.000 residenti per l'Area vasta Centro, 17/100.000 residenti per l'Area vasta Nord-ovest e 11/100.000 residenti per l'Area vasta Sud-est.

## 5.2 La rilevazione dati attraverso la scheda informatizzata DCA: diagnosi, livelli e modalità di intervento, accesso ai servizi

Come anticipato, il progetto di ricerca vede la partecipazione di 22 servizi che si occupano specificatamente di questi disturbi; tali servizi utilizzano una scheda informatizzata realizzata ad hoc per i DCA.

Per quanto riguarda i dati che stiamo raccogliendo attraverso la scheda Informatizzata, è opportuno premettere che il 2011 è il primo anno di sperimentazione dello strumento, di conseguenza, le informazioni che emergono sono da considerarsi preliminari ed acquisteranno affidabilità nel corso degli anni. Riteniamo importante sottolineare l'importante contributo fornito dai singoli servizi al Progetto di Monitoraggio delle Linee di Indirizzo mostrando una significativa compliance sia nello sforzo di registrazione dati che nella creazione di un linguaggio comune.

Attualmente sono stati inseriti nel database i nuovi casi giunti ai servizi che hanno aderito al progetto a partire dal gennaio 2011. Nel database non sono state inserite le diagnosi dei DCA dell'infanzia che richiederebbero uno strumento ad hoc.

La Scheda Informatizzata è composta da più parti: una sezione relativa alla definizione dei percorsi di cura (interventi precedentemente effettuati, invio al servizio, invio ad altri servizi in dimissione); una parte anagrafico/anamnestica in cui si rilevano informazioni sul paziente e viene fatto un assessment dei fattori di rischio; una sezione per la definizione della presa in carico sia per quanto riguarda l'assessment che per l'intervento nella sua declinazione multidisciplinare (medico, nutrizionale e psicologica).

Attualmente sono inseriti 348 pazienti di età media 28 anni (20,5% minori di 18 anni). La suddivisione per Area vasta è così distribuita: 246 afferiscono ai servizi dell'Area Vasta Centro, 61 ai servizi dell'Area Vasta Nord Ovest e 43 ai servizi dell'Area Vasta Sud Est.

Le diagnosi, secondo il **DSM-IV-TR**, sono le seguenti: AN 81 (36%), BN 53 (23%), EDNOS 77 (34%), BED 16 (7%)<sup>10</sup>. Sono spesso presenti *disturbi in comorbidità*, soprattutto disturbi dell'umore (38%), disturbi d'ansia (25%) e disturbi di personalità (20%).

Il livello di presa in carico è ambulatoriale nel 54% dei casi, in day hospital nel 21%, in regime di ricovero nel 14% e riabilitativo nell'11%.

Significativi anche i dati relativi all'impiego di psicofarmaci (45% dei casi). I farmaci maggiormente utilizzati sono gli antidepressivi serotoninergici (48% dei casi) e gli stabilizzanti del tono dell'umore (17%). Nel 43% dei casi l'uso di farmaci avviene in politerapia.

Incoraggianti i dati relativi alla *presa in carico integrata interdisciplinare* che appare ormai ben consolidata per tutti i servizi (98% dei pazienti). Rispetto alla modalità di intervento terapeutico, in Tabella 5.2 sono riportate diverse tipologie messe in atto.

<sup>10</sup> Le percentuali sono calcolate sui dati correttamente inseriti. Vi sono 121 pazienti in cui la diagnosi è mancante.

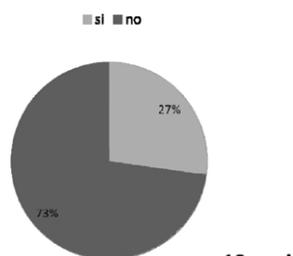
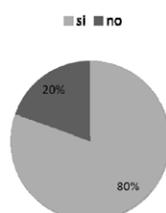
**Tabella 5.2****Tipologia di intervento psicologico attuato sui pazienti con DCA<sup>11</sup>**

Tipologia di intervento psicologico	Numero di pazienti
Colloqui sostegno	94
Psicoterapia individuale di sostegno	22
Psicoterapia dinamica individuale	12
Psicoterapia cognitivo-comportamentale individuale	57
Psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo	42
Psicoterapia interpersonale	2
Psicoeducazione individuale	20
Psicoeducazione di gruppo	21

La Figura 5.3 riporta i dati relativi all'intervento svolto con i familiari, quasi esclusivamente di minori, che risulta importante per il lavoro sui fattori di mantenimento interpersonali dei DCA, conseguenti alle dinamiche familiari sollecitate dalla presenza di un figlio che presenta questi disturbi. Gli interventi di *family-based therapy*, con un coinvolgimento diretto dei familiari, si mostrano efficaci nell'incidere su fattori di mantenimento quali l'alta emotività o il criticismo e facilitano l'alleanza terapeutica rispetto al progetto terapeutico stesso.

**Figura 5.3****Tipologie d'intervento svolto con i familiari**

## Intervento con le famiglie

**Totale del campione****<18 anni**

Tipologia	N
Intervento di sostegno o counseling	43
Intervento psicoeducativo strutturato	23
Gruppi psicoeducazionali	14
Psicoterapia familiare	3
Terapia di coppia genitoriale	3

<sup>11</sup> Rispetto alla presa in carico psicoterapica e all'intervento con le famiglie, i dati inseriti si riferiscono a un totale di 274 pazienti.

La Tabella 5.3 riporta i dati relativi alla durata di malattia per diagnosi e conferma l'alto tasso di pazienti resistenti al trattamento che presentano disturbi di durata superiore ai 5 e 10 anni.

**Tabella 5.3****Durata di malattia suddivisa per categoria diagnostica – N = 208<sup>12</sup>**

Durata di malattia	AN		BN		EDNOS		BED	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Meno di 6 mesi	6	7,7	2	4,2	0	0,0	0	0,0
Fra 6 mesi e 1 anno	21	26,9	4	8,3	5	8,5	0	0,0
Fra 1 e 2 anni	15	19,2	5	10,4	7	11,8	1	11,1
Fra 2 e 3 anni	6	7,7	2	4,2	3	5,1	0	0,00
Fra 3 e 4 anni	0	0,00	5	10,4	4	6,8	0	0,00
Fra 4 e 5 anni	5	6,4	3	6,25	5	8,5	0	0,00
Fra 5 e 10 anni	5	6,4	3	6,25	2	3,4	0	0,00
Più di 10 anni	20	25,6	24	50	33	55,9	8	88,9

La scheda permette di rilevare il tempo di attesa che intercorre fra la richiesta e l'accesso al servizio. In 119 casi (34,2%), i servizi possono dare una risposta entro una settimana. L'attesa media è di 24 giorni. Di notevole interesse il dato relativo al tempo intercorso fra l'esordio del disturbo e il momento della diagnosi (Tabella 5.3). Conformemente ai dati della letteratura, si osserva che per l'AN si ha una prevalenza di diagnosi entro un anno dall'esordio, mentre per la BN e gli EDNOS vi sono tempi prolungati fra l'esordio del disturbo e la presa in carico dei servizi.

**Tabella 5.3****Tempo intercorso fra la diagnosi e la presa in carico per categoria diagnostica N = 177**

Tempo intercorso	AN		BN		BED		EDNOS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<6 mesi	19	26	3	6,7	1	11,1	3	5,9
Fra 6 mesi e 1 anno	29	39,7	16	36,7	2	22,2	18	35,3
Fra 1 e 2 anni	3	4,1	4	9	0	0	1	1,9
> di 2 < di 10 anni	12	16,4	12	27,2	5	55,6	17	33,3
Oltre 10 anni fa*	10	13,7	9	20,4	1	11,1	12	23,5
Totale	73	100,0	44	100,0	9	100,0	51	100,0

Non sono conteggiati i pazienti di cui non è specificata la diagnosi e in cui l'operatore ha riportato che il dato è "non determinabile".

\*Non è stato chiesto al compilatore di appurare il dato per evitare la registrazione di dati spuri.

Per la valutazione delle "buone pratiche", nell'ambito del progetto sono state confrontate le procedure utilizzate sui singoli casi con le raccomandazioni del *Documento di Consensus per l'assessment dei DA*. I dati (Tabelle 5.4 e 5.5) riportano come vi sia una buona risposta dei servizi, anche se risulta da implementare la valutazione della composizione corporea ancora oggi poco praticata durante l'assessment medico

<sup>12</sup> Il dato è disponibile per 208 pazienti. In 140 casi il dato è mancante o non determinabile.

nutrizionale. Per quanto riguarda l'assessment psicologico vi è un buon utilizzo dei test specifici per i DCA e per l'assessment psicopatologico globale, mentre risulta meno utilizzata la valutazione della qualità della vita e dell'immagine corporea attraverso strumenti testistici.

**Tabella 5.4**

**Casi in cui sono seguite le procedure di assessment medico nutrizionale per diagnosi – Valore % - N = 283\***

Procedure di assessment medico nutrizionale	AN	BN	EDNOS	BED
<b>Bilancio energetico</b>	70,4	54,7	61,0	93,8
<b>Densitometria</b>	44,4	7,5	18,2	18,8
<b>Composizione corporea</b>	43	17	33	37,6
<b>Esami ematici</b>	77,8	71,7	79,2	100
<b>Valutazione rischio cardiologico</b>	64,2	62,3	63,6	93,8
<b>Profilo endocrinologico</b>	63,0	35,8	55,8	100

\* Le percentuali sono calcolate sul totale delle schede effettivamente compilate.

**Tabella 5.5**

**Casi in cui sono seguite le procedure di assessment psicologico\* - N = 283**

Procedure di assessment psicologico	N	%
<b>Test psicologici specifici per i DCA</b>	190	67,1
<b>Test per la valutazione dell'immagine corporea</b>	106	37,5
<b>Assessment psicopatologico globale</b>	186	65,7
<b>Valutazione disturbi personalità</b>	161	56,9
<b>Valutazione qualità della vita</b>	57	20,1

\* Le percentuali sono calcolate sul totale delle schede effettivamente compilate

I dati relativi ai percorsi di cura e all'outcome clinico non sono ancora disponibili vista la recente introduzione dello strumento rispetto alla durata media dei disturbi.

Nonostante questo, le informazioni rilevate sono di conforto rispetto all'attuazione delle linee di indirizzo regionali nei centri specialistici per i DCA che prendono parte al progetto, soprattutto per la presa in carico interdisciplinare integrata. Il valore elevato della durata media dei disturbi impone un ulteriore sforzo nel lavoro di rete e nell'integrazione degli interventi

La ricostruzione dei percorsi di cura per i DCA, operazione non facile a causa della complessità e durata dei disturbi, è stata possibile grazie all'utilizzo della scheda informatizzata. Emerge quindi l'importanza di una capillare e uniforme diffusione dello strumento e raccolta dei dati per lo sviluppo di buone pratiche, per la loro implementazione e per una consapevole pianificazione sanitaria rispetto al problema dei DCA. Per raggiungere questo obiettivo sarà indispensabile integrare la raccolta dati della Scheda informatizzata con il Sistema informativo regionale.



## Capitolo 6

# L'andamento del fenomeno suicidario in Toscana

*Caterina Silvestri*

*Stefano Bravi*



---

## 6. L'andamento del fenomeno suicidario in Toscana

Nel corso dell'ultimo anno il tema del suicidio è stato oggetto di un crescente interesse da parte dell'opinione pubblica che, in molte occasioni, vi si è soffermata ponendolo in relazione all'attuale crisi economica internazionale.

Proprio su quest'ultimo punto, molti sono stati gli autori che si sono occupati di questo argomento<sup>1</sup> giungendo a conclusioni che, pur confermando la correlazione fra condizione economica e stato di salute mentale<sup>2</sup>, non sempre concordano sulla diretta relazione fra questa e il suicidio<sup>3</sup>.

L'utilizzo mediatico di un atto così doloroso, peraltro già preso in esame dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) attraverso la stesura di specifiche raccomandazioni<sup>4</sup>, richiede particolare attenzione. Per questo motivo, oltre a richiamare l'attenzione sulla multifattorialità che caratterizza l'evento suicidario, l'OMS utilizza l'indagine su "Decessi e cause di morte" come unica fonte comune su cui basare i confronti internazionali. Sulla stessa linea, l'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ha recentemente pubblicato una nota metodologica in cui, oltre a precisare l'utilizzo esclusivo da parte dell'Istituto di questa fonte dati, in quanto ritenuta più attendibile, esorta i ricercatori a tener presenti gli errori sistematici esistenti nelle altre modalità di rilevazione. Inesattezze, che se non esplicitate in modo chiaro, potrebbero presentare il fenomeno in modo impreciso.

Passando a illustrare i recenti aggiornamenti (OMS) riferiti ai paesi appartenenti all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), questi mettono in luce due aspetti: il primo riguarda la Grecia, che dal 1993 al 2009 (ultimo anno disponibile) mostra i valori più bassi (mai oltre i 4 suicidi x 100.000 abitanti) e un trend stabile che si attesta sul valore di 3,2 suicidi x 100.000 abitanti nel 2009; il secondo riguarda la tendenza decrescente che si manifesta in gran parte dei paesi, seppur con lievi modifiche osservabili negli ultimissimi anni, ma che saranno oggetto dell'osservazione futura. Paesi come l'Estonia, l'Ungheria, la Slovenia e la Finlandia continuano a presentare, nell'intero periodo considerato, i tassi più alti di suicidio; accanto a questi va segnalato il Giappone che, fra i paesi extraeuropei, mostra i valori più alti, con un tasso di 21,2 suicidi x 100.000 abitanti nel 2010.

L'Italia, al contrario, è tra i paesi con i livelli più bassi di mortalità per suicidio e un trend negativo, passando dagli 8,3 decessi ogni 100.000 abitanti nel 1993, ai 6,7 nel 2009. La diversa intensità con cui la mortalità per suicidio decresce, più marcata nelle ripartizioni geografiche con valori di partenza più elevati e meno marcata nelle altre,

---

<sup>1</sup> Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M (2009), [The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis](#), *Lancet*, 25; 374 (9686):315-23.

<sup>2</sup> World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen, WHO, 2011.

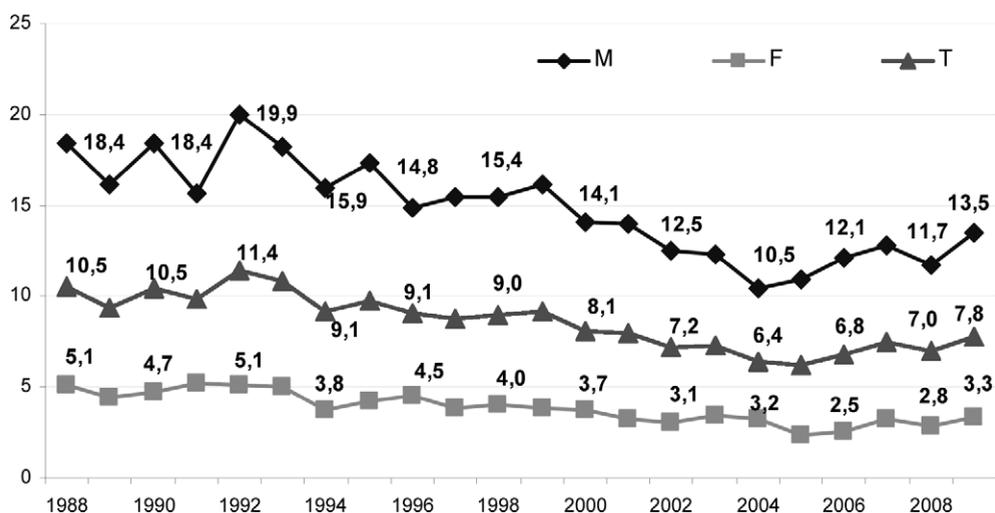
<sup>3</sup> Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M (2011), Effects of the 2008 recession on health: a first at European data, *Lancet*, 9; 378 (9786):124-5.

<sup>4</sup> WHO (2008), Preventing Suicide: A resource for media professionals, Geneva, Switzerland.

ha provocato un generale avvicinamento dei livelli di mortalità. Il Nord-est e il Nord-ovest si confermano le ripartizioni con i livelli di mortalità più alti, il Centro e le Isole oscillano su valori prossimi alla media nazionale, il Sud rimane su valori nettamente inferiori al resto del Paese<sup>5</sup>.

In Toscana, la mortalità per suicidio supera il valore nazionale con un tasso di 7,8 decessi x 100.000 abitanti. Come mostra la Figura 6.1, anche nella nostra regione il trend presenta un andamento decrescente, con una lieve ripresa nel 2009 prevalentemente a carico del genere maschile. In linea con i dati nazionali, l'oscillazione osservata non può essere oggetto d'interpretazione, ma richiede un'attenta osservazione futura.

**Figura 6.1**  
Mortalità per suicidio – Toscana, tasso standardizzato x 100.000 abitanti – Anni 1988-2009 – Fonte RMR



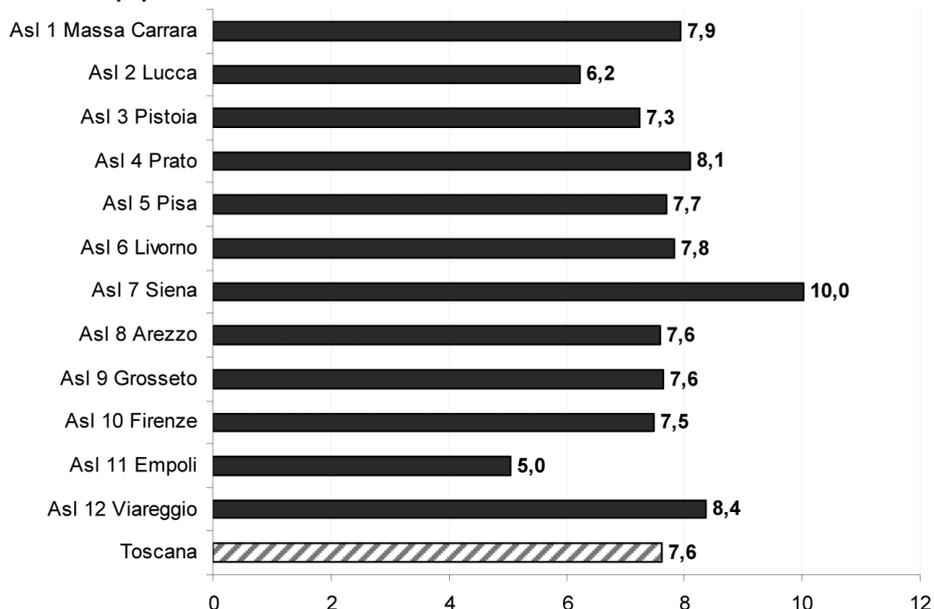
La variabilità intraregionale analizzata sul triennio 2007-2009, fa vedere alcune modificazioni rispetto al triennio precedente<sup>6</sup> (Figura 6.2). Pur confermando Siena come l'Azienda USL con il più alto tasso di suicidi, l'area della costa nord-ovest presenta un incremento consistente nel triennio di osservazione, passando da 5,8 x 100.000 abitanti (2006-2008) a 7,9 x 100.000 abitanti nell'Azienda 1 di Massa-Carrara e da 6,5 x 100.000 (2006-2008) a 8,4 x 100.000 abitanti nell'Azienda 12 di Viareggio.

<sup>5</sup> ISTAT, I suicidi in Italia: tendenze e confronti, come usare le statistiche, agosto 2012.

<sup>6</sup> Documento ARS n. 63 (2011), L'epidemiologia della salute mentale in Toscana, <http://www.ars.toscana.it/pub>

**Figura 6.2**

**Mortalità per suicidio – Distribuzione per Azienda USL – Tassi standardizzati per età x 100.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000, anni 2007-2009 – Fonte: ARS su dati RMR**



L'età maggiormente interessata continua ad essere, in entrambi i generi, quella over 60.

Per quanto riguarda la modalità con cui è stato messo in atto (Tabella 6.1), il dato più importante che possiamo osservare è l'aumento nell'utilizzo dell'arma da fuoco che, essendo usata in larga misura dal genere maschile, può essere legato al lieve incremento della mortalità osservata fra gli uomini.

**Tabella 6.1**

**Distribuzione proporzionale delle modalità utilizzate nei decessi per suicidio – Confronto 2007 – 2008 - 2009, Fonte: ARS su dati RMR**

Modalità utilizzata	2007	2008	2009
Avvelenamento	4,7	9,2	8,3
Impiccagione	38,9	35,8	36,5
Annegamento	4,4	2,2	4,2
Arma da fuoco	20,4	20,3	21,9
Strumenti da punta e taglio	2,2	3,0	2,4
Precipitazione	22,9	19,2	21,9
Altro	6,5	10,3	4,9
Totale	100,0	100,0	100,0

Riassumendo, ciò che si evince dalle analisi non solo regionali, ma anche nazionali ed internazionali, è la cautela che il tema del suicidio richiede. I facili allarmismi che tutti noi abbiamo letto sulla cronaca, non solo sembrano contravvenire alle indicazioni fornite dall'OMS ma, ad oggi, richiedono ulteriori approfondimenti<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> V. ISTAT, agosto 2012.

## Capitolo 7

# L'utilizzo dei farmaci antidepressivi e antipsicotici in Toscana

*Caterina Silvestri*

*Simone Bartolacci*

*Stefano Bravi*



---

## 7. L'utilizzo dei farmaci antidepressivi e antipsicotici in Toscana

In Italia, nel corso degli ultimi anni, si è assistito a un costante aumento nell'uso di farmaci antidepressivi (AD)<sup>1</sup>. Questi, oltre a includere diverse classi di farmaci, trovano indicazione nel trattamento di varie condizioni patologiche sia psichiatriche che non.

In ambito non psichiatrico, l'aumento del ricorso agli AD può essere dovuto all'estensione del loro utilizzo in forme patologiche come il dolore, la cefalea o i disturbi del sonno mentre, in ambito psichiatrico, le ragioni possono essere correlate all'aumento di prevalenza/incidenza di questi disturbi (depressione maggiore, distimia, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo/compulsivo ecc.), alla maggior aderenza alle linee guida di trattamento, alla riduzione della soglia prescrittiva, alla maggiore *compliance* dei pazienti, oppure all'incremento della capacità diagnostica da parte dei medici di medicina generale (MMG). Tra le varie ipotesi formulate sembra tuttavia che tale aumento sia dovuto, principalmente, alla maggiore continuità di trattamento (5-7 anni in media), soprattutto nelle depressioni maggiori e nei disturbi d'ansia<sup>2</sup>. La stessa ricerca<sup>3</sup>, svolta su pazienti di età maggiore di 17 anni con almeno una prescrizione di farmaci AD, ha messo in evidenza un aumento dell'esposizione al trattamento dei farmaci di seconda generazione su tutto il territorio nazionale. In particolare, dal 2003 al 2009, gli assistiti con inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) sono passati da 74,7/1.000 assistiti nel 2003 a 130,6/1.000 nel 2009, mentre gli inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina (SNRI) sono passati da 8,2/1.000 a 24,7/1.000 assistiti.

A conferma di quanto appena descritto in termini di numero di assistiti, il rapporto Osservasalute 2010<sup>4</sup> riporta l'aumento nell'utilizzo dei farmaci AD esprimendolo sottoforma di *Defined Daily Doses* (DDD – dosi definite giornaliere). Nel corso degli ultimi 10 anni, il valore medio nazionale risulta aumentato di circa 4 volte passando da 8,2 DDD/1.000 ab./die rilevato nel 2000 a 34,7 DDD/1.000 ab./die nel 2009. La panoramica nazionale evidenzia le regioni del Centro-Nord (compresa la Sardegna) come le maggiori utilizzatrici, facendo risaltare l'elevato consumo riscontrato in Toscana dove, nel 2009, veniva registrato un valore di 54,1 DDD/1.000 ab./die.

### 7.1 L'uso degli antidepressivi

Estraendo i dati toscani dal Flusso regionale delle prescrizioni farmaceutiche (SPF) erogate dal Sistema sanitario nazionale (SSN), abbiamo ricostruito l'utilizzo di AD (N06A) nella nostra regione nel corso degli ultimi 10 anni.

---

<sup>1</sup> Trifiro G, Barbui C, Spina E, et al. (2007), Antidepressant drugs: prevalence, incidence and indication of use in general practice of Southern Italy during the years 2003-2004, *Pharmacoepidemiol Drug Saf*; 16:552-9.

<sup>2</sup> Mazzoleni F, Simonetti M, Lapi F, et al. (2011), Uso degli antidepressivi in Italia: un'analisi nel contesto della Medicina Generale, *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*; 5: 11-16.

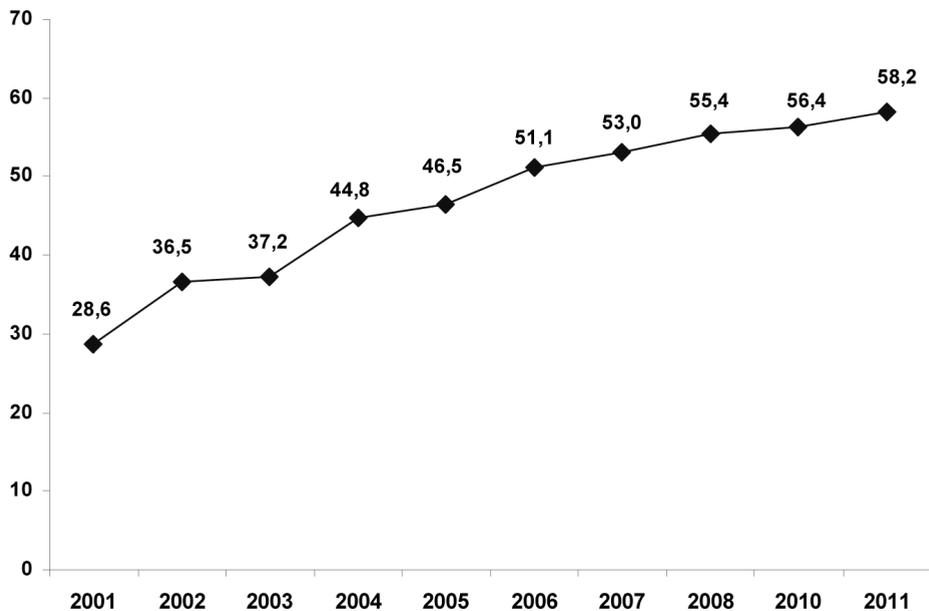
<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://www.osservasalute.it>

Come mostra la Figura 7.1, nel 2011 la prescrizione in termini di DDD/1.000 ab./die risulta doppia rispetto a quanto registrato nel 2001 e, contrariamente a quanto avevamo previsto osservando i dati 2010,<sup>5</sup> il trend toscano non sembra stabilizzarsi.

**Figura 7.1**

**Consumo toscano di farmaci antidepressivi (DDD/1.000 ab./die) rimborsati dal SSN – anni 2001 – 2011 – Fonte: ARS su dati SPF**



Il maggior interessamento del genere femminile in alcuni disturbi, come il disturbo dell'umore o il disturbo d'ansia, rende di facile interpretazione il dato che identifica le donne come le maggiori utilizzatrici di AD (35,6 DDD/1.000 ab./die nei maschi *vs* 79,1 DDD/1.000 ab./die nelle donne). È importante tener presente, però, quanto osservato nel capitolo 2 rispetto all'aumento, nel genere maschile, di ricoveri per disturbi dell'umore, informazione, questa, che potrebbe anticipare l'andamento futuro.

L'impiego per singola Azienda USL mostra una forte difformità sul territorio regionale.

All'estremo superiore troviamo le Aziende di Lucca, Pistoia, Massa-Carrara e Viareggio mentre, al limite inferiore, si osserva l'Azienda USL di Prato (Tabella 7.1). Rispetto al dato osservato nel 2010<sup>6</sup>, l'incremento è stato registrato in tutte le Aziende USL.

<sup>5</sup> L'epidemiologia della salute mentale in Toscana, Documento ARS, novembre 2011; 63:45-47. Consultabile su: [http://www.ars.toscana.it/documents/12339/23024/Salute\\_mentalexweb.pdf](http://www.ars.toscana.it/documents/12339/23024/Salute_mentalexweb.pdf)

<sup>6</sup> Ibidem.

**Tabella 7.1**

**Consumo toscano di farmaci antidepressivi (DDD/1.000 ab./die) rimborsati dal SSN per AUSL, anno 2011 – Fonte: ARS su dati SPF**

Azienda USL	Maschi	Femmine	Totale
Massa-Carrara	36,1	91,9	65,0
Lucca	43,7	93,5	69,4
Pistoia	40,3	92,7	67,5
Prato	29,2	63,2	46,6
Pisa	31,2	71,4	52,0
Livorno	31,9	73,0	53,3
Siena	33,5	71,1	53,0
Arezzo	36,1	81,3	59,3
Grosseto	28,3	69,4	49,7
Firenze	39,6	81,8	61,7
Empoli	34,2	72,2	53,7
Viareggio	38,1	89,0	64,8
<b>TOSCANA</b>	<b>35,6</b>	<b>79,1</b>	<b>58,2</b>

Purtoppo, ad oggi, non sono presenti studi in grado di spiegare i motivi del largo consumo toscano. Pur cercando di mettere in relazione le informazioni derivanti dai flussi informativi in nostro possesso, non sono rintracciabili correlazioni che spieghino perché Aziende limitrofe, come Prato e Pistoia, occupino posizioni opposte in termini di utilizzo.

Tutto questo ci rimanda alla necessità di effettuare studi specifici sull'argomento in collaborazione con tutti i professionisti che operano nel settore, ma, in particolare, visti i risultati illustrati dalla ricerca nazionale svolta nel 2011, si ritiene sempre più necessario il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) quali primi intercettatori della domanda.

## 7.2 L'uso degli antipsicotici

I farmaci antipsicotici (AP) sono comunemente prescritti nel trattamento di disturbi psicotici acuti o in malattie psichiatriche associate con altre patologie come, ad esempio, l'abuso di alcol o droghe, il disturbo depressivo e la demenza<sup>7</sup>.

Durante le ultime due decadi, l'introduzione degli antipsicotici atipici ha cambiato il trend di prescrizione fra gli MMG aumentandone marcatamente l'utilizzo sia negli Stati Uniti<sup>8</sup> sia in Europa<sup>9</sup>. In Inghilterra, alcuni autori hanno rilevato che la prescrizione di

<sup>7</sup> Kiraly B, Gunning K, Leiser J (2008), Primary care issues in patients with mental illness, *Am Fam Physician*; 78: 355-362.

<sup>8</sup> Hamman RC, Yang D, Etner SL, et al. (2002), Prescription of antipsychotic drugs by office-based physician in the United States 1989-1997, *Psychiatr Serv*; 53: 425-430.

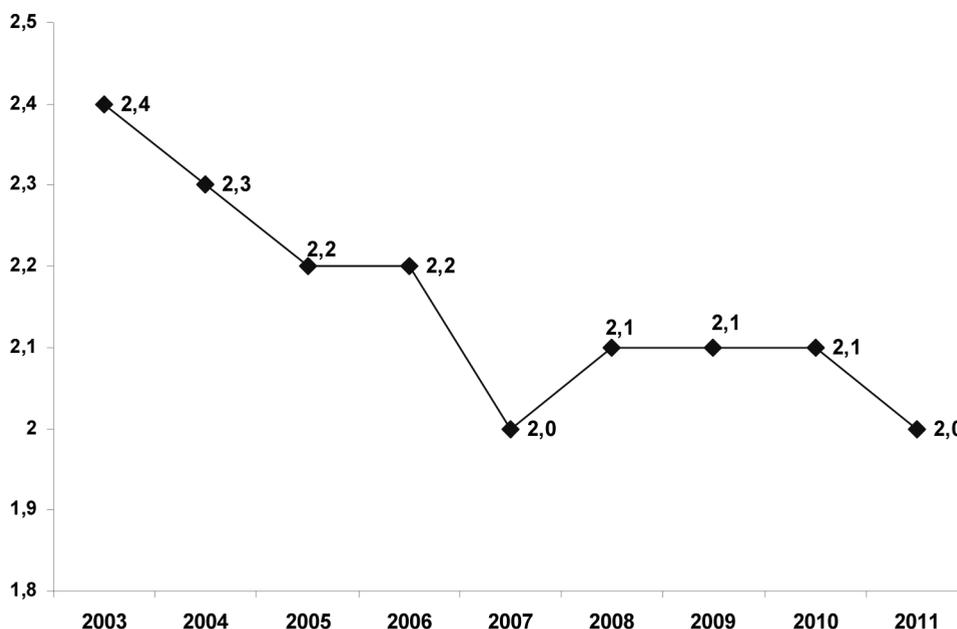
<sup>9</sup> Hamman J, Ruppert A, Auby P, et al. (2003), Antipsychotic prescribing patterns in Germany: a retrospective analysis using a large outpatient prescription database, *Int Clin Psychopharmacol*; 18: 237-242.

AP atipici è aumentata di sei volte fra il 1991 e il 2001, mentre l'uso degli AP convenzionali si è ridotto del 24%<sup>10</sup>. Anche in Italia, tra il 1999 e il 2002, è stato messo in evidenza un aumento di cinque volte nella prescrizione di AP atipici nel trattamento di sintomi comportamentali e/o psicotici in pazienti affetti da demenza nonostante il loro utilizzo, in questi casi, non sia definito specificatamente nella scheda tecnica<sup>11</sup>.

Pur non entrando così nel dettaglio, l'analisi sulla prescrizione dei farmaci antipsicotici (N05A) vede, per la Toscana, un trend inverso. Infatti, contrariamente a quanto osservato per gli antidepressivi, nella nostra regione il consumo nel corso degli ultimi anni si è ridotto passando da 2,4 DDD/1.000 ab./die registrato nel 2003 a 2,0 DDD/1.000 ab./die del 2011 (Figura 7.2)..

**Figura 7.2**

**Consumo toscano di farmaci antipsicotici (DDD/1.000 ab./die) rimborsati dal SSN – anni 2003 – 2011 – Fonte: ARS su dati SPF**



In questo caso, dato che alcune patologie psichiatriche interessano maggiormente il genere maschile, le differenze fra i due generi appaiono meno accentuate. Come per gli antidepressivi, le Aziende di Massa-Carrara, Lucca e Viareggio sono le maggiori utilizzatrici di questa categoria di farmaci, mentre Prato si colloca, ancora una volta, all'estremo opposto (Tabella 7.2).

<sup>10</sup> Ashcroft DM, Frischer M, Lockett J, et al. (2002), Variations in prescribing atypical antipsychotic drugs in primary care: cross-sectional study, *Pharmacoepidemiol Drug Saf*; 11: 285-289.

<sup>11</sup> Trifirò G, Spina E, Brignoli E, et al. (2005), Antipsychotic prescribing pattern among Italian general practitioners: a population-based study during the years 1999-2002, *Eur J Clin Pharmacol*; 61: 47-53.

Tutto ciò lascia supporre che, nonostante i farmaci antipsicotici e antidepressivi abbiano una diversa indicazione all'utilizzo, il ricorso al trattamento farmacologico osservato in alcune Aziende sembra indicare uno specifico approccio terapeutico.

**Tabella 7.2**

**Consumo toscano di farmaci antipsicotici (DDD/1.000 ab./die) rimborsati dal SSN per AUSL, anno 2011 – Fonte: ARS su dati SPF**

Azienda USL	Maschi	Femmine	Totale
Massa-Carrara	3,1	2,6	2,8
Lucca	2,7	2,5	2,6
Pistoia	1,9	1,9	1,9
Prato	1,5	1,2	1,3
Pisa	1,8	1,8	1,8
Livorno	1,5	1,9	1,7
Siena	1,5	1,5	1,5
Arezzo	1,4	1,3	1,4
Grosseto	1,6	1,7	1,6
Firenze	2,6	2,4	2,5
Empoli	2,2	2,4	2,3
Viareggio	2,7	2,8	2,7
<b>TOSCANA</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>

### 7.3 Conclusioni

Il trattamento farmacologico nell'ambito della salute mentale ha subito, nel corso degli ultimi anni, profonde trasformazioni. Come abbiamo visto, tutto ciò ha reso l'utilizzo dei farmaci AD e AP sempre più maneggevoli ampliandone lo spettro di prescrizione.

In Toscana, mentre il consumo di antidepressivi raggiunge ormai livelli ben oltre la media nazionale, l'uso di antipsicotici sembra lentamente ridursi contraddicendo quanto riportato in letteratura. Tutto ciò, alla luce dei dati in nostro possesso, non sembra facilmente spiegabile, richiedendo la costruzione di studi ad hoc in grado di delineare, con maggior chiarezza, l'approccio toscano.



## Capitolo 8

# Le strutture residenziali per la salute mentale

***Marzia Fratti***

***Valentina Uvia Corridori***



---

## 8. Le strutture residenziali per la salute mentale

Le strutture residenziali fanno parte della rete integrata di servizi per la salute mentale, esse rappresentano un nodo di tale rete, luoghi di cura da attraversare temporaneamente al fine di favorire il reinserimento sociale delle persone.

La cura e la riabilitazione in regime residenziale devono essere pertanto incluse all'interno di un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato.

Soltanto attraverso un percorso terapeutico riabilitativo chiaro e ben preciso è infatti possibile riconoscere e valorizzare le qualità della persona, favorire la *recovery* e il recupero, totale o parziale, dell'autonomia.

Le strutture residenziali devono agire in un'ottica di integrazione con gli altri luoghi e presidi di cura e con il contesto familiare e abitativo della persona, devono altresì avere le caratteristiche per favorire il contatto con la comunità locale e il coinvolgimento delle risorse sociali e civili espresse dal territorio, quali le associazioni di utenti e di familiari.

Per garantire l'appropriatezza dell'assistenza residenziale e favorire quindi l'efficacia del programma terapeutico-riabilitativo, l'intensità di assistenza delle strutture residenziali è modulata sulla base delle esigenze di cura. La Regione Toscana prevede la presenza di strutture che garantiscono trattamenti terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi e socio-riabilitativi.

### 8.1 Le tipologie di strutture

Analizzare la presenza di strutture residenziali che erogano assistenza psichiatrica permette di porre un ulteriore tassello nel quadro dell'offerta di servizi per la salute mentale sul territorio toscano.

Il regolamento 61/R del 2010 attuativo della l. r. 51/2009<sup>1</sup>, nella sezione "Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale psichiatrica", individua tre tipologie di strutture:

- **strutture terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti** che offrono trattamenti **intensivi nelle 24 ore** rivolti a persone che, anche nella fase della post-acuzie, richiedono interventi intensivi ed elevata tutela sanitaria, nonché a minori con disturbi comportamentali, affetti da patologie di interesse neuropsichiatrico;
- **strutture socio-riabilitative ad alta intensità assistenziale** che offrono trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi **estensivi** con presenza di personale socio-sanitario **per almeno 12 ore**. I trattamenti sono rivolti a pazienti (in fase cronica) che necessitano di assistenza e di trattamenti terapeutico-riabilitativi estensivi e programmi di reinserimento sociale;

---

<sup>1</sup> L. r. 51/2009 "Normativa in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento".

- **strutture socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale** che offrono trattamenti residenziali **socio-riabilitativi con assistenza per fasce orarie** a soggetti (parzialmente non autosufficienti) non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare e che necessitano di programmi di reinserimento sociale e lavorativo nella fase di lungoassistenza.

Oltre alle strutture di cui sopra, la Regione Toscana prevede, per le persone con problemi di salute mentale, “**Strutture a carattere comunitario** per persone a rischio di esclusione psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale” (di cui all’art. 21 comma 1 lettera c) della l. r. 41/2005<sup>2</sup> e all’art. 2 comma 1 lettera b) del regolamento 15/R attuativo della suddetta legge) e “**Comunità di tipo familiare** (art. 22 comma 1 lettera a) della l. r. 41/2005), compresi i gruppi appartamento e le aggregazioni di comunità”, in cui sono ospitati soggetti maggiorenni per i quali la permanenza nel nucleo familiare venga considerata impossibile o in contrasto con il percorso individuale.

Queste ultime due tipologie di strutture non sono oggetto della presente trattazione, poiché non sono disponibili dati ad esse relativi.

Per quanto riguarda la residenzialità per l’infanzia-adolescenza, in Toscana è presente una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per acuti e sub-acuti. Le problematiche di salute mentale dei minori possono altresì venire accolte in strutture di tipo socio-educativo con integrazione di personale sanitario in relazione all’intensità del bisogno.

## 8.2 L’offerta residenziale

Nel presente paragrafo viene proposta una prima analisi delle strutture che erogano assistenza psichiatrica in Toscana attraverso la sintesi dei dati provenienti dal flusso informativo ministeriale delle Strutture territoriali sanitarie (STS), modelli 11 e 24, e una rilevazione ad hoc effettuata dal Settore Servizi alla persona sul territorio – Politiche di tutela e promozione della salute mentale, al fine di integrare i dati del flusso STS con le informazioni relative alla tipologia di struttura (secondo il citato regolamento 61/R del 2010 attuativo della l. r. 51/2009) e all’intensità oraria dell’assistenza fornita.

Il flusso informativo STS riporta, attraverso il modello STS 11, l’anagrafica delle strutture residenziali sanitarie pubbliche e private accreditate e delle strutture socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime di convenzione e, attraverso il modello STS 24, i dati di attività delle strutture: n. posti, n. utenti, n. giornate di assistenza erogate, n. ammessi, n. dimessi, liste di attesa. È possibile conoscere i dati relativi alle strutture per la salute mentale facendo riferimento al flusso informativo STS, tipo di assistenza S05: “Assistenza Psichiatrica”, che considera le strutture per pazienti con disturbi psicotici, nevrotici e della personalità<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> L. r. 41/2005 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.

<sup>3</sup> Le strutture che erogano assistenza ai disabili psichici (tipo di assistenza S11 del flusso STS) ospitano invece persone disabili con menomazioni connotabili come neuropsichiche (ad esempio: insufficienza mentale grave, demenze, cerebrolesioni).

È necessario premettere che l'interpretazione dei dati necessita la massima cautela, considerata la presenza di errori di compilazione dei modelli STS. Questi, infatti, possono produrre un'incongruenza tra i dati presenti nel flusso, a cui si fa riferimento, e quelli reali. È inoltre necessario sottolineare che il flusso STS non permette di tracciare se un paziente residente in un territorio riceve assistenza in regime residenziale presso una struttura di un'altra Azienda USL e pertanto le informazioni che presentiamo non descrivono una rappresentazione assoluta dell'offerta residenziale per la popolazione residente in un territorio, né dell'attività svolta dai servizi di salute mentale per i pazienti ad essi afferenti.

Quella che viene proposta è quindi una analisi sicuramente migliorabile, ma che già rappresenta un primo passo per definire il quadro dell'offerta residenziale per la salute mentale in Toscana e nelle singole Aziende USL.

Tutto ciò premesso, in questa prima fase di analisi, possiamo descrivere la consistenza dell'offerta residenziale.

In Toscana si rilevano 128 strutture che erogano assistenza psichiatrica, per un totale di 842 posti letto. Si registrano 45 strutture terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti, per un totale di 411 posti letto; 30 strutture socio-riabilitative ad alta intensità assistenziale, con 219 posti letto (di cui 119 in strutture che offrono assistenza per 12 ore e 100 in strutture che la offrono per 24 ore); infine 53 strutture socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale, per un totale di 212 posti letto (Tabella 8.1).

**Tabella 8.1**

**Numero di strutture per Azienda Usl e numero di posti letto per tipologia di assistenza erogata – Anno 2011 – Fonte: RT su flusso STS 11-24**

Azienda USL	Terapeutico-riab. per acuti e sub-acuti		Socio-riab. ad alta intensità ass.		Socio-riab. a bassa intensità ass.		Tot. strutture	Tot. posti letto
	Strutture	Posti	Strutture	Posti	Strutture	Posti		
AUSL 1 MS*	1	20	2	8	-	-	3	28
AUSL 2 LU*	3	24	3	19	1	6	7	49
AUSL 3 PT*	1	8	1	5	3	26	5	39
AUSL 4 PO	4	21	4	27	3	12	11	60
AUSL 5 PI*	6	36	4	30	1	8	11	74
AUSL 6 LI	5	65	3	15	2	9	10	89
AUSL 7 SI**	2	22	-	-	8	43	10	65
AUSL 8 AR	3	41	3	31	10	30	16	102
AUSL 9 GR	5	32	2	14	8	22	15	68
AUSL 10 FI	10	95	5	39	9	27	24	161
AUSL 11 Emp.*	2	18	1	10	8	29	11	57
AUSL 12 Viar.	3	29	2	21	-	-	5	50
AV NO*	18	174	14	93	4	23	36	290
AV CE*	17	142	11	81	23	94	51	317
AV SE	10	95	5	45	26	95	41	235
TOSCANA	45	411	30	219	53	212	128	842

\*Nel flusso STD mancano alcune strutture.

\*\* Nel flusso STS sono presenti, impropriamente, alcune strutture.

Come possiamo osservare, i posti letto nelle strutture terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti risultano prevalenti, con un tasso di 12,9 x 100.000 residenti. Le strutture socio-riabilitative ad alta e bassa intensità assistenziale, nonostante una presenza più consistente sul territorio di strutture a bassa intensità, si presentano con valori del tutto simili di posti letto per 100.000 abitanti residenti, rispettivamente 6,9 per le strutture ad alta intensità e 6,7 per le strutture a bassa intensità.

Complessivamente, considerando ogni tipologia di struttura, in Toscana si registra un'offerta di 26,5 posti letto per 100.000 residenti (Tabella 8.2).

**Tabella 8.2**

**Posti letto per tipologia di assistenza erogata dalle strutture per Azienda Usl - Tasso per 100.000 residenti - Toscana 2011 - Fonte: RT su flusso STS 11-24**

Azienda USL	Terapeutico-riab.	Socio-riab. ad alta intensità	Socio-riab. a bassa intensità	Totale
AUSL 1MS*	11,4	4,6	-	16,0
AUSL 2 LU*	12,6	10,0	3,2	25,8
AUSL 3 PT*	3,2	2,0	10,5	15,7
AUSL 4 PO	10,1	13,0	5,8	28,8
AUSL 5 PI*	12,5	10,4	2,8	25,6
AUSL 6 LI	21,5	4,9	3,0	29,4
AUSL 7 SI**	9,5	-	18,5	28,0
AUSL 8 AR	13,8	10,5	10,1	34,4
AUSL 9 GR	16,3	7,1	11,2	34,60
AUSL 10 FI	13,6	5,6	3,9	23,0
AUSL 11 Emp.*	8,9	5,0	14,4	28,3
AUSL 12 Viar.	20,0	14,5	-	34,5
AV NO*	15,8	8,4	2,1	26,3
AV CE*	10,5	6,0	6,9	23,4
AV SE	13,1	6,2	13,1	32,4
TOSCANA	12,9	6,9	6,7	26,5
TOSCANA (media delle medie)	12,8	7,3	6,9	27,0

\*Nel flusso STD mancano alcune strutture.

\*\* Nel flusso STS sono presenti, impropriamente, alcune strutture.

Volendo procedere ad una analisi per singola Azienda USL è da sottolineare la mancata registrazione nel flusso STS di alcune strutture afferenti alle Aziende USL di Massa-Carrara, Lucca, Pistoia, Pisa ed Empoli, così come la presenza impropria di alcune strutture nel flusso relativo all'Azienda USL di Siena. Analisi successive alla correzione dei dati del flusso potranno pertanto offrire risultati differenti.

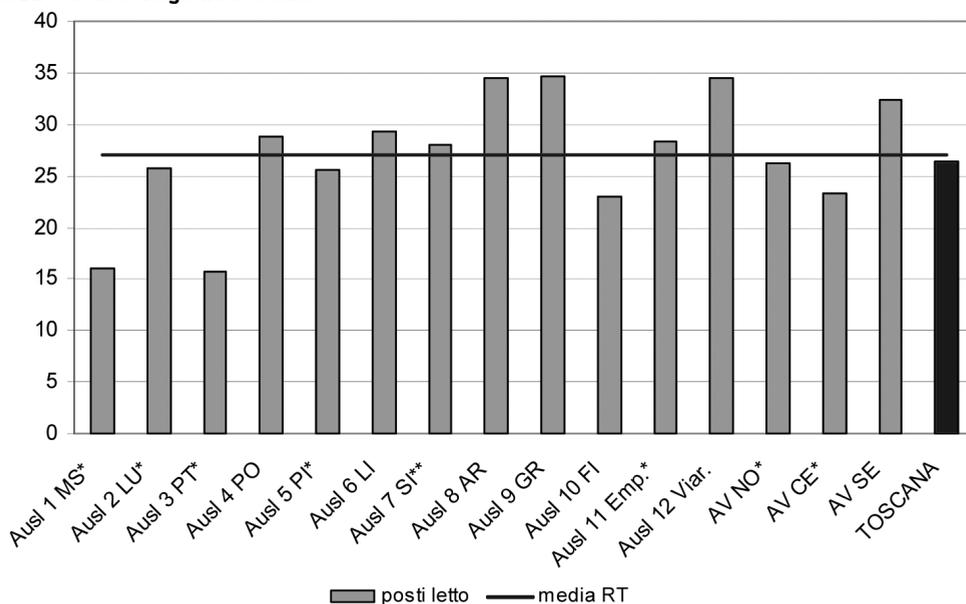
Come evidenziato dalla Figura 8.1, la maggior parte delle Aziende in cui viene segnalata la mancata registrazione di strutture, si collocano al di sotto della media regionale; la

mancata registrazione può quindi contribuire a spiegare, almeno parzialmente, tale risultato.

Le Aziende USL che, complessivamente, fanno registrare l'offerta maggiore di posti letto in strutture residenziali sono quelle di Arezzo, Grosseto e Viareggio. L'Area vasta Sud-est presenta un tasso più alto di posti letto per 100.000 residenti (32,4), rispetto all'Area vasta Nord-ovest (26,3) e all'Area vasta Centro (23,4).

Per una corretta lettura dell'informazione, va tenuto presente che le Aziende che hanno segnalato la mancata presenza di strutture nel flusso fanno parte delle Aree vaste Nord-ovest e Centro e che l'Azienda USL di Siena (Area vasta Sud-est) ha invece segnalato la presenza impropria di alcune strutture.

**Figura 8.1**  
Posti letto nelle strutture per Azienda USL e Area vasta - Tasso per 100.000 residenti - Toscana, 2011 - Fonte: Regione Toscana



\*Nel flusso STD mancano alcune strutture.

\*\* Nel flusso STS sono presenti, impropriamente, alcune strutture.

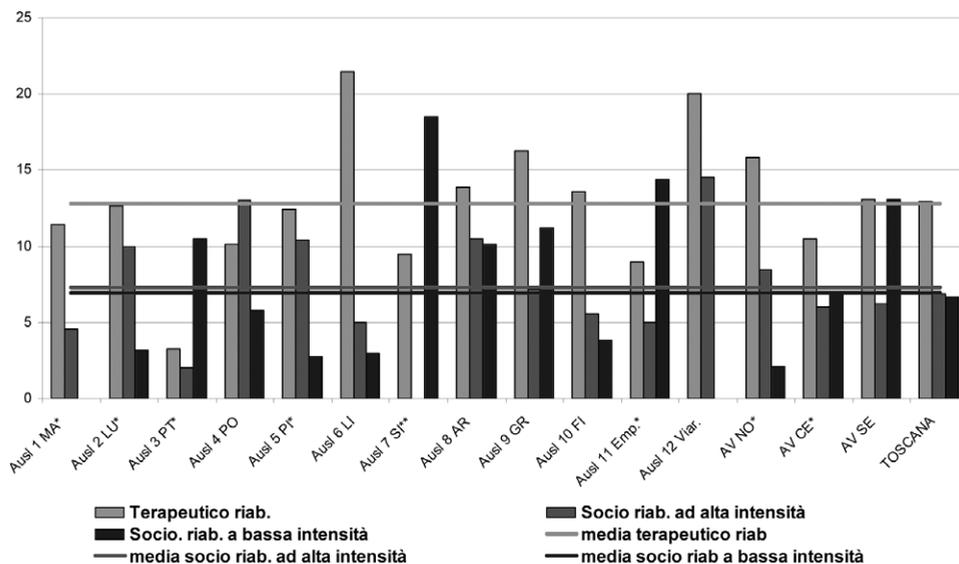
Analizzando la presenza di strutture nelle singole Aziende USL in relazione alla tipologia di assistenza in esse prestata (terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti e socio-riabilitative ad alta e bassa intensità), possiamo provare a rappresentare l'offerta residenziale aziendale.

Come mostra la Figura 8.2, esiste una notevole variabilità interaziendale riguardo alla disponibilità di posti letto nelle tre tipologie di strutture previste dalla regolamentazione toscana sulla base dei Livelli essenziali d'assistenza.

Tale variabilità tende a inficiare la valenza dei riferimenti alla media regionale, registrandosi picchi in alcune tipologie di strutture e dati bassissimi in altre, in modo difforme tra le Aziende.

**Figura 8.2**

**Posti letto nelle strutture per Azienda USL e Area vasta per tipologia di assistenza erogata - Tassi per 100.000 residenti - Toscana, 2011 – Fonte: RT su Flusso STS 11-24**



\*Nel flusso STD mancano alcune strutture.

\*\* Nel flusso STS sono presenti, impropriamente, alcune strutture.

Tale variabilità può essere dovuta sia alla diversa tipologia di domanda espressa dalla popolazione, sia alla particolare impostazione assistenziale espressa dai Dipartimenti di Salute mentale.

Un primo tentativo di valutazione delle strutture residenziali riguarda alcuni dati di attività che ci permettono di misurare l'utilizzo delle strutture stesse.

In questa sede si riportano gli indici di occupazione e di rotazione complessivi (non distinti per tipologia di assistenza) delle strutture residenziali suddivise per Azienda USL.

L'indice di occupazione è conosciuto anche come "tasso di utilizzo" ed è dato dal rapporto tra l'utilizzo effettivo della struttura, espresso dalle giornate di assistenza prestate in un periodo (ad esempio l'anno), e il potenziale della struttura, dato dal massimale di giorni di assistenza prestabili nello stesso periodo, sulla base dei posti letto della struttura. L'indice è espresso in forma di percentuale rispetto al potenziale della struttura.

L'indice di rotazione ci dà invece la misura dell'intensità d'uso dei posti letto, indicando il numero di pazienti che si sono alternati mediamente in ciascun posto letto. L'indice è dato dal rapporto tra il numero di utenti e il numero di posti letto della struttura.

In salute mentale la valenza dell'indice di rotazione può dare il senso della mobilità degli utenti ospitati in strutture, indicando la presenza di un *turnover* all'interno delle stesse, importante per contrastare l'istituzionalizzazione e la cronicizzazione.

Prima di procedere all'analisi degli indici, è necessario premettere che nelle Aziende USL di Lucca, Siena e Livorno sono da segnalare errori nella compilazione del flusso STS 24 e quindi i dati, soprattutto quelli afferenti alle giornate di assistenza prestate, rappresentano una sottostima di quelli reali.

Più in generale, come anticipato, la qualità del dato di attività delle strutture non è ottimale e la qualità degli indici ne è una diretta conseguenza.

In Toscana si registra un indice di occupazione delle strutture che erogano assistenza psichiatrica del 74,6% (74,8% se si considera la media delle Aziende USL) (Tabella 8.3 e Figura 8.3). La maggior parte delle Aziende che si collocano a valori inferiori sono quelle che segnalano errori nella compilazione del flusso.

**Tabella 8.3**

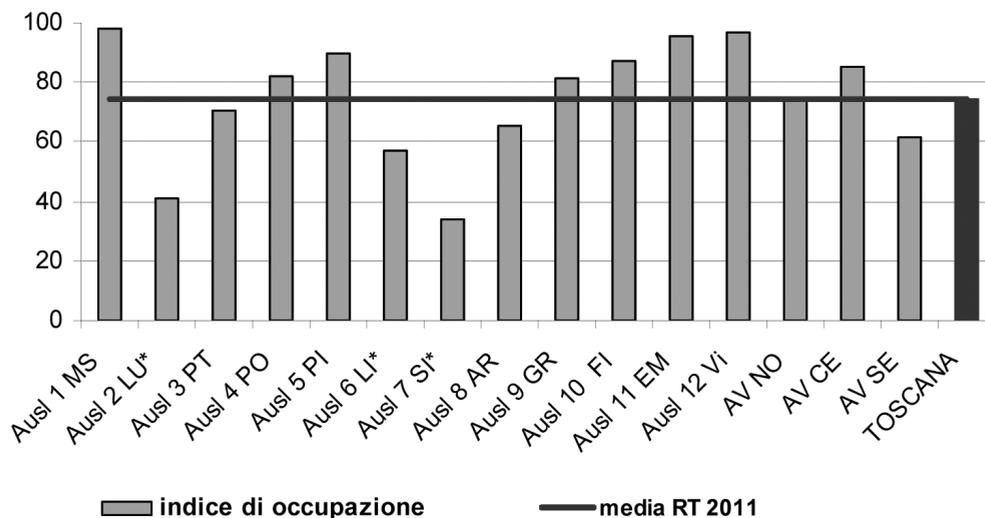
**Indice di occupazione (%) e indice di rotazione delle strutture residenziali per Azienda USL e Area vasta – Toscana 2011 – Fonte: RT su flusso STS 11-24**

Azienda USL	Indice di occupazione (%)	Indice di rotazione (%)
AUSL 1MS	97,8	1,1
AUSL 2 LU	41,3*	2,5
AUSL 3 PT	70,3	1,0
AUSL 4 PO	82,2	0,9
AUSL 5 PI	90,0	1,1
AUSL 6 LI	56,8*	0,9
AUSL 7 SI	34,2*	1,1
AUSL 8 AR	65,1	0,7
AUSL 9 GR	81,6	1,3
AUSL 10 FI	86,9	1,3
AUSL 11 Emp.	95,5	1,3
AUSL 12 Viar.	96,8	1,2
AV NO	73,5*	1,3
AV CE	87,1*	1,2
AV SE	61,3	1,0
TOSCANA	74,6	1,2
TOSCANA (media delle medie)	74,8	1,2

\* Errori di compilazione (soprattutto n. giornate di assistenza).

**Figura 8.3**

**Indice di occupazione delle strutture residenziali per Azienda USL e Area vasta (%) – Toscana 2011 – Fonte: RT su STS 11-24**



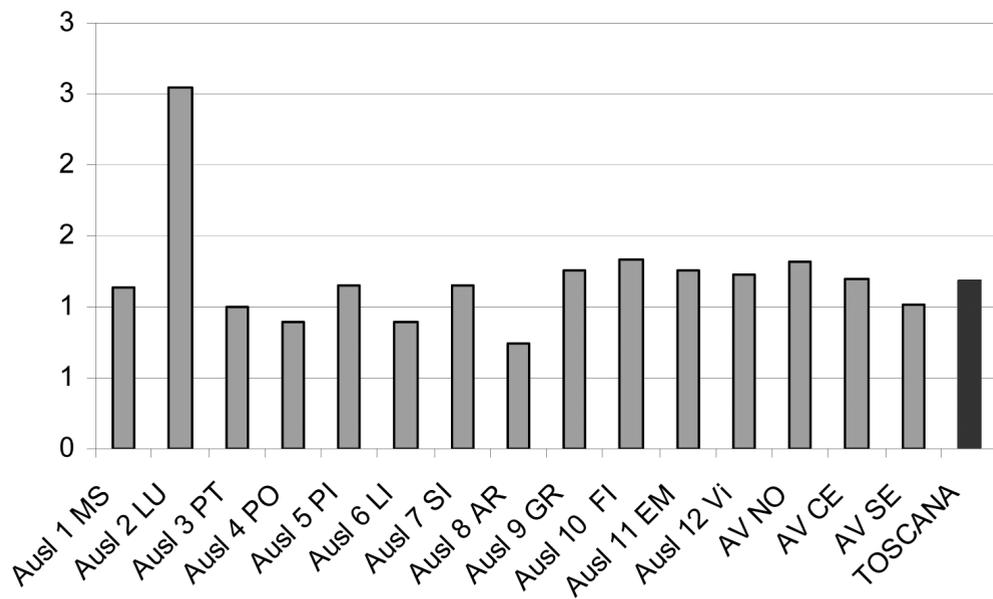
Per quanto riguarda l'indice di rotazione (Figura 8.4) si osservi come la maggior parte delle Aziende USL toscane si attesta sopra la soglia dell'unità, ciò significa che il numero di utenti che si avvicendano nella struttura è superiore al numero di posti letto della struttura stessa.

Il valore complessivo registrato in Toscana è di 1,2. L'indice di rotazione non esprime una notevole variabilità tra le Aziende, fatto salvo il dato di Lucca che raggiunge un valore di 2,5, soprattutto in conseguenza dei dati di attività di una struttura terapeutico-riabilitativa che registra un fortissimo *turnover* dei pazienti.

Come già evidenziato, le strutture residenziali integrate in un sistema di cura articolato e complesso rappresentano una parte del percorso riabilitativo che si inserisce in un più ampio disegno terapeutico e di reinserimento sociale.

È necessario porre attenzione alla qualificazione dell'intervento terapeutico-riabilitativo all'interno delle strutture residenziali a vario grado di assistenza ed evitare ricoveri impropri e/o immotivatamente prolungati. È importante altresì facilitare esperienze abitative supportate, in cui la persona possa sperimentare percorsi di autonomia.

Il monitoraggio sistematico dell'offerta residenziale e delle caratteristiche dell'attività di assistenza, che necessariamente richiede il miglioramento della qualità del dato disponibile e la realizzazione di analisi ad hoc, potrà consentire la promozione di un paradigma regionale di appropriatezza dell'assistenza residenziale.

**Figura 8.4****Indice di rotazione delle strutture residenziali per Azienda USL e Area vasta (%) – Toscana 2011**  
– Fonte: RT su STS 11-24



## Capitolo 9

# Il personale impiegato e la spesa per la salute mentale

*Marzia Fratti*

*Valentina Uvia Corridori*



## 9. Il personale impiegato e la spesa per la salute mentale

### 9.1 Il personale impiegato per la salute mentale

I presenti dati si riferiscono al personale dipendente e convenzionato delle Aziende USL e a quello afferente a servizi esternalizzati (personale esterno) e rappresentano, pertanto, un quadro piuttosto completo del personale che opera nell'ambito della salute mentale.

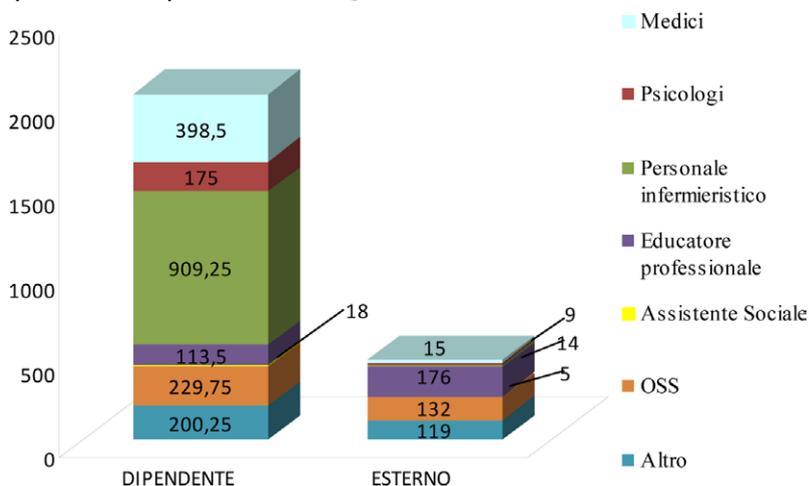
I dati relativi al personale dipendente provengono dalla rilevazione del Ministero delle finanze – Ragioneria generale dello Stato (Conto annuale), mentre quelli relativi al personale esterno da una specifica rilevazione del Settore Sistema informativo e tecnologie informatiche della Regione Toscana. È necessario premettere che non sono disponibili i dati del personale esterno delle Aziende USL di Pistoia, Prato e Viareggio.

Si ricorda, inoltre, che i dati fanno riferimento al personale “equivalente”, vale a dire calcolato attraverso la sommatoria ponderata del lavoro prestato a tempo pieno, part-time e convenzionato.

Dall'analisi emerge che il personale esterno rappresenta il 18,7% del totale del personale; tra il personale esterno la figura professionale più rappresentata è l'educatore professionale (176 unità) che, addirittura, risulta numericamente maggiore rispetto a quello dipendente (113,5 unità).

Il personale infermieristico, figura professionale numericamente predominante fra il personale dipendente (909,3 unità), risulta scarsamente rappresentata nei servizi esternalizzati (9 unità) (Figura 9.1).

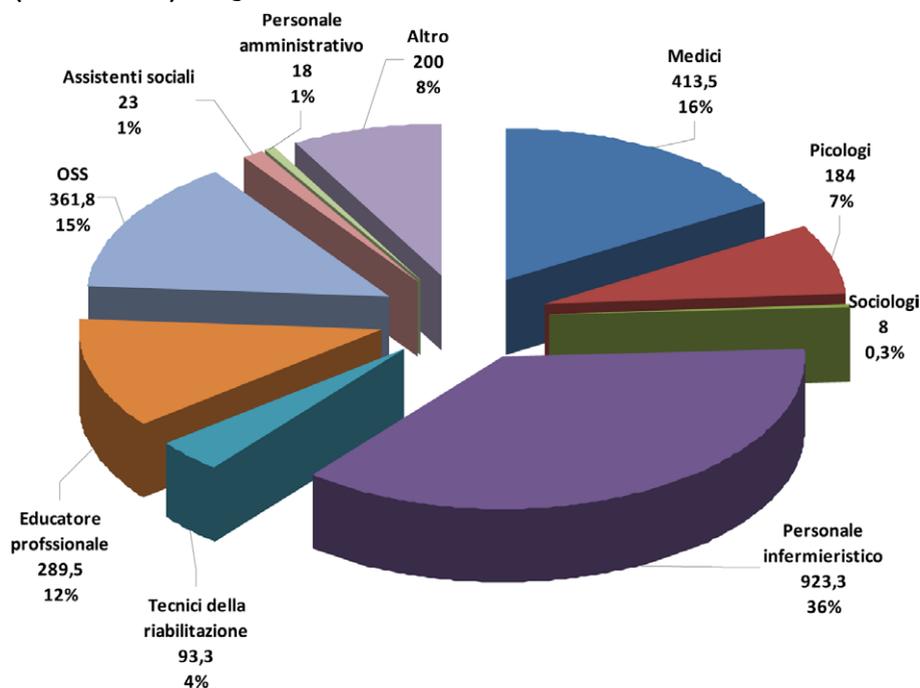
**Figura 9.1**  
Personale dipendente e personale dei servizi esternalizzati che opera nell'ambito della salute mentale - Toscana 2011 – Fonte: Ministero delle finanze – Ragioneria generale dello Stato (Conto annuale) e rilevazione Regione Toscana



Osservando la Figura 9.2 emerge la composizione per figure professionali del personale complessivo riferito all'anno 2011.

**Figura 9.2**

**Personale dipendente e personale dei servizi esternalizzati che opera nell'ambito della salute mentale - Toscana 2011 – Fonte: Ministero delle finanze – Ragioneria generale dello Stato (Conto annuale) e Regione Toscana**



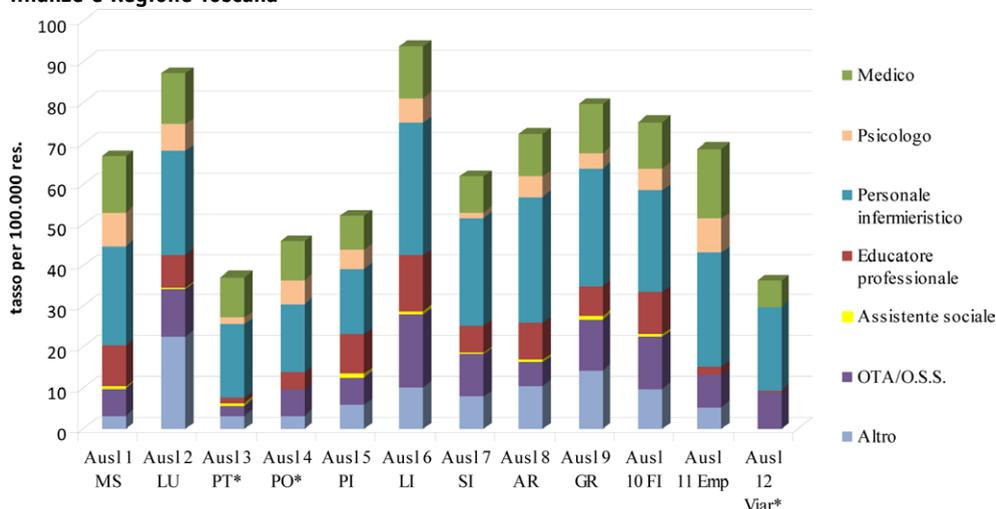
Il profilo professionale maggiormente rappresentato è quello infermieristico (36%), a seguire si trovano le figure del medico (16%), del tecnico addetto all'assistenza e dell'operatore socio-sanitario (OTA/OSS) (15%), dell'educatore professionale (12%), dello psicologo (7%), del tecnico della riabilitazione psichiatrica (4%), dell'assistente sociale (1%), dell'operatore amministrativo (1%) e infine del sociologo (0.3%).

Importante è la possibilità di rilevare l'effettiva presenza del profilo dell'educatore professionale all'interno dei servizi. Si conferma la necessità di porre attenzione all'impiego di quei profili professionali che esprimono competenze per l'abilitazione/riabilitazione e l'inclusione sociale (abitativa e lavorativa) delle persone con problemi di salute mentale.

La Figura 9.3 presenta il personale complessivo (dipendente ed esterno) per Azienda USL. La composizione del personale è abbastanza omogenea fra le Aziende e rispecchia il dato regionale.

**Figura 9.3**

**Personale dipendente e personale dei servizi esternalizzati che opera nell'ambito della salute mentale per Azienda USL – Tassi per 100.000 residenti - Toscana 2011 – Fonte: Ministero delle finanze e Regione Toscana**



\* Dato relativo al personale esterno non presente.

Nonostante la rilevazione debba essere integrata con i dati mancanti di alcune Aziende e sicuramente migliorata, i dati riportati offrono, per la prima volta, un quadro abbastanza completo del personale afferente alla salute mentale in Toscana, sia da un punto di vista quantitativo sia del ruolo professionale svolto.

## 9.2 La spesa per la salute mentale

Nell'anno 2011, la spesa regionale complessiva per la salute mentale è stata di 261.100.000 euro con un incremento, rispetto al 2010, di 4.026.000 euro che conferma il trend in ascesa osservato fin dal 2007, con una flessione registrata solo nel 2008 (Tabella 9.1).

Osservando l'andamento della spesa negli ultimi due anni, si nota come questo non sia omogeneo tra le Aziende sanitarie. Dal 2010 al 2011, in alcune Aziende si registrano variazioni percentuali negative, talvolta non significative, come nel caso dell'Azienda USL di Empoli, in altre più rilevanti, come nel caso delle Aziende USL di Massa-Carrara e Pisa (-5,96% e -11,55% rispettivamente), che avevano registrato negli anni precedenti aumenti di spesa.

Nelle restanti Aziende si registrano variazioni positive di varia entità, gli aumenti più consistenti si hanno nelle Aziende USL di Grosseto, Viareggio e Livorno; si consideri, però, che il forte aumento del dato di Grosseto è da attribuire al fatto che negli anni

precedenti si erano verificate criticità nella rilevazione del dato relativo al Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) che risultava nettamente sottostimato rispetto a quello reale. La soluzione del problema di rilevazione, rendendo disponibile il dato di spesa dell'SPDC, fa crescere il dato di spesa dell'Azienda e l'effetto di ciò va considerato anche rispetto al dato aggregato regionale.

**Tabella 9.1**

**Spesa per la salute mentale per Azienda USL (euro \*1.000 residenti) – Toscana 2007-2011**  
- Fonte: Regione Toscana - Settore Finanza, contabilità, controllo e investimenti - su modello ministeriale dei Livelli di assistenza (LA)

Azienda USL	Anni				
	2007	2008	2009	2010	2011
AUSL 1 MS	12.280	11.619	14.125	19.068	17.931
AUSL 2 LU	13.917	7.528	19.450	19.585	19.790
AUSL 3 PT	14.344	13.707	15.902	16.750	16.965
AUSL 4 PO	11.409	11.394	13.564	15.756	16.189
AUSL 5 PI	26.294	26.406	27.259	29.832	26.385
AUSL 6 LI	25.836	19.863	30.204	27.630	29.318
AUSL 7 SI	16.388	17.065	18.630	17.792	18.538
AUSL 8 AR	18.885	19.066	20.811	20.418	21.429
AUSL 9 GR	15.333	13.776	10.677	11.386	13.825
AUSL 10 FI	59.930	34.290	51.281	52.231	53.559
AUSL 11 Emp.	14.280	13.593	16.611	15.256	15.051
AUSL 12 Viar.	11.021	8.025	13.475	11.370	12.120
<b>Totale</b>	<b>239.917</b>	<b>196.332</b>	<b>251.989</b>	<b>257.074</b>	<b>261.100</b>

Passando ad analizzare la spesa procapite per Azienda, è possibile effettuare un'analisi sul potenziale di risposta dei servizi di salute mentale ai bisogni della popolazione.

Come si evince dalla Figura 9.4, l'andamento del dato di spesa procapite per Azienda mostra, dal 2010 al 2011, una leggera flessione nell'Azienda USL di Empoli, mentre nell'Azienda USL di Massa-Carrara e nell'Azienda USL di Pisa la diminuzione risulta molto più marcata raggiungendo, in quest'ultima il livello di spesa procapite più basso registrato negli ultimi anni. Si consideri che la maggior quota della diminuzione della spesa nell'Azienda USL di Pisa è riferita all'SPDC e non ai servizi territoriali e residenziali.

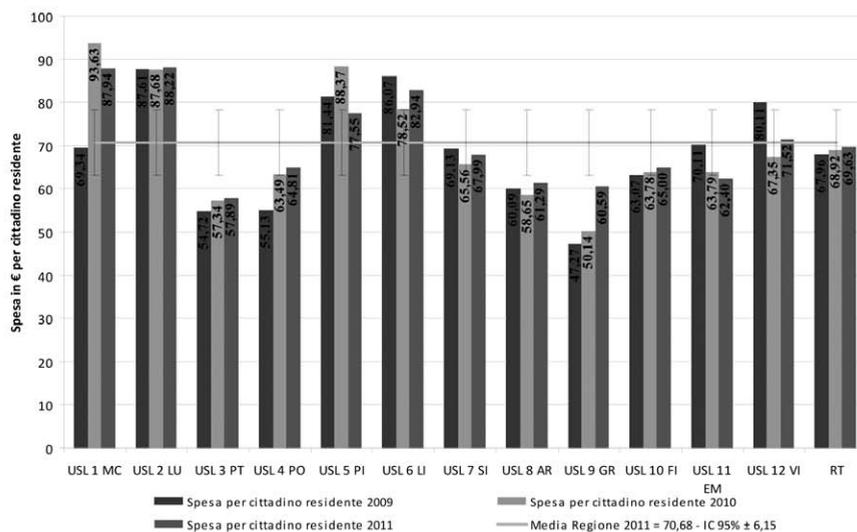
È da tenere presente che, mentre le Aziende USL di Massa-Carrara e Pisa, nonostante la diminuzione, si collocano sempre al di sopra della media regionale, per l'azienda USL di Empoli la diminuzione di spesa determina l'uscita, seppur di poco, della media regionale.

Le restanti Aziende registrano aumenti di entità variabile, tendenzialmente bassi, salvo, per i motivi suddetti, l'Azienda USL di Grosseto, che rimane comunque al di sotto della media regionale.

I livelli di spesa procapite più alti si registrano nell'Area vasta Nord-ovest.

**Figura 9.4**

**Spesa procapite per la salute mentale per Azienda USL – Toscana 2011 - Fonte: Regione Toscana - Settore Finanza, contabilità, controllo e investimenti - su modello ministeriale dei Livelli di assistenza (LA)**



Rispetto al totale della spesa sanitaria regionale, l'andamento della spesa per i servizi di salute mentale presenta, negli ultimi 5 anni, alcune fluttuazioni, collocandosi nel 2011 al 3,4% del totale. Le variazioni della percentuale di spesa non sono univoche tra le Aziende USL (Tabella 9.2).

**Tabella 9.2**

**Valore percentuale della spesa sanitaria per la salute mentale rispetto al valore totale della spesa sanitaria regionale per Azienda USL – Toscana 2007-2011 – Regione Toscana - Settore Finanza, contabilità, controllo e investimenti - su modello ministeriale dei Livelli di Assistenza (LA)**

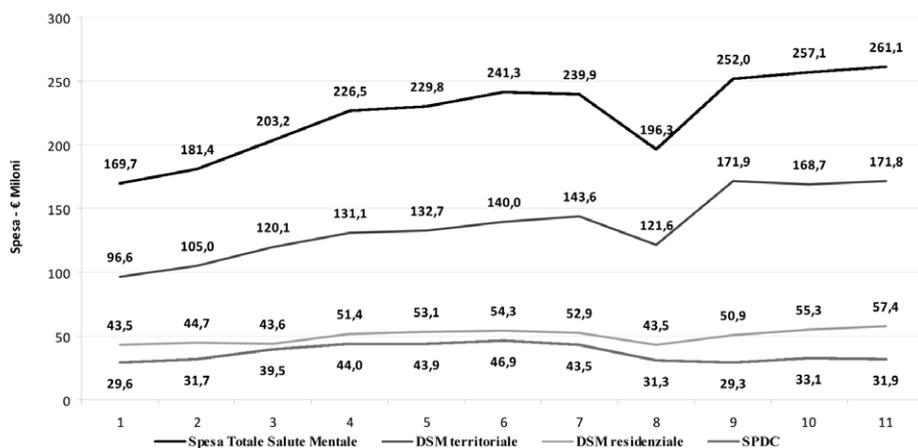
Azienda USL	2007	2008	2009	2010	2011
Ausl 1 MS	3,6	3,2	4,0	4,4	3,9
Ausl 2 LU	3,3	3,1	4,4	4,4	4,3
Ausl 3 PT	3,3	3,2	3,3	3,2	3,4
Ausl 4 PO	3,1	3,1	3,4	3,9	4,0
Ausl 5 PI	4,9	5,0	5,1	5,0	4,9
Ausl 6 LI	4,5	4,4	4,9	4,5	4,7
Ausl 7 SI	3,9	4,1	4,1	4,0	4,2
Ausl 8 AR	3,5	3,7	3,5	3,4	3,6
Ausl 9 GR	3,9	4,0	2,6	2,7	3,3
Ausl 10 FI	4,3	2,5	3,5	3,5	3,4
Ausl 11 Emp.	4,1	4,0	4,3	3,9	3,9
Ausl 12 Viar.	4,2	4,6	4,9	3,9	4,2
<b>Toscana</b>	<b>3,7</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>3,4</b>

### 9.3 L'andamento delle componenti interne della spesa per la salute mentale

Per comprendere in maniera più precisa la tipologia dell'offerta dei servizi di salute mentale in Toscana, è necessario analizzare la composizione interna della spesa. Di seguito viene esplicitata la quota di spesa imputabile ai Servizi di assistenza territoriale (ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale), agli SPDC e infine alle strutture residenziali (Figura 9.5).

**Figura 9.5**

**Andamento della spesa per la salute mentale: totale, territoriale, residenziale e per SPDC - Toscana 2009-2011 - Fonte: Regione Toscana - Settore Finanza, contabilità, controllo e investimenti - su modello ministeriale dei Livelli di assistenza (LA)**



I dati disaggregati di spesa per l'anno 2011 indicano un incremento della quota destinata ai servizi territoriali che, dopo una leggera flessione nell'anno 2010, si colloca nuovamente al livello del 2009, anno in cui aveva registrato una forte crescita rispetto al periodo precedente.

Le risorse destinate all'SPDC vedono invece, nel 2011, una diminuzione rispetto al 2010, sebbene rimangano al di sopra del dato registrato nel 2009. Il dato di spesa del 2011, e più in generale del periodo 2008-2011, è comunque molto inferiore a quello registrato negli anni dal 2003 al 2007 e l'entità della differenza è tale da non poter essere imputata alla parzialità del dato di spesa per l'SPDC di Grosseto nel 2009 e nel 2010.

La spesa relativa alle strutture residenziali, sebbene con alcune variazioni di segno opposto negli anni, è in aumento.

## I precedenti numeri della collana dei Documenti ARS

- 67) *Il profilo di salute degli anziani in Toscana* (settembre 2012)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 66) *Indagine europea sui consumi alcolici e sui possibili danni ad essi correlati: rapporto sullo studio Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles - SMART* (agosto 2012) Osservatorio di Epidemiologia
- 65) *Gli anziani in Toscana con ictus e frattura di femore: epidemiologia, ospedalizzazione e riabilitazione* (aprile 2012)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 64) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani - I risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008 - 2011* (dicembre 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 63) *L'epidemiologia della salute mentale* (novembre 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 62) *La demenza in Toscana* (settembre 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 61) *La fase pilota del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana"* (luglio 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 60) *L'epidemiologia degli incidenti balneari in Toscana* (giugno 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 59) *Individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità* (giugno 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 58) *Immigrazione e salute in Toscana* (giugno 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 57) *La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: i progetti pilota* (aprile 2011) Osservatorio di Epidemiologia
- 56) *Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana* (febbraio 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia

- 55) *Progetto CORIST-TI - Controllo del rischio infettivo in Sanità in Toscana - Terapia Intensiva* (dicembre 2010)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 54) *Implantologia protesica dell'Anca in Toscana - Indicatori di attività e qualità dell'assistenza* (dicembre 2009 - aggiornato a ottobre 2010)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 53) *Dossier EBP e obesità* (novembre 2010)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 52) *Polmonite acquisita in ospedale (HAP) e Polmonite da ventilazione assistita (VAP)* (dicembre 2009 - aggiornato a novembre 2010)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 51) *Qualità, Equità e Sicurezza in RSA - Un Progetto regionale in Toscana* (dicembre 2009 - aggiornato a luglio 2010)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 50) *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS* (dicembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 49) *L'epidemiologia degli incidenti stradali in Toscana* (dicembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 48) *La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana* (dicembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 47) *Progetto SAPerE - Fase 2 - Rapporto finale di ricerca* (dicembre 2009)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 46) *III Convegno nazionale sul monitoraggio degli incidenti stradali* (dicembre 2009) Osservatorio di Epidemiologia
- 45) *Nascere in Toscana - Anni 2005-2007* (novembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 44) *Guida, bevande alcoliche e traumi stradali nei pronto soccorso dell'area fiorentina* (ottobre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 43) *La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e adolescenza* (febbraio 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia

- 42) *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro* (dicembre 2008)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 41) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT* (novembre 2008)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 40) *Il Progetto SPerE - Fase II. Strumenti e metodi di lavoro: risultati preliminari (Workshop Summary)* (luglio 2008)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 39) *Malattie croniche degli anziani in Toscana: stime di popolazione attuali e proiezioni future* (giugno 2008)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 38) *Indicatori per le cure sanitarie* (aprile 2008)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 37) *I ricoveri pediatrici in Toscana* (dicembre 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 36) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Chirurgia dell'anca - Rapporto RIPO-T* (dicembre 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 35) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Cardiocirurgia - Rapporto 1997-2005* (dicembre 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 34) *Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza* (giugno 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 33) *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida - Volume I - Manuale d'uso per le aziende* (luglio 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 32) *Progetto SPerE - Il percorso di cura dell'ictus nelle parole dei pazienti e dei loro familiari* (giugno 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 31) *Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al Catetere Venoso centrale (CVC)* (maggio 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità

- 30) *Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto* (maggio 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 29) *L'epidemiologia dell'AIDS in Toscana* (aprile 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 28) *Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico - La ricerca PROGRES-Acuti* (marzo 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 27) *Valutazione Economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili* (marzo 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 26) *Atti II Workshop nazionale - Osservatori per gli incidenti stradali: dai dati alle azioni* (gennaio 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 25) *Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS* (gennaio 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 24) *L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore* (giugno 2006)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 23) *La Cardiologia Interventistica in Toscana* (maggio 2006)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 22) *La Cardiocirurgia in Toscana* (maggio 2006)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 21) *Nascere in Toscana - Anni 2002-2004* (febbraio 2006)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 20) *Dossier Fidippide - Valutazione di efficacia del Programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni* (dicembre 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 19) *Registro regionale toscano dell'infarto miocardico acuto - Primo rapporto* (ottobre 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 18) *Lo stato delle tossicodipendenze in Toscana* (ottobre 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia

- 17) *Mortalità per traumatismi e avvelenamenti in Toscana* (settembre 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 16) *Assistenza di fine vita e cure palliative* (maggio 2005)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 15) *L'infortunistica stradale in Toscana* (maggio 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 14) *Analisi di bilancio delle AUSL toscane 1998-2002* (aprile 2005)  
Osservatorio di Economia sanitaria
- 13) *L'alcol in Toscana. Tra moderazione ed eccesso* (aprile 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 12) *Il Percorso Nascita - Risultati dello studio in Toscana* (marzo 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 11) *Ricoverarsi a Firenze. La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità*  
(settembre 2004)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 10) *Indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani* (agosto 2004)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 9) *Nascere in Toscana - Anno 2001* (maggio 2004)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 8) *Medicine Non Convenzionali in Toscana Progetto di studio* (ottobre 2003)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 7) *La Cardiologia Invasiva in Toscana - I* (luglio 2003)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 6) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Dialisi* (giugno 2003)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 5) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Gestione Tecnologie Sanitarie* (giugno 2003)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 4) *Valutazione di impatto sanitario del Piano provinciale di gestione dei rifiuti urbani e assimilati ATO N. 6. Fase di screening - I* (maggio 2003)  
Osservatorio di Epidemiologia

- 3) *La Neurochirurgia in Toscana* (aprile 2003)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 2) *La Cardiocirurgia in Toscana - I* (dicembre 2002)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 1) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana* (settembre 2002)  
Osservatorio di Epidemiologia