



Focus della Società italiana di epidemiologia psichiatrica: servizi a macchia di leopardo

# Salute mentale, cure a rischio

Il punteggio più alto all'ospedale di Bolzano - Tso: primato alla Sicilia

La connotazione territoriale e comunitaria della psichiatria italiana è chiaramente esplicitata negli atti normativi e nei documenti di programmazione nazionali e regionali. Anche la componente ospedaliera dei Dipartimenti di Salute mentale, costituita dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, è stata riformata - ben prima del Dm 70/2015 - prevedendo un numero di posti letto non superiore a 15 e un rapporto tendenziale posto-letto/popolazione adulta residente pari a 1/10.000.

Ciononostante, la differente operatività dei sistemi di cura per la salute mentale nei contesti territoriali e ospedalieri non è mai stata sistematicamente valutata nelle diverse Regioni italiane. La recente pubblicazione dei dati del Sistema informativo Salute mentale (ministero Salute, 2016) e l'elaborazione di indicatori di struttura e di processo su base regionale, condotta dalla Società italiana di Epidemiologia psichiatrica (Starace et al., 2017), ha consentito la costruzione di due Indici sintetici per caratterizzare l'Assistenza psichiatrica ospedaliera/residenziale (centrata sul posto-letto) e l'Assistenza psichiatrica territoriale (centrata nella comunità) in ciascuna Regione.

## Metodo

Gli indicatori usati (*i tassi sono calcolati prendendo come riferimento la popolazione residente per Regione al 1° gennaio 2015*) per la costruzione dei due Indici sono riportati di seguito (v. tabella 1).

L'indicatore relativo al numero di utenti presenti in strutture residenziali è stato considerato all'interno dell'Indice di Assistenza ospedaliera/residenziale, per dar conto del fenomeno di trans-istituzionalizzazione descritto da Priebe et al. (2005).

I valori riportati in ciascuna Regione agli indicatori specifici sono stati rielaborati e ricondotti a punteggi proporzionali compresi tra 0 e 100, do-

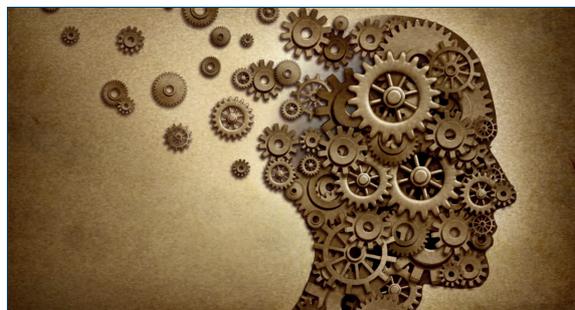


Tabella 2

Punteggi per il calcolo dell'Indice di Assistenza ospedaliera/residenziale				
Regioni	Dimissioni ospedaliere	Tasso Tso	Accessi in Ps	Presenti in strutture residenziali (1)
Piemonte	52,8	40,3	76,0	35,8
Valle d'Aosta	70,4	97,0	46,0	41,5
Lombardia	51,5	26,0	100,0	38,4
Pa Bolzano	100,0	0,0	57,4	41,5
Pa Trento	38,2	25,8	24,5	24,0
Veneto	66,0	26,8	35,5	30,1
Friuli V.G.	0,0	7,6	32,4	18,6
Liguria	91,9	34,0	55,3	71,7
Emilia R.	60,4	84,7	41,9	100,0
Toscana	49,9	32,9	51,7	23,4
Umbria	12,2	60,5	73,0	67,7
Marche	52,9	60,3	29,0	60,9
Lazio	32,4	43,4	33,9	70,2
Abruzzo	53,6	44,7	26,1	25,3
Molise	46,3	48,7	0,0	33,7
Campania	8,0	58,9	46,1	8,6
Puglia	32,5	64,7	60,8	42,3
Basilicata	36,7	17,6	33,8	40,1
Calabria	29,7	65,8	35,2	0,0
Sicilia	65,2	100,0	60,1	33,2
Sardegna	38,8	74,1	47,7	41,5

(1) Per mancato invio dei dati, il punteggio dell'indicatore "Presenze strutture residenziali" per le Regioni Valle d'Aosta, Pa Bolzano e Sardegna è stato convenzionalmente calcolato come media dei restanti punteggi

ve il valore 100 è assegnato all'indicatore con punteggio maggiore e valore 0 a quello col punteggio minore. In entrambe le aree il punteggio to-

ale è stato calcolato sulla somma dei punteggi ai singoli indicatori.

L'Indice di Assistenza ospedaliera/residenziale e

quello di Assistenza territoriale sono stati calcolati sommando i punteggi ottenuti da ciascuna Regione agli indicatori selezionati.

La posizione delle diverse Regioni è stata infine rappresentata graficamente in relazione alle due dimensioni individuate.

Tabella 1

1. Assistenza ospedaliera/residenziale	2. Assistenza territoriale
a) Dimissioni ospedaliere (in regime ordinario) da reparto di psichiatria, Tassi x 10.000 ab. - 2015	a) Incidenza trattata nei Dsm x 10.000 ab. - 2015
b) Tassi di Tso x 100.000 ab. - 2015	b) Prevalenza trattata nei Dsm x 10.000 ab. - 2015
c) Accessi in Ps per motivi psichiatrici x 100.000 ab. - 2015	c) Prestazioni per utente erogate in strutture territoriali - 2015
d) Utenti presenti in strutture residenziali psichiatriche x 10.000 ab. - 2015	d) Visita entro 14 gg dalla dimissione ospedaliera o residenziale - 2015

Tabella 3

Punteggi per il calcolo dell'Indice di Assistenza territoriale (1)				
Regioni	Prevalenza trattata	Incidenza trattata	Prestazioni per utente	Continuità assistenziale
Piemonte	57,1	30,9	24,3	31,5
Valle d'Aosta	50,5	32,1	24,4	27,7
Lombardia	70,3	5,4	26,5	34,1
Pa Bolzano	50,5	32,1	24,4	27,7
Pa Trento	59,4	16,8	26,7	100,0
Veneto	36,4	26,9	0,0	0,0
Friuli V.G.	9,0	70,3	100,0	75,0
Liguria	68,9	85,6	26,9	17,9
Emilia R.	100,0	45,7	62,8	47,4
Toscana	2,8	0,0	53,7	33,9
Umbria	58,3	20,3	30,3	0,0
Marche	52,2	2,4	24,9	23,8
Lazio	31,5	42,2	21,6	0,0
Abruzzo	35,4	25,1	7,9	0,4
Molise	58,5	28,9	32,6	70,5
Campania	32,3	15,0	15,6	41,1
Puglia	61,0	37,8	25,2	29,1
Basilicata	0,0	8,5	5,0	0,0
Calabria	54,7	100,0	17,7	19,2
Sicilia	80,1	53,7	13,3	15,9
Sardegna	50,5	32,1	24,4	27,7

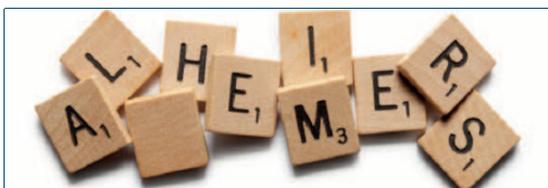
(1) Per mancato invio dei dati, il punteggio degli indicatori relativi all'assistenza territoriale per le Regioni Valle d'Aosta, Pa Bolzano e Sardegna è stato convenzionalmente calcolato come media dei restanti punteggi

## Risultati

Il punteggio più elevato all'indicatore dimissioni ospedaliere è quello della Pa di Bolza-

## FOCUS SULLA MALATTIA IN OCCASIONE DELLA GIORNATA MONDIALE

# Alzheimer in cerca di comunità amiche



Una piaga da mille miliardi di dollari, che ogni 3 secondi colpisce una persona nel mondo e che, guardando all'Italia, affligge 1,2 milioni di individui, destinati a crescere a ritmo galoppante: si stima che diventeranno 1,6 milioni nel 2030 e 2,2 nel 2050. A 110 anni dalla scoperta, il morbo di Alzheimer, la principale causa di demenza (il 50-60% dei casi), è ancora un fortino inespugnabile. Cioè, non si può curare. All'appuntamento con la Giornata mondiale dedicata alla malattia, che si celebra da 24 anni ogni 21 settembre, il mondo - e l'Italia - si presentano puntualmente come un bicchiere mezzo vuoto.

L'ultimo nuovo trattamento farmacologico è stato lanciato più di dieci anni fa e soltanto 29 su 194 Stati - la metà dei quali in Europa - ha sviluppato un piano sulla demenza. L'Italia ha approvato il suo, ma senza destinarvi neanche un euro. Eppure, proprio il drammatico sotto finanziamento della ricerca e dell'innovazione è tra i temi a cui il Piano Globale contro la demenza, adottato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) a maggio scorso, chiede di correre ai ripari. Mentre la federazione Alzheimer's Disease International raccomanda ai Governi di destinare almeno l'1% del costo globale della demenza alla ricerca.

**Lo stato dell'arte.** Non siamo all'anno zero: «Sono stati fatti molti progressi nelle conoscenze che non si sono ancora tradotti in farmaci clinicamente utili, ma che sono la base necessaria per lo sviluppo futuro», spiega Stefano Govoni, ordinario di Farmacologia a Pavia.

E, di certo, non c'è solo la terapia farmacologica: «L'uso degli interventi non farmacologici, non riflette un banale buonismo volontaristico - avvisa ancora Govoni - ma è stato verificato in studi controllati. Una adeguata letteratura scientifica prova il valore per la prevenzione e per la terapia di una corretta alimentazione, di una adeguata attività fisica, di

## Rappresentazione spaziale delle Regioni sulla base dei due Indici di Assistenza

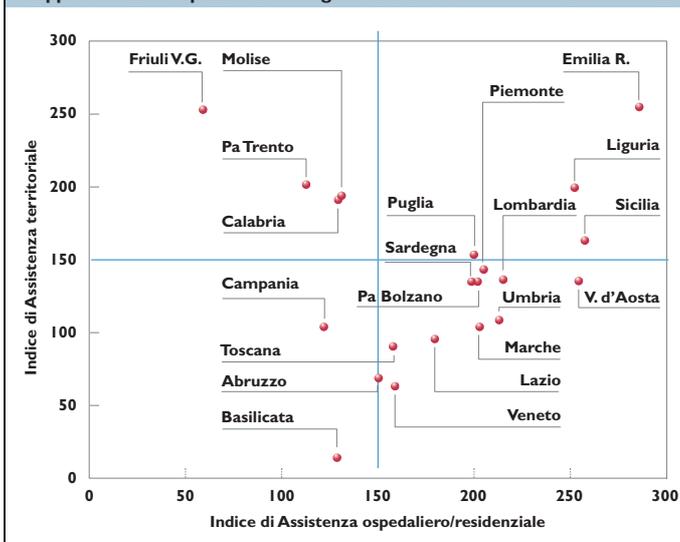


Tabella 4

Indice di Assistenza ospedaliero/residenziale: ranking per Regioni		Indice di Assistenza territoriale: ranking per Regioni	
Regioni	Indice	Regioni	Indice
Emilia Romagna	287,0	Emilia Romagna	255,8
Sicilia	258,5	Friuli V.G.	254,2
Valle d'Aosta	254,9	Pa Trento	202,8
Liguria	253,0	Liguria	199,3
Lombardia	215,9	Calabria	191,6
Umbria	213,4	Molise	190,5
Piemonte	204,8	Sicilia	163,0
Marche	203,1	Puglia	153,1
Sardegna	202,1	Piemonte	143,8
Puglia	200,3	Lombardia	136,2
Pa Bolzano	198,8	Valle d'Aosta	134,3
Lazio	179,8	Pa Bolzano	134,3
Veneto	158,5	Sardegna	134,3
Toscana	157,9	Umbria	108,8
Abruzzo	149,7	Campania	103,9
Calabria	130,7	Marche	103,3
Molise	128,7	Lazio	95,3
Basilicata	128,2	Toscana	90,4
Campania	121,6	Abruzzo	68,7
Pa Trento	112,4	Veneto	63,3
Friuli V.G.	58,5	Basilicata	13,5

no, mentre il punteggio minore (corrispondente al più basso tasso di ospedalizzazioni presso reparti di psichiatria) è della Regione Friuli Venezia Giulia.

Per i Tso, il punteggio più alto (corrispondente al più elevato tasso di Tso) si rileva nella Regione Sicilia, quello più basso nella Pa di Bolzano.

La Regione Lombardia presenta una maggiore frequenza di accessi ai Ps per motivi psichiatrici, a segnalare frequenza più elevata di con-

un opportuno controllo delle comorbidità».

**Risorse col contagocce e prime azioni strategiche.** Se sul fronte delle risorse siamo quasi al palo, sulle altre priorità indicate a livello mondiale dall'Oms si comincia a muovere i primi passi: diagnosi e trattamento, sostegno ai caregiver, sistemi informativi, riduzione del rischio, classificazione della demenza come priorità di salute pubblica sono tematiche affrontate quotidianamente dagli addetti ai lavori. Ma ancora lontane dalle strategie di salute pubblica. E poiché mancano farmaci efficaci, è sulla lotta allo stigma e sull'inclusione che le associazioni si

concentrano. In prima linea, Federazione Alzheimer Italia, che riunisce 47 realtà in Italia. «Abbiamo potenziato le azioni di sensibilizzazione - avvisa la presidente **Gabriella Salvini Porro** - avviando il progetto Comunità amiche delle persone con demenza, partito ad Abbiategrosso, alle porte di Milano, e oggi replicato in altre sei città».

**Le comunità "amiche" dei malati di Alzheimer.** In campo, strategie friendly rispetto ai pazienti e alle loro famiglie. Giovinazzo, Val Pellicce, Conegliano, Scanzorosciate, Albino e Tradate: queste le comunità che guardano al progetto pilota di Abbiategrosso e puntano a creare

una rete di cittadini consapevoli della malattia, che sappiano come rapportarsi alla persona con demenza per farla sentire a proprio agio nella sua comunità, migliorando la qualità di vita. Il punto di partenza, ad Abbiategrosso, è stato valutare le necessità delle famiglie, quasi sempre a rischio isolamento e impoverimento. Per questo ad Abbiategrosso sono stati distribuiti questionari, sia ai familiari che ai malati, per promuovere la loro partecipazione e mettere a fuoco le principali difficoltà nella vita quotidiana.

L'impossibilità di "tornare a vivere" e a reintegrarsi nella comunità, sia per i pazienti che per i careg-

ver, è stata affrontata cominciando a formare le categorie che nella comunità rivestono un ruolo chiave per il muoversi in città.

Vigili urbani, commercianti, personale della biblioteca e associazioni di volontariato in prima linea - ma toccherà anche a scuole e altri uffici pubblici - sono stati formati da psicologi e medici della Federazione Alzheimer Italia.

Un impegno dal costo estremamente ridotto, ma capace di far circolare nella comunità un nuovo approccio alla malattia.

**Italia fanalino di coda per innovazione nel G7.** Non solo di risorse economiche, ma anche di strategie e

ricette innovative nell'approccio alla malattia c'è gran bisogno.

Lo dimostra il Dementia Innovation Readiness Index, lanciato a Kyoto ad aprile scorso: questo strumento di valutazione dell'innovazione nel trattamento, prevenzione e assistenza della demenza nei Paesi G7 mostra infatti risultati drammatici. «L'Italia - commenta Salvini Porro - tra i sette Paesi più evoluti del pianeta, si colloca purtroppo all'ultimo posto nell'approccio d'avanguardia alla malattia di Alzheimer».

Barbara Gobbi

## LA PRESENTAZIONE AL SENATO

## Un Ddl per rilanciare la legge Basaglia

Quasi 40 anni dalla riforma Basaglia, è stato presentato al Senato un disegno di legge che punta a rilanciare i contenuti della legge 180, che ha rivoluzionato il concetto stesso di salute mentale nel nostro Paese. «L'obiettivo è rivitalizzare l'attenzione al tema da parte di tutte le istituzioni e far sì che i cittadini possano recuperare speranza e fiducia - ha dichiarato **Nerina Dirindin** (Art. 1-Mdp), prima firmataria del Ddl AS 2850 - È una proposta che nasce dal contributo di tantissime associazioni e professionisti che si occupano di questi temi. La legge Basaglia nacque grazie anche alla spinta di un movimento diffuso di persone. Se adesso riuscissimo a ridestare una nuova attenzione alla salute mentale potrebbe tornare una stagione simile a quella che diede vita a quella legge straordinaria». «Il Ddl è il risultato di un lavoro che ha coinvolto molti soggetti - ha spiegato il senatore **Luigi Manconi** - Dal confronto è nata una lunga discussione che ha cercato di fare tesoro di tutte le esperienze, anche e soprattutto di quelle del dolore». Il Ddl si com-

pone di quattro capi e 18 articoli. Prevede un **Piano nazionale per la salute mentale** con interventi, azioni e strategie per la promozione della salute mentale, la prevenzione del disagio e dei disturbi, la riduzione dello stigma, il contrasto della discriminazione e delle violazioni dei diritti umani e delle libertà fondamentali. Disciplina l'articolazione sul territorio dei servizi su base dipartimentale, individua le figure professionali che operano nei servizi, adotta forme di partecipazione dei cittadini, garantendo prossimità rispetto alle comunità di riferimento. Il testo contiene esplicite disposizioni dedicate al trattamento della crisi e dell'urgenza. L'articolo 10 in particolare rende esplicito il divieto di praticare la contenzione meccanica in psichiatria. Previsto un raccordo tra i Dsm, gli istituti di pena e le Rems, con l'obiettivo di fornire opzioni di assistenza psichiatrica personalizzata alle persone con disturbo mentale che hanno commesso un reato. Sono previsti finanziamenti per il personale, la formazione e la riqualificazione dei luoghi di cura. (L.Va)

dizioni psichiatriche non intercedute dai servizi territoriali di salute mentale; il Molise si colloca all'estremo opposto.

Infine, il numero di persone presenti in strutture residenziali psichiatriche è più elevato in Regione Emilia Romagna; si attesta sul valore minimo in Regione Calabria (v. tabella 2).

Il punteggio più elevato all'indicatore prevalenza trattata è quello della Regione Emilia-Romagna e corrisponde al più alto tasso di trattamento presso strutture territoriali, confermando un'ampia copertura dei servizi territoriali per la salute mentale; il punteggio minore è della Regione Basilicata. Per quanto concerne l'incidenza, ovvero i nuovi casi trattati durante l'anno, il punteggio più alto si rileva nella Regione Calabria, quello più basso in Umbria.

Il Friuli Venezia Giulia è la Regione che eroga il numero maggiore di prestazioni per utente; il Veneto si colloca all'estremo opposto.

Infine, il numero di persone con visita psichiatrica territoriale entro 14 giorni dalla dimissione ospedaliera è più elevato nella Pa di Trento a segnalare la migliore continuità delle cure successive al ricovero; si attesta sul valore minimo in Regione Basilicata (v. tabella 3).

L'Indice di Assistenza ospedaliero/residenziale, calcolato sommando i punteggi ottenuti da ciascuna Regione agli indicatori selezionati, mostra che le Regioni caratterizzate da una maggiore assistenza osped-

aliera/residenziale sono, nell'ordine, Emilia-Romagna, Sicilia, Valle d'Aosta e Liguria, con punteggi superiori a 250. Il Friuli Venezia Giulia si distacca in modo netto dal resto delle Regioni, con un punteggio pari a 58,5 che conferma un deciso orientamento alla de-ospedalizzazione delle cure.

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, la Regione Emilia-Romagna e il Friuli Venezia Giulia mostrano i punteggi più elevati, indicativi di una maggiore capacità di gestione dell'assistenza da parte dei servizi territoriali di salute mentale. La Regione Basilicata, con un punteggio pari a 13,5, presenta evidenti criticità nella dimensione territoriale dell'assistenza (v. tabella 4).

Il grafico rappresenta la posizione delle singole Regioni rispetto ai due Indici di Assistenza calcolati. Le Regioni con migliore performance nelle attività territoriali e valori ridotti dell'indice di ospedalizzazione sono il Friuli Venezia Giulia, la Pa di Trento, il Molise e la Calabria. All'opposto troviamo le Regioni il cui sistema di cura per la salute mentale appare caratterizzato da elevati livelli di attività ospedaliera e bassi livelli di attività territoriale, a indicare la permanenza di modalità assistenziali centrate sull'ospedale, piuttosto che nella comunità; esse sono Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Pa di Bolzano, Sardegna, Umbria, Marche, Lazio, Toscana e Veneto. Nelle Regioni Campania, Abruzzo e Basilicata,

invece, entrambi gli indici di performance sono allineati su valori bassi (segnale questo di una complessiva situazione di carenza assistenziale). All'opposto, le Regioni Emilia Romagna, Liguria, Sicilia e Puglia presentano valori elevati a entrambi gli indici; in questo caso si può ipotizzare l'esistenza di un "doppio binario", secondo il quale a una modalità di assistenza tradizionale, condizionata dall'uso del posto-letto, si è affiancata - senza sostituirla - una modalità innovativa di tipo territoriale; ciò evidentemente comporta un maggiore impegno economico assorbito in parte ancora rilevante dalle attività ospedaliero-residenziali.

**Fabrizio Starace**  
presidente Società italiana di Epidemiologia psichiatrica  
**Flavia Baccari**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Riferimenti

- **Ministero della Salute - Rapporto Salute Mentale, 2016**
- **Starace F., Baccari F., Mungai F.** - La salute mentale in Italia, 2017
- **Priebe S., Badescony A., Fioritti A., Hansson L., Kilian R., Torres-Gonzales F., Turner T., Wiersma D.**, *Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries*, Bmj, 330, 123, 2005

© RIPRODUZIONE RISERVATA